

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 5



**Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)**

Atena
Editora
Ano 2020

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 5



**Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)**

Atena
Editora

Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima

Luiza Batista 2020 by Atena Editora

Maria Alice Pinheiro Copyright © Atena Editora

Edição de Arte Copyright do Texto © 2020 Os autores

Luiza Batista Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Revisão Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora

Os Autores pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Instituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

- Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

A enfermagem centrada na investigação científica

5

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário: Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

E56 A enfermagem centrada na investigação científica 5 [recurso eletrônico] / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-198-5

DOI 10.22533/at.ed.985202307

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.
I.Praxedes, Marcus Fernando da Silva.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br


Ano 2020

APRESENTAÇÃO

O fortalecimento da Enfermagem, como ciência, perpassa o desenvolvimento de um corpo de conhecimento alicerçado em uma base de evidências de estudos científicos bem desenhados e que tenham implicações para uma prática segura. A investigação científica confiável e de qualidade, portanto, garante o reconhecimento das áreas dos saberes da enfermagem e dos profissionais e pesquisadores envolvidos.

Diante do exposto, temos o prazer de apresentar a coleção “A Enfermagem Centrada na Investigação Científica”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas de atuação do fazer Enfermagem. Aqui, docentes, estudantes, profissionais e os participantes das pesquisas são atores principais de uma ciência holística que a cada dia se fortalece, em decorrência do engajamento e empoderamento desses.

O objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. O terceiro volume traz estudos relacionados à prática da enfermagem baseada em evidências com ênfase à Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) nos mais diversos cenários de cuidado à saúde e a importância do desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. O quarto volume concentra, principalmente, experiências relatadas através de projetos de pesquisa e extensão, demonstrando a importância dos mesmos para a formação acadêmica e profissional.

O quinto volume aborda a saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, bem como dos recém-nascidos, crianças e adolescentes. O último capítulo traz a importância da assistência da enfermagem diante da violência sexual contra mulheres. Tema de fundamental relevância, principalmente em tempos de pandemia.

O destaque para atenção primária à saúde e para questões vivenciadas na prática profissional é dado pelo sexto volume. Por fim, o sétimo e último volume, traz estudos com temas variados, principalmente relacionados à saúde da população idosa, estudos epidemiológicos e às doenças infectocontagiosas. Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A RELEVÂNCIA DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO ENFERMEIRO À GESTANTE NO PRÉ-NATAL SOBRE TRIAGEM NEONATAL	
Viviane de Melo Souza	
DOI 10.22533/at.ed.9852023071	
CAPÍTULO 2	13
A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Liane Bahú Machado	
Sandra Ost Rodrigues	
Silvana Carloto Andres	
Claudete Moreschi	
DOI 10.22533/at.ed.9852023072	
CAPÍTULO 3	18
ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÃO DAS MÃES	
Siena Nogueira Guirardi	
Aisiane Cedraz Morais	
Juliana de Oliveira Freitas Miranda	
Rebeca Pinheiro de Santana	
Rita de Cássia Rocha Moreira	
Ariane Cedraz Morais	
Isana Louzada Brito Santos	
Deisy Vital dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.9852023073	
CAPÍTULO 4	36
MÃES ADOLESCENTES E SEUS FILHOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO	
Rejane Corrêa Marques	
Isis Vanessa Nazareth	
Fabricia Costa Quintanilha Borges	
Patrícia Regina Affonso de Siqueira	
Glaucimara Riguete de Souza Soares	
Joana Darc Fialho de Souza	
Carina Bulcão Pinto	
Sabrina Ayd Pereira José	
Meiriane Christine dos Santos Aguiar	
Larissa de Araújo Mantuano Agostinho	
Maria Isabel Santos Alves	
Suzanna Martins Costa	
DOI 10.22533/at.ed.9852023074	
CAPÍTULO 5	53
AMAMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Mônica Chiodi Toscano de Campos	
Ingridy Borges dos Santos	
Rejane Antonello Griboski	
Daniella Soares dos Santos	
Lara Mabelle Milfont Boeckmann	

CAPÍTULO 6 69

ASSISTÊNCIA PRESTADA NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL A MULHERES EM SITUAÇÃO PRISIONAL

Jéssica Kelly Alves Machado
Nathalya Anastacio dos Santos Silva
Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Deborah Moura Novaes Acioli
Marianny de Medeiros de Moraes
Karlayne Reynaux Vieira de Oliveira
Maraysa Jessyca de Oliveira Vieira
Bárbara Maria Gomes da Anunciação
Larissa de Moraes Teixeira
Rosa Patrícia Gomes Tenório Omena Rodrigues
Julio Cesar Silva Oliveira
José Augustinho Mendes Santos

DOI 10.22533/at.ed.9852023076

CAPÍTULO 7 80

PRODUÇÃO IMEDIATA DE LEITE CONFORME A VIA DE PARTO EM PUÉRPERAS DE GESTAÇÃO A TERMO

Genoveva Zimmer
Maria Alessandra Ribeiro da Costa
Pedro Celiny Ramos Garcia
Jorge Hecker Luz
Lisie Zimmer Santiago
Humberto Holmer Fiori

DOI 10.22533/at.ed.9852023077

CAPÍTULO 8 93

SUSCETIBILIDADE DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS A INFECÇÃO HOSPITALAR: LIMITES E POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO

Maria Elidiane Lopes Ferreira
Rosa Maria Assunção de Queiroga
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho
Ana Carolina Coimbra de Castro
Ivana Mayra da Silva Lira
Mariana Portela Soares Pires Galvão
Satyê Rocha Pereira
Polyana Coutinho Bento Pereira
Aline Macedo da Silva
Marivete Ribeiro Alves
Dália de Sousa Viegas Haas

DOI 10.22533/at.ed.9852023078

CAPÍTULO 9 99

REDE DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO VIVENDO EM SITUAÇÃO PRISIONAL: O PAPEL DA ENFERMAGEM

Jéssica Kelly Alves Machado
Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Nathalya Anastacio dos Santos Silva
Deborah Moura Novaes Acioli
Marianny de Medeiros de Moraes
Karlayne Reynaux Vieira de Oliveira
Maraysa Jessyca de Oliveira Vieira

Bárbara Maria Gomes da Anunciação
Larissa de Moraes Teixeira
Rosa Patrícia Gomes Tenório Omena Rodrigues
Julio Cesar Silva Oliveira
José Augustinho Mendes Santos
DOI 10.22533/at.ed.9852023079

CAPÍTULO 10 106

NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DO CAPSAD SOBRE O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA DURANTE A GESTAÇÃO

Rosângela da Silva Santos
Tharine Louise Gonçalves Caires

DOI 10.22533/at.ed.98520230710

CAPÍTULO 11 118

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE EM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

William Caracas Moreira
Myllena Maria Tomaz Caracas
Bruno D'Paula Andrade
Jorge Felipe da Silva Bastos
Maryanna Tallyta Silva Barreto
José Nilton de Araújo Gonçalves
Cinthya Leite Rodrigues de Moraes
Camila Sales Andrade
Aline da Silva Candeia
Eveline michelle Lima da Silva
Layze Braz de Oliveira
Inara Viviane de Oliveira Sena

DOI 10.22533/at.ed.98520230711

CAPÍTULO 12 130

CASO CLÍNICO DE GESTANTE EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR: ESTUDO DE CASO

Luciana do Socorro Serrão Filgueira
Paulo Henrique Viana da Silva
Romulo Roberto Pantoja da Silva

DOI 10.22533/at.ed.98520230712

CAPÍTULO 13 138

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Roberta Liviane da Silva Picanço
Tamara Braga Sales
Cláudia Patrícia Da Silva Ribeiro Menezes
Samara Gomes Matos Girão
Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares
Maíra Maria Leite de Freitas
Lucélia Rodrigues Afonso
Marcia Alves Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.98520230713

CAPÍTULO 14 147

SIGNIFICADO DO PLANO DE PARTO: PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE SAÚDE

Tâmem Luiza Borba
Geiza Martins Barros

CAPÍTULO 15 157

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: ABORDAGEM NA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Manuela Costa Melo
Luana Nunes Lima
Lara Mabelle Milfont Boeckmann
Luciana Melo de Moura
Ruth Geralda Germana Martins
Ana Socorro de Moura
Amanda Costa Melo

DOI 10.22533/at.ed.98520230715

CAPÍTULO 16 169

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE ALTO RISCO

Bianca Machado Cruz Shibukawa
Gabrieli Patricio Rissi
Kayna Trombini Schimidt
Priscila Garcia Marques
Ieda Harumi Higarashi

DOI 10.22533/at.ed.98520230716

CAPÍTULO 17 179

RISCOS BIOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro
Cleisiane Xavier Diniz
Regina dos Santos Sousa
Fátima Helena do Espírito Santo
Fernanda Farias de Castro
Cássia Rozária da Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.98520230717

CAPÍTULO 18 189

O SIGNIFICADO DA HISTERECTOMIA PARA MULHERES EM PRÉ-OPERATÓRIO À LUZ DO PENSAMENTO DE MARTIN HEIDEGGER

Anna Maria de Oliveira Salimena
Marcela Oliveira Souza Ribeiro
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Thais Vasconcelos Amorim
Rafael Carlos Macedo Souza
Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares
Layla Guimarães Paixão Oliveira
Nayara Costa Farah
Camila Silva Torres Militão
Alice Teixeira Caneschi

DOI 10.22533/at.ed.98520230718

CAPÍTULO 19 199

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS PÓS EXENTERAÇÃO PÉLVICA POR TUMORES GINECOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Natalia Beatriz Lima Pimentel
Vivian Cristina Gama Souza Lima
Felipe Cardozo Modesto

Patrícia dos Santos Claro Fuly
Kariny de Lima
Carmen Lucia de Paula
Rafael Carlos Macedo de Souza
Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.98520230719

CAPÍTULO 20 207

A CIRURGIA DE MASTECTOMIA E SUA INFLUÊNCIA NO ÂMBITO BIOPSISSOCIAL FEMININO

Matheus Augusto da Silva Belidio Louzada
Lucas de Almeida Campos
Antonio da Silva Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.98520230720

CAPÍTULO 21 221

A PREDISPOSIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM POLICIAIS MILITARES FEMININAS EM UM BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

Bárbara de Caldas Melo
Ana Karoline de Oliveira Castro
Larissa Magalhães Freitas
Leila Akemi Evangelista Kusano

DOI 10.22533/at.ed.98520230721

CAPÍTULO 22 233

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES

Ana Claudia Sierra Martins
Endian Luiza do Nascimento
Fernanda dos Santos Pereira
Maria Rita de Almeida Campos
Rita Cássia Santoro de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.98520230722

SOBRE O ORGANIZADOR..... 247

ÍNDICE REMISSIVO 248

A RELEVÂNCIA DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO ENFERMEIRO À GESTANTE NO PRÉ-NATAL SOBRE TRIAGEM NEONATAL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 10/04/2020

Viviane de Melo Souza

Enfermeira. Mestre pela UERJ; Docente dos Cursos de Graduação de Enfermagem da UNIABEU e IBMR.

Rio de Janeiro – RJ

Endereço lattes: <http://lattes.cnpq.br/5673754393000134>

RESUMO: O Teste do Pezinho, constitui um dos principais exames para a detecção precoce de doenças ou agravos de origem genética metabólica e/ou infecciosas. Este estudo teve como objetivo analisar como o enfermeiro realiza os esclarecimentos para a importância e compreensão da gestante no pré-natal acerca da Triagem Neonatal. **Método:** O estudo trata-se de revisão integrativa, com abordagem qualitativa, através de artigos retirados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando as plataformas de ensino LILACS, BDEF e SCIELO. **Resultados e Discussão:** É bem expressivo o índice de mães desinformadas sobre o teste do pezinho, além da deficiência da atuação do enfermeiro. O pré-natal ainda não é

aproveitado para a realização das orientações acerca do Teste do Pezinho. **Conclusão:** O enfermeiro tem papel primordial na realização do Teste, assim como na informatização. O pré-natal é o momento ideal para transmitir informações precisas, sendo assim melhorando a adesão das mães ao Teste e otimizando a assistência.

PALAVRAS-CHAVE: assistência pré-natal; teste do pezinho; cuidados de enfermagem; cuidado pré-natal; enfermagem

THE IMPORTANCE OF THE INFORMATION GIVEN BY THE NURSE TO THE PREGNANT DURING THE PRENATAL ABOUT THE NEONATAL SCREENING

ABSTRACT: The Pezinho Test is one of the main tests for the early detection of metabolic and / or infectious diseases or disorders of genetic origin. This study aimed to analyze how the nurse clarifies the importance and understanding of pregnant women in prenatal care about Neonatal Screening. Method: The study is an integrative review, with a qualitative approach, through articles retrieved from the Virtual Health Library (VHL), using the teaching platforms LILACS, BDEF and SCIELO. Results and Discussion: The rate of uninformed mothers

about the heel prick test is quite expressive, in addition to the lack of nurses' performance. Prenatal care is not yet used to provide guidance on the Pezinho Test. Conclusion: Nurses have a primary role in carrying out the Test, as well as in computerization. Prenatal care is the ideal time to transmit accurate information, thus improving mothers' adherence to the Test and optimizing care.

KEYWORDS: prenatal aids; newborn bloodspot screening; nurse care; prenatal care; nursing

1 | INTRODUÇÃO

A Triagem Neonatal conhecida popularmente como Teste do Pezinho (T.P.), constitui ferramenta efetiva de prevenção a saúde, tendo como porta de entrada a Atenção Básica no Sistema de Saúde. O termo Triagem Neonatal, refere ações de rastreamento e tratamento de saúde especificadamente na população de 0 a 28 dias. O biólogo Robert Guthrie (1910-1995), no final da década de 50, realizou estudos e optou pelo método de inibição bacteriana para a realização de identificação de erros inatos no metabolismo com o intuito de detectar patologias que tardiamente culminavam com o retardo mental. Através dessa metodologia, analisaram presença de níveis elevados de Fenilcetonúria no sangue do recém-nascido. Em poucos anos após este estudo, o T.P. passou a ser obrigatório em todo o estado americano. (BRASIL, 2005)

A Triagem Neonatal (T.N.) teve sua importância preconizada na década de 60, por recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a prevenção de deficiência mental e agravos a saúde do neonato. Apesar de já ter sido iniciada em diversos países na década de 60, no Brasil a primeira tentativa de T.N. ocorreu em 1976 na cidade de São Paulo, na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), em uma iniciativa pioneira na América Latina. A princípio realizava-se somente o diagnóstico de Fenilcetonúria, a partir de 1980 incorporou-se a detecção precoce de Hipotireoidismo Congênito, houve então o amparo legal para a realização da T.N. em poucos estados brasileiros, como São Paulo e Paraná, porém com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal, nº 8069, de 13 de julho de 1990), houve a tentativa da formalização da obrigatoriedade do teste em todo o território nacional. (BRASIL, 2005)

Em 1992 a T.N. foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinando a obrigatoriedade em todos os RN vivos e incluía avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. Em 1999 fundou-se a SBTN (Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal), com a finalidade de unir os diversos serviços existentes e profissionais ligados à área. Entre seus objetivos gerais destaca-se: Congregar profissionais e atividades correlacionadas a Triagem Neonatal. Em 2001 o Ministério da Saúde regulamentou as ações de saúde pública em T.N. com a criação e implementação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRIAGEM NEONATAL, 2017)

O PNTN foi criado através da portaria GM/MS nº822, de 6 de junho de 2001, com os

objetivos específicos de ampliar 100% a cobertura aos nascidos vivos, da busca ativa, da confirmação diagnóstica e do acompanhamento e tratamento dos pacientes identificados. (SBTN,2017). Neste primeiro momento o PNTN previa o diagnóstico para quatro doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Em 2012 houve a inclusão de duas outras patologias: Hiperplasia Adrenal e Deficiência de Biotinidase, através da Portaria GM/MS nº2.829 de 14 de dezembro. (MANUAL TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA, 2016)

Segundo o Manual de Triagem Neonatal Biológica (2016), o PNTN está implantado em todo território nacional, com mais de 84% nascidos vivos na rede pública. Tendo preferencialmente a rede básica como porta de entrada, com a prerrogativa dos princípios do SUS como: Universalidade, Equidade, Integralidade e Igualdade de Atenção à Saúde, acompanhando e tratando as pessoas com as doenças detectadas, contando com as equipes multiprofissionais e serviços especializados, objetivando a saúde integral, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

Todos os objetivos, diretrizes e estratégias do programa exigem responsabilidade das três esferas de gestão, Federal, Estadual e Municipal, além dos técnicos envolvidos, na busca dos melhores indicadores do programa e o atingimento da melhoria das condições de saúde desse grupo de pacientes detectados no PNTN. É uma política transversal que prevê ações compartilhadas tanto na Atenção Básica como na Média e Alta Complexidade. (BRASIL, 2016, p. 5)

A T.N. consiste em um exame laboratorial obrigatório por lei em todo território nacional, onde se colhem algumas gotas de sangue do calcanhar do RN, coloca-se em papel filtro para serem analisados. O exame colhido é encaminhado a um laboratório centra. Em caso de resultados alterados, o laboratório central entrará em contato com o posto de coleta, para que acionem a família, para realização de exames confirmatórios. (SBTN,2017)

O Manual de Triagem Neonatal Biológica (2016) recomenda que a coleta seja realizada entre o 3º e o 5º dia de vida do RN, período considerado ideal devido a especificidade das doenças diagnosticadas. Exames colhidos após 28º dia, fora do período neonatal, devem ser considerados como exceção levando em consideração algumas dificuldades, como: difícil acesso a aldeias indígenas, populações de campo, aspectos culturais e negligências.

Atualmente integrando seis doenças no PNTN (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência da Biotinidase), o Ministério da Saúde informa que o acompanhamento e tratamento dos pacientes detectados deve seguir os protocolos clínicos e diretrizes do Ministério da Saúde para cada uma das doenças. (BRASIL, 2016)

Sabendo que a RESOLUÇÃO COFEN Nº 0516/2016 respalda como privativa a consulta do enfermeiro no pré-natal de baixo risco na atenção básica, entende-se que a orientação sobre o T. P. já pode ser realizada neste momento de consulta. É atribuído a equipe de enfermagem, o papel de orientar as gestantes atendidas durante o pré-natal

nos serviços de saúde, sobre a importância da realização do teste do pezinho e sobre o direito de obtenção dos resultados e consultas de acompanhamento. (BRASIL 2016, pag15)

Na atenção ao pré-natal, cabe esclarecer e orientar a população e a gestante sobre como e onde realizar o “teste do pezinho”, de acordo com a rede de coleta organizada em seu estado, preconizando a necessidade desse ser realizado até o 5º dia de vida do bebê (MINISTERIO DA SAÚDE,2016, p. 15)

A motivação deste estudo surgiu devido a observação de uma das acadêmicas de enfermagem, após realizar uma comparação entre duas Unidades Básicas de Saúde, uma durante o estágio curricular da graduação e outra na execução de seu trabalho enquanto técnica de enfermagem, visto que embora as instituições tenham estruturas desiguais, ambas apresentam o mesmo problema: a carência de informações e orientações transmitidas às gestantes por enfermeiros no momento mais oportuno, ou seja, na consulta de pré natal, sobre o Teste do Pezinho, despertando assim o interesse em elaborar um estudo sobre o papel do enfermeiro na consulta de pré-natal sobre o T.P.

Sendo assim, essa pesquisa possui como objetivos: Analisar como o enfermeiro realiza os esclarecimentos as gestantes no pré-natal à cerca da triagem neonatal e esclarecer a importância da compreensão da gestante durante o seu pré-natal sobre a triagem neonatal.

2 | MÉTODO

Utilizamos para a elaboração deste estudo a revisão integrativa, que tem o propósito de unir resultados de pesquisa de um tema ou questão, de forma organizada e disciplinada, com o objetivo de colaborar para o entendimento do assunto desenvolvido. (Roman, Friedlander, 1998, p..109)

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 759).

As principais vantagens da revisão de pesquisa integrativa são: reconhecer os profissionais que mais investigam o determinado assunto e suas contribuições significativas, dando ênfase ao conteúdo estudado; separar o achado científico de opiniões e ideias, colaborando com a evidência clínica da pesquisa; descrever o conhecimento na sua atualidade e oferecer ênfase sobre a prática profissional. (Roman, Friedlander, 1998, p.109)

Este método de pesquisa proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.763)

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a partir do dia 08/04/2017. Utilizamos como referências de plataforma Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram: “assistência pré-natal”, “teste do pezinho”, “cuidados de enfermagem”, “cuidado pré-natal” e “enfermagem”.

Os critérios de inclusão foram: Textos completos, idioma Português e a partir do ano de 2007. Os critérios de exclusão foram: Artigos estrangeiros, ano de publicação anterior ao ano de 2007, artigos repetidos e artigos não que não possuem relação com a temática. Para guia deste estudo, temos a seguinte questão de pesquisa: Como o enfermeiro realiza os esclarecimentos para a importância e compreensão da gestante no pré-natal acerca da Triagem Neonatal?

3 | RESULTADOS

Inicialmente realizamos o levantamento dos artigos na BVS com os descritores isolados. Para o descritor assistência pré-natal, foram encontrados 30.434 artigos; para teste do pezinho, foram encontrados 9.063 artigos; para cuidados de enfermagem, foram encontrados 280.688 artigos; para cuidado pré-natal, foram encontrados 29.941 artigos e para enfermagem, foram encontrados 559.328 artigos. Unindo os descritores com o operador booleano “and”, foram encontrados 23 artigos, como mostra o quadro a seguir:

DESCRITORES	TOTAL DE ARTIGOS
Assistência pré-natal	30.434
Teste do pezinho	9.063
Cuidados de enfermagem	280.688
Cuidado pré-natal	29.941
Enfermagem	559.328
“Assistência pré-natal and teste do pezinho and cuidados de enfermagem and cuidado pré-natal and enfermagem”	23

Quadro 01. Reconhecimento dos descritores e total de artigos.

Após o cruzamento dos descritores, aplicamos os filtros para Texto completo e idioma Português a partir do ano de 2007 onde foram encontrados apenas 7 artigos, não favorecendo a pesquisa. Logo, foi necessário o cruzamento de dois descritores para a temática estudada, sendo eles: assistência pré-natal and teste do pezinho, assistência pré-natal and cuidados de enfermagem, assistência pré-natal and cuidado pré-natal, assistência pré-natal and enfermagem, teste do pezinho and cuidados de enfermagem, teste do pezinho and cuidado pré-natal, teste do pezinho and enfermagem, cuidados de enfermagem and cuidado pré-natal, cuidados de enfermagem and enfermagem e cuidado

pré-natal and enfermagem, conforme mostra o quadro abaixo:

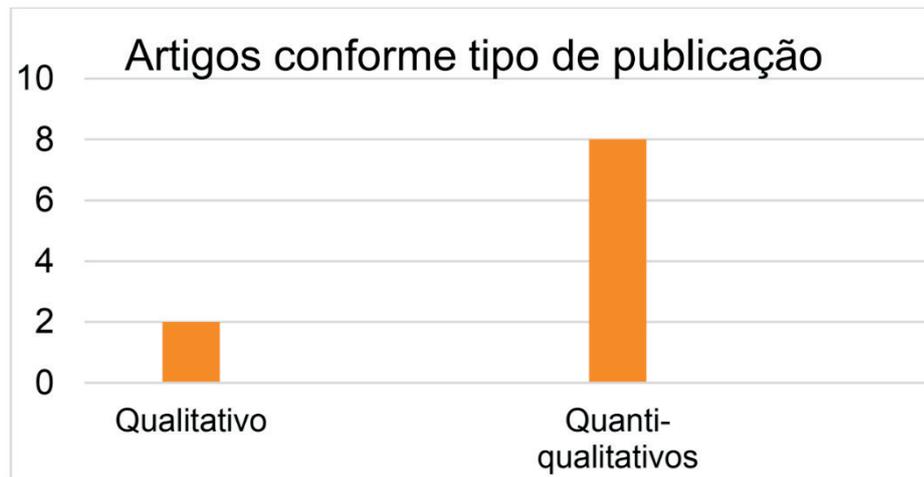
Cruzamento de descritores com leitura na íntegra, realizando os critérios de inclusão e exclusão.	Artigos
Assistência pré-natal and teste do pezinho	4
Teste do pezinho and cuidados de enfermagem	10
Teste do pezinho and cuidado pré-natal	3
Teste do pezinho and enfermagem	21
Total de artigos utilizados na pesquisa	10

Quadro 2. Cruzamento de dois descritores com critérios de inclusão e exclusão.

Dos 10 artigos lidos na íntegra sobre o assunto em questão, percebeu-se nesta revisão integrativa que, 10% dos artigos são de 2007, 20% dos artigos são de 2008, 30% dos artigos são de 2009, 20% dos artigos são de 2010, 10% são de 2014 e 10% são de 2016. Conforme mostra o gráfico a seguir:



Com relação ao tipo de metodologia utilizada nos artigos estudados neste trabalho, percebeu-se que 2 são qualitativos e 8 são quanti-qualitativos. Devido à pouca quantidade de artigos encontrados, foi identificado que não houve pesquisas do tipo não pesquisa (revisão integrativa e estudo de caso) e também de abordagem quantitativa, de acordo com o gráfico a seguir:



4 | DISCUSSÃO

Quanto aos temas abordados nas pesquisas selecionadas, 20% dos artigos discutem sobre a percepção das mães acerca do teste do pezinho, 20% dos artigos falam sobre o pré-natal como momento mais oportuno para o teste do pezinho e 60% dos artigos relatam sobre o enfermeiro e a relevância no teste do pezinho.

4.1 A percepção das mães acerca do teste do pezinho

Salles e Santos (2009), relatam que, em uma pesquisa realizada com 50 mulheres sobre o conhecimento do T.P. em um Centro Municipal de Saúde no RJ, constatou-se que, apesar de terem recebido orientações para a realização do TP, não foram informadas sobre a idade do bebe e o prazo máximo para realização do teste, bem como as doenças detectadas.

Ao serem questionadas sobre as doenças detectadas, 40% delas não sabiam responder, 10% sabiam pelo menos uma patologia e 10% referiram doenças erradas. Portanto é de suma importância que as informações sobre o T.P. sejam prestadas sempre que possível, levando-se em consideração, o saber, a cultura e opinião dessas mulheres, para que juntos, profissionais e mulheres possam prevenir os agravos melhorando assim a qualidade de vida da população infantil.

Em estudo realizado com 42 gestantes, por Oliveira et al (2008), constatou-se que metade das gestantes relatam não conhecer o teste do pezinho e a maioria delas informaram que não recebem nenhuma orientação no pré-natal e que desconheciam o período ideal para a realização do exame.

Oliveira et al (2008), salienta ainda que prestar informações corretas e orientar as gestantes durante o pré-natal sobre o teste do pezinho é dever de todo o profissional de saúde, ressaltando a importância do papel do enfermeiro neste momento, além de enfatizar a necessidade de atualização periódica do mesmo, tendo em vista o nível de desinformação das gestantes detectado neste estudo.

Os estudos demonstraram que uma parcela significativa de mães que integraram estas pesquisas, desconhecia ou não tinha um conhecimento adequado sobre o teste do pezinho, o que vem a evidenciar uma lacuna na assistência a gestante e puérperas, no que se refere a importância do exame. Estratégias de comunicação e propagação de informações sobre o teste do pezinho, devem ser implementadas, observando a diversidade cultural deste público, afim de oferecer orientação de forma clara e objetiva, visando um aumento da adesão dessas mães ao teste.

4.2 O pré-natal como momento mais oportuno para o teste do pezinho

Kikuchi (2007), relata em seu estudo sobre a assistência de enfermagem na doença falciforme, a importância da enfermagem na atenção básica, por seu papel na realização do pré-natal, enfatiza a orientação das mulheres quanto a compreensão das doenças detectadas e destaca a relevância do tratamento precoce em caso de resultado positivo, reforçando que é fundamental o comparecimento da mãe com o bebê ao posto de saúde na primeira semana de vida para realizar o teste do pezinho, caso a coleta não tenha sido realizada na maternidade.

Kikuchi (2007), ainda ressalta que o compromisso ético não finaliza após a coleta, refere a importância de realizar a reconvocação dos afetados para novo exame se solicitado, além de busca ativa intrafamiliar, orientação sobre a patologia e possibilidade de reincidência familiar.

Em estudo realizado por Mello et al (2009), em uma Unidade de Saúde da Família do estado de São Paulo, onde foram retirados dados dos prontuários referentes a assistência infantil, teste do pezinho, número de consultas de pré-natal, entre outros fatores. Revelou-se que mais da metade das mães estudadas, teriam feito seis ou mais consultas de pré-natal e outra parte de quatro a seis consultas.

Nos anos seguintes, houve um aumento significativo do número de consultas de pré-natal realizadas. Com relação ao teste do pezinho, apesar de conter alguns prontuários sem registros, foram identificados uma grande realização do mesmo.

Ao fazerem essa análise, Mello et al (2009), observaram que além do aumento no número de consultas de pré-natal e realização do teste do pezinho, a assistência prestada, tem uma grande importância para um bom resultado dos indicadores da saúde infantil, melhor vínculo com familiares e comunidades e aperfeiçoamento das práticas de saúde.

Os estudos evidenciaram um aumento no número de consultas de pré-natal nos últimos anos, porém os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, contribuem para a ausência das mães nas consultas, aumentando as dificuldades para uma orientação de qualidade tanto sobre o teste do pezinho, quanto a outros aspectos relacionados a saúde infantil.

4.3 O enfermeiro e a relevância no teste do pezinho

Em estudo realizado no Paraná, Luz et al (2008), alerta que é fundamental a divulgação dos resultados obtidos pelo PNTN por profissionais de saúde envolvidos no teste, para que eles se conscientizem da gravidade das doenças detectadas e do impacto econômico e social na família e na sociedade.

Luz et al (2008), ainda relatam que a atuação do enfermeiro precisa ser revista, pois com uma assistência de enfermagem de qualidade, alcançarão o objetivo do PNTN que é de 100% de cobertura de nascidos vivos, anulando a reconvocação para a nova coleta e a prevalência de crianças sequeladas, propiciando famílias conscientes e preparadas para o cuidado com o filho portador.

Conhecer a realidade e a prevalência das doenças que acometem a população neonatal favorece a elaboração e o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a saúde da criança. Mais do que isso, minimiza gastos desnecessários em serviços de alta complexidade e contribui para a redução da taxa de mortalidade infantil. (LUZ, et al, 2008, p.452)

Pimente et al (2010), salientam a importância da educação continuada para os profissionais que atuam no TP, devido elevada margem de erros verificada durante e após o teste relacionado a coleta, armazenamento e registro do exame.

Enfatizam também que o domínio total da técnica proporciona ao profissional mais segurança e credibilidade, evitando assim todo o estresse ocasionado pela repetição do exame, e que abrange todos os envolvidos na realização do teste: profissionais, familiares e o bebê.

Pimente et al (2010), sinalizam ainda sobre a orientação do enfermeiro para os pais e familiares, sobre a importância de se obter o resultado mesmo que não tenham tido alterações, que é importante conhecer o resultado do exame e apresentá-lo sempre que requisitado pelo pediatra.

Neste enfoque, Benincasa et al (2009), alertam em sua pesquisa feita na UTI-neonatal, que os profissionais de enfermagem da UTIN, demonstraram ter um considerável conhecimento teórico sobre a TN. Porém apresentaram hesitação ao citarem as doenças detectadas e suas implicações, assim como o período ideal para a coleta do TP. Constatou-se também que a maioria dos profissionais entrevistados não associaram o termo “Triagem Neonatal” com “Teste do Pezinho”.

Strefling et al (2014), após realizarem um estudo quanto o papel do profissional no Teste do Pezinho (T.P.) no estado do RS, evidenciaram que as enfermeiras entrevistadas obtinham conhecimentos sobre o T.P., os aspectos de sua operacionalização, assim como as doenças detectadas, porém perceberam durante as entrevistas, fragilidades neste conhecimento.

Portanto, Strefling et al (2014), ressaltaram que o profissional de saúde que atua na Triagem Neonatal (T.N.), deve ser capacitado e atualizado constantemente, devido ao

surgimento de novas tecnologias no diagnóstico e tratamento de doenças congênitas a fim de proporcionar orientação adequada aos pais e familiares.

O enfermeiro deve refletir sobre a importância do seu papel como líder de equipe buscando constante capacitação, por outro lado os gestores públicos devem proporcionar oportunidades de qualificação e educação permanente em todas as esferas de saúde no Brasil, favorecendo o acesso da população a TN, como preconizado no Programa Nacional de Triagem Neonatal.

No estudo de Marqui (2016), o autor nos leva a refletir sobre a atuação da enfermagem no teste do pezinho, nos remete a indagações importantes sobre essa temática, como: Será que o enfermeiro tem conhecimento sólido sobre o teste do pezinho? Esses profissionais estão preparados para assistir e orientar as famílias quanto a saúde do neonato? Como o tema Teste do Pezinho e Triagem Neonatal são abordados no curso de graduação de enfermagem?

O autor enfatiza a importância de favorecer ao profissional uma educação continuada de qualidade, afim de ampliar seus conhecimentos à cerca do teste do pezinho, para melhor propagação e execução de ações educativo-preventiva em torno dessa temática.

Furtado et al (2010), informam que durante o acompanhamento de consultas realizadas pela equipe de enfermagem com puérperas usuárias do SUS e portadora de convênio de saúde no município de Ribeirão Preto, foi identificado em todas as consultas, transmissão das informações de forma clara e objetiva, sobre a importância da vacinação, aleitamento materno e principalmente a realização do teste do pezinho, frisando a data para a realização do mesmo, com o intuito de esclarecer todas as possíveis dúvidas das puérperas.

Furtado et al (2010), relatam também, que até mesmo mães portadoras do convênio particular, são inclusas no agendamento do Teste do Pezinho e vacinação na rede básica de saúde, e que caso acontecesse alguma intercorrência, já havia o agendamento e atendimento com a enfermeira da unidade de saúde, afim de realizar o teste do pezinho, para identificação antecipada de complicações, intervenção e encaminhamentos adequados.

Por sua posição como gestor e líder de equipe, o enfermeiro tem papel fundamental para o êxito do Teste do Pezinho e é responsável pelas ações educativas e preventivas na atenção básica, portanto necessita de atualização e qualificação constante, objetivando uma otimização dos resultados obtidos no Teste. É primordial sua atuação na promoção da saúde mãe-bebe, prestando informações que possam ser compreendidas facilmente pelas mães durante o pré-natal.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de existirem poucos artigos acerca do tema proposto e dos estudos indicarem existir atualmente uma cobertura relativamente satisfatória do Teste do Pezinho (T.P.), verificou-se um índice elevado de desinformação das mães sobre o T.P. e as doenças detectadas. Estes índices demonstraram uma falha dos profissionais envolvidos na orientação dessas mães, seja no momento do pré-natal ou no puerpério. O pré-natal apresenta-se como o momento mais apropriado e favorável para as orientações sobre o T.P., devido ao vínculo criado com as gestantes durante as consultas realizadas. É primordial que o enfermeiro, neste momento, fique atento quanto a adversidade cultural das gestantes, prestando orientações de forma clara e objetiva que possa ser compreendida pelas mesmas.

Embora os estudos citados tenham percepções diferentes sobre o teste do pezinho, todos enfatizam a atuação do enfermeiro como educador, assim como a sua atualização e capacitação contínua, visando a otimização da assistência na Triagem Neonatal. É fundamental que o enfermeiro envolvido no T.P., deva se comprometer sempre quanto à prestação das informações precisas para as mães e familiares no momento mais oportuno, sendo este em especial, no pré-natal.

Tendo em vista esses dados, conclui-se que o enfermeiro tem importância fundamental na obtenção de resultados positivos no PNTN, tanto por seu papel como gestor e líder de equipe, quanto por ser incontestavelmente um agente educador e propagador de informações.

REFERÊNCIAS

BENINCASA, TO *et al.* Triagem Neonatal: a percepção teórica da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Inst. Ciênc.Saúde**. V. 27, n. 2, p. 109-114; 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a002.pdf>. Acesso em: 06 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 822/GM de 06 de junho de 2001**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso em: 25 abril 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, 27 outubro 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1083-sas-raiz/dahu-raiz/programa-nacional-de-triagem-neonatal/l2-programa-nacional-de-triagem-neonatal/26162-coleta-de-sangue>. Acesso em: 05 abril 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Triagem Neonatal Biológica – Manual Técnico**. Brasília, 2016. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf . Acesso em: 27 março 2017.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução cofen nº 0516/2016**. Brasília, 24 de junho de 2016. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 22 abril 2017.

FURTADO M. C. C. *et al.* Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.4, p. 640-646; out/dez 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a07.htm>. Acesso em: 02 março 2017.

KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 331-338; set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abril 2017.

LUZ G. S. *et al.* Prevalência das doenças diagnosticadas pelo Programa de Triagem Neonatal em Maringá, Paraná, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, p. 446-453; set. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6773/4076>. Acesso em: 05 abril 2017.

MARQUI, A. B. T. Teste do Pezinho e o Papel da Enfermagem: Uma reflexão. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 5, n. 2, p. 96-103; ago/dez 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1605/pdf>. Acesso em: 18 abril 2017.

MELLO, D. F. *et al.* Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 748-754; dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abril 2017.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764; out/dez 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 26 abril 2017.

OLIVEIRA, J.G. *et al.* Triagem Neonatal ou Teste do Pezinho: Conhecimento, Orientações e Importância para a Saúde do Recém-Nascido. **CuidArt. Enferm.**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 71-76; jan-jun.2008. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facpina/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf>. Acesso em: 20 março 2017.

PIMENTE, E. D. C. *et al.* Teste do Pezinho: a humanização do cuidado e do profissional. **REME – Rev. Min. Enferm.** V. 14, n. 1, p. 25-28; jan./mar., 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/83>. Acesso em: 15 abril 2017.

ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisas aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 3, n. 2, p.109-112, jul./dez. 1998. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358> Acesso em: 29 abril 2017.

SALLES, M.; SANTOS, I. M. M. O conhecimento das mães acerca do teste do pezinho em uma unidade básica de saúde. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 1, agosto 2009. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/281/273>. Acesso em: 06 abril 2017.

SBTN, 2016; **Triagem: passo a passo**. Disponível em: http://www.sbteim.org.br/pg_triag_oquee_passo.htm. Acesso em: 03. Abr. 2017

STREFLING, I. S. S. *et al.* Conhecimento sobre triagem neonatal e sua operacionalização. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 27-33, mar. 2014. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abril 2017.

A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 05/05/2020

Liane Bahú Machado

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Santiago, Rio Grande do Sul

Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8686428369723369>

Sandra Ost Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Santiago, Rio Grande do Sul

Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1042104084556576>

Silvana Carloto Andres

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Santiago, Rio Grande do Sul

Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0947599906890140>

Claudete Moreschi

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Santiago, Rio Grande do Sul

Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5839605930143163>

RESUMO: Amamentar vai muito além do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões significativas ao estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações positivas à saúde física e psíquica da mãe. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem diante da importância das ações do enfermeiro durante a consulta de enfermagem para prevenção do desmame precoce e promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do X Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – Uri Santiago, a partir das aulas práticas referentes a disciplina de Estágio Supervisionado II. As práticas ocorreram Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada em um município de pequeno porte na região Centro Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, envolvendo uma puérpera e sua filha com 05 dias de vida. **Desenvolvimento:** Diante da vivência na consulta de enfermagem, identificou-se a importância do incentivo ao

aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança, levando em consideração todos os benefícios que este traz para saúde da criança promoção de saúde da criança. Não restam dúvidas sobre a importância do aleitamento materno e seus diversos benefícios fornecidos ao bebê. **Conclusão:** Nessa perspectiva, fica evidente que a literatura e a experiência vivida pela acadêmica destacam o importante papel do enfermeiro como um profissional capaz de evitar o desmame precoce, pois ele pode intervir, aconselhar e promover as técnicas de amamentação em prol da saúde tanto da criança e também da mãe.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Aleitamento materno. Saúde da criança. Desmame precoce.

THE IMPORTANCE OF NURSING ACTIONS IN THE INCENTIVE TO BREASTFEEDING: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Breastfeeding goes far beyond nurturing the child. It is a process that involves deep interaction between mother and child, with significant repercussions on the child's nutritional status, on their ability to defend themselves from infections, on their physiology and on their cognitive and emotional development, and on their long-term health, in addition to have positive implications for the mother's physical and mental health. **Objective:** The objective of this work is to report the experience of a nursing student in view of the importance of nurses' actions during the nursing consultation to prevent early weaning and promote exclusive breastfeeding up to 6 months of life. **Methodology:** This is an experience report by an academic from the 10th Semester of the Undergraduate Nursing Course at the Regional University of Alto Uruguai and Missões - Uri Santiago, based on practical classes related to the subject of Supervised Internship II. The practices took place in the Family Health Strategy (FHS) located in a small town in the Midwest region of the State of Rio Grande do Sul, involving a puerperal woman and her daughter with 05 days of life. **Development:** In view of the experience in the nursing consultation, the importance of encouraging exclusive breastfeeding until the child's 6 months of life was identified, taking into account all the benefits it brings to the child's health and promoting the child's health. There is no doubt about the importance of breastfeeding and its various benefits provided to the baby. **Conclusion:** In this perspective, it is evident that the literature and the experience lived by the academic highlight the important role of the nurse as a professional capable of preventing early weaning, as he can intervene, advise and promote breastfeeding techniques for the health of both child and also the mother.

KEYWORDS: Nurse. Breastfeeding. Child health. Early weaning.

INTRODUÇÃO

Amamentar vai muito além do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões significativas ao estado nutricional

da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações positivas à saúde física e psíquica da mãe. (BRASIL, 2015). Ainda que todas as evidências científicas comprovem a superioridade da amamentação em relação as outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar do grande empenho de inúmeros organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde tem papel essencial na reversão desse cenário. (BRASIL, 2015). Mas para isso ele necessita estar capacitado, pois, por mais preparado que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem resolutivo se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre dando a devida importância aos aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, etc. Esse olhar precisa reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a. A OMS, endossada pelo Ministério da Saúde do Brasil, preconiza aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. (BRASIL, 2015). O profissional enfermeiro é um educador em potencial, precisando estender essa prática não somente direcionada às mães, mas também a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estão participando do processo de aleitamento materno, onde o fundamental se faz: elaborar, executar e avaliar programas de aleitamento materno. Ser enfermeiro implica em orientar, ajudar, explicar a cada gestante ou nutriz individualmente, e em grupos, através de rodas de conversas educativas a título de promover maior contato com outras mulheres a trocas de experiências positivas, estendendo a prática educativa no pré-parto, no parto e no puerpério, principalmente nos primeiros dias após o parto, a grupos de mães, de familiares e de funcionários. (FLORINDO, et. al., 2018).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem diante da importância das ações do enfermeiro durante a consulta de enfermagem para prevenção do desmame precoce e promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do X Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – Uri Santiago, a partir das aulas práticas referentes a disciplina de Estágio Supervisionado II.

As práticas ocorreram Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizado em um município de pequeno porte na região Centro Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, envolvendo uma puérpera e sua filha de 05 dias de vida.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com a vivência durante a consulta de enfermagem, identificou-se a importância do incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança, levando em consideração todos os benefícios que este traz para saúde da criança promoção de saúde da criança. Durante a consulta de enfermagem, a puérpera encontrava-se resistente ao AM, foi então abordado o tema do AM exclusivo até os 6 meses de vida e complementar após, também teve orientações sobre os benefícios para saúde da mãe e do bebê, além da vantagem econômica deste. A mãe foi convidada a colocar a bebê para amamentar, auxiliada durante todo tempo, orientada sobre a pega correta, posições confortáveis e reforçado diversas vezes a importância do AM para saúde da criança no que tange a prevenção de inúmeras infecções, sendo este suficiente para nutrir todas as necessidades nutritiva da criança até os 6 meses, foi feito um acordo com a puérpera, para que a mesma continuasse o AM exclusivo e agendado retorno para avaliar como estava sendo essa experiência bem como sanar outras possíveis dúvidas trazidas pela mesma. Por ser mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes primordiais para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis da criança pequena, além de ser melhor digerido, quando comparado com outros tipos de leites. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança durante os primeiros seis meses, e segue sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas. (BRASIL, 2015). Não restam dúvidas sobre a importância do aleitamento materno e seus diversos benefícios fornecidos ao bebê. Muitos profissionais de saúde estão engajados na luta para a ampliação da adesão das mães à amamentação. A ação educativa e assistencial do enfermeiro é essencial para a mudança de comportamento de gestantes e nutrizes, para que frente às intercorrências, possam alcançar êxito, amamentando por um período suficiente, para o saudável desenvolvimento físico e psíquico do bebê. (FLORINDO, et. al., 2018). Após as orientações e ações realizadas durante a consulta, foram estabelecidas metas em acordo com a paciente e agendado uma nova consulta a fim de avaliar a efetividade das ações.

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, fica evidente que a literatura e a experiência vivida pela acadêmica destacam o importante papel do enfermeiro como um profissional capaz de

evitar o desmame precoce, pois ele pode intervir, aconselhar e promover as técnicas de amamentação em prol da saúde tanto da criança e também da mãe. Dessa forma, cabe ao enfermeiro estar devidamente atualizado, com conhecimentos apropriados sobre aleitamento materno, estar sempre se aprofundando no assunto de maneira que possa evitar o desmame precoce, dispondo de informações cabíveis à nutriz acerca da relevância do leite materno, como tal alimento é rico em nutrientes e sua eficácia ao proteger a criança contra diversas doenças e proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23).

FLORINDO, A., K., F. et. al., O PAPEL DO ENFERMEIRO NO DESMAME PRECOCE. Rev. Educação Meio Ambiente e Saúde, v., 8. n 4., out/dez, 2018.

ALEITAMENTO MATERNO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÃO DAS MÃES

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 27/03/2020

Siena Nogueira Guirardi

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0002-6562-9382

Aisiane Cedraz Morais

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0001-9547-6914

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0001-7659-3103

Rebeca Pinheiro de Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0001-9967-087X

Rita de Cássia Rocha Moreira

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0002-9456-037X

Ariane Cedraz Morais

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0001-9445-4596

Isana Louzada Brito Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)

Feira de Santana – Bahia

ORCID 0000-0002-6125-689X

Deisy Vital dos Santos

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Santo Antônio de Jesus-Bahia

ORCID 0000-0002-2312-3586

*Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso intitulado “Práticas de aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal”, 2017.

RESUMO: **Objetivo:** compreender como acontece a prática do aleitamento materno no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a partir do olhar das mães. **Método:** estudo qualitativo e descritivo, numa UTIN de maternidade pública. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação direta. Foram entrevistadas sete mães de recém-nascidos internados na UTIN. A

partir da Análise de Conteúdo, emergiram três categorias. **Resultados:** apesar de um tema cotidiano, as mães ainda têm dificuldade em definir o aleitamento materno e, em sua maioria, o relacionam exclusivamente com a amamentação. Existem dificuldades dessa prática e algumas facilidades como a parceria do banco de leite e atuação da equipe de enfermagem ficaram evidentes. **Conclusão:** é preciso aprimorar a prática do aleitamento no contexto da UTIN, sugere-se a capacitação profissional sobre o tema, além da formação de grupos de mães nesse ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Terapia Intensiva Neonatal; Cuidado do Lactente.

BREASTFEEDING IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: PERCEPTION OF MOTHERS

ABSTRACT: Objective: to understand how the practice of breastfeeding happens in the context of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) from the mothers' perspective. **Method:** qualitative and descriptive study, in a public maternity NICU. Data were collected through semi-structured interviews and direct observation. Seven mothers of newborns admitted to the NICU were interviewed. From the Content Analysis, three categories emerged. **Results:** despite a daily theme, mothers still have difficulty defining breastfeeding and, for the most part, relate it exclusively to breastfeeding. There are difficulties in this practice and some facilities such as the partnership between the milk bank and of the nursing team performance were evident. **Conclusion:** it is necessary to improve the practice of breastfeeding in the context of the NICU, professional training on the topic is suggested, in addition to the formation of groups of mothers in this environment.

KEYWORDS: Breastfeeding; Neonatal Intensive Therapy; Care of the Infant.

1 | INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a maneira mais eficaz de alimentar uma criança, por atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos, protegendo-a de diversos riscos de saúde (CONCEIÇÃO et al., 2017; GRUMMER-STRAWN; ROLLINS, 2015). Conceitualmente, o aleitamento materno é o ato de a criança receber o leite materno (direto da mama ou extraído), independentemente de receber ou não outros alimentos, enquanto que o aleitamento materno exclusivo é quando o recém-nascido/lactente recebe o leite humano materno sem complemento líquido ou sólido de outro alimento (BRASIL, 2015a).

No senso comum, o aleitamento materno está associado ao ato da sucção à mama. Entretanto, essa prática possibilita outras formas de ofertar o leite humano (LH), incluindo a amamentação – sucção à mama materna, ou a extração manual do leite (oferecido por seringa ou gavagem) e a translactação (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Apesar de ser uma prática conhecida e fundamental mesmo antes de Hipócrates (2.500 a.C), esse ainda é um desafio para os profissionais de saúde, principalmente nos

casos de recém-nascidos (RN) internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) (GRUMMER-STRAWN; ROLLINS, 2015), uma vez que se entende uma priorização de outros cuidados mais invasivos e de maior complexidade, por se encontrarem em um ambiente de alta tecnologia, ficando a prática do aleitamento materno fragilizada nesse ambiente.

Alguns autores consideram a existência de fatores que contribuem para o desencorajamento das mães em amamentar/extrair o leite, como falta de informações, ansiedade devido ao internamento, falta de contato com o RN, falta de conhecimento referente às vantagens do AM para ambos e, principalmente, a falta de incentivo à participação na recuperação de seus filhos através dessa ação (GRUMMER-STRAWN; ROLLINS, 2015; RODRIGUES et al, 2013).

Com o internamento do RN, o contato físico se torna limitado; surgem os sentimentos de frustração, insegurança, preocupação, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu filho e a participação da mãe na assistência é mínima. Esses fatores afetam o processo do aleitamento materno por interferir na produção láctea e no desejo e disponibilidade em amamentar (AMANDO et al, 2016; RODRIGUES et al, 2013).

Devido a existência desses fatores que favorecem o declínio do AM, é importante o estabelecimento de vínculos que tornem a relação entre os profissionais e as mães mais sólida, estimulando a troca de informações, orientações e apoio, fatores fundamentais para que o aleitamento seja estimulado e ocorra de maneira eficaz e tranquila. Entretanto, essas práticas nem sempre são realidade no serviço, devido à rotina e, até, ao despreparo dos profissionais que prestam a assistência (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Diante dessa realidade, surge uma indagação: como acontece a prática do aleitamento materno no contexto de uma UTIN? Quais as formas de aleitamento utilizadas na UTIN? Dessa forma, esse estudo tem como objetivo compreender como acontece a prática do Aleitamento Materno no contexto da UTIN a partir da percepção das mães.

2 | MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma maternidade pública, do interior da Bahia, credenciada como Hospital Amigo da Criança, referência para cidade e para municípios vizinhos.

Participaram da entrevista sete (07) mães cujos filhos estavam internados por pelo menos uma semana, sem contraindicação para o aleitamento materno. As mães foram sinalizadas pela enfermeira supervisora do dia quanto à pesquisa, sendo seguida pelo esclarecido sobre o estudo e a assinatura do TCLE, como condição obrigatória para dar seguimento à coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada através da observação direta e da entrevista

semi-estruturada, pois permite um diálogo mais livre, sem a obrigatoriedade de seguir rigorosamente as questões (MINAYO, 2010). Posteriormente, procedeu-se a análise de conteúdo, composta pelas seguintes etapas: a pré-análise, a exploração de material, o tratamento dos dados e a inferência e interpretação deles (BARDIN, 1977).

O projeto de pesquisa foi aprovado sob o parecer nº 1.841.286 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS. Todas as etapas deste estudo tiveram como base a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012a). O anonimato foi garantido com codinomes de pedras preciosas para as mães entrevistadas.

O período de coleta de dados foi de fevereiro a março de 2017, a observação direta ocorreu no turno da manhã ou tarde, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora, incluindo sempre um dos horários de oferta do LM (09-12-15-18) pré-estabelecido na rotina da unidade. As observações seguiram o roteiro estruturado, em tempo mínimo de duas horas e máximo de quatro horas. Foi possível realizar vinte e quatro (24) períodos de observação e todos os dados desta técnica foram registrados em diário de campo.

As entrevistas aconteceram em sala reservada, autorizada previamente pela coordenação do setor. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas, e agrupadas por núcleo de sentido, emergindo três categorias: Compreensão das mães sobre o aleitamento materno; Formas de aleitamento materno na voz de mães; e Interferências para a realização do aleitamento materno no contexto da UTIN.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrevendo as entrevistadas

Das sete (07) mães entrevistadas, quatro (04) são primíparas e três (03) multíparas; a idade variou entre dezenove (19) e trinta e oito (38) anos; duas (02) são solteiras e cinco (05) casadas; quanto à escolaridade, uma (01) com primeiro grau incompleto, duas (02) tem segundo grau incompleto, duas (02) com segundo grau completo, uma (01) com superior incompleto e uma (01) com superior completo. Com relação aos RNs, quatro (04) são prematuros e três (03) a termos; todos têm o leite materno exclusivo como dieta.

Compreensão das mães sobre o aleitamento materno

Aleitamento materno exclusivo é a oferta do leite humano direto da mama ou extraído manualmente (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010; FREITAS et al, 2016). Através das falas das mães, percebe-se uma limitação das informações passadas durante o pré-natal, bem como um conhecimento incipiente referente ao tema, fato que acaba restringindo esse entendimento ao que é divulgado através do senso comum.

Eu ia até te perguntar, o que é isso mesmo?! [...] Eu acho que é o leite que a gente dá a criança. (Rubi)

Eu entendo assim, é sobre dar mama ao bebê, essas coisas assim?! Eu entendo isso só... (Esmeralda)

O que eu entendo por aleitamento materno, o que eu aprendi de tanto as pessoas falarem. (Brilhante)

A amamentação é de fato biologicamente determinada; entretanto socialmente condicionada, impregnada pelas ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Os tabus e as crenças contribuem para a construção do saber, sendo a herança sociocultural determinante para os diferentes significados do aleitamento materno para a mãe (SCHANLER, 2011). Para as mães, além das referências biológicas e socioculturais, há referências do leite materno como algo sobrenatural:

Porque o leite ele é muito 'sobrenatural' pra uma criança. (Turquesa)

A fala acima pode ser associada ao que Woortmann (2008) refere que, durante todo o processo de amamentação, o bebê encontra-se ligado fisiologicamente à mãe, sendo alimentada do sangue materno, como ocorre na sua vida intra-uterina, uma vez que o LM, considerado “sangue-branco”. Essa associação também foi encontrada no estudo de Moraes (2013), quando as mães definem o leite como sangue branco ou como algo sobrenatural.

Entretanto, é perceptível quando as mães têm uma maior escolaridade e/ou referem buscar por informações relacionadas ao aleitamento, ainda que associem o aleitamento materno à amamentação:

*Ah, eu acho muito importante, né, pra criança ter uma vida saudável, desde a gravidez eu **procurei ler bastante pra poder amamentar** e se conseguir, poder fazer até doação também. Porque realmente com ela eu pretendo até, pelo menos, o sexto mês só amamentação e depois a introdução de alimento como o pediatra provavelmente deve me orientar. (Pérola) (Grifo da pesquisadora).*

É todo um processo, né? Que vai da relação da mãe com o filho até a relação de alimentação em si, né, mas antes de tudo é a instalação de um vínculo. Eu ainda não tenho esse processo, porque o meu tá na UTI, mas aí quando ele sair, eu acredito que sim, que eu vou conseguir. (Diamante)

Essas falas demonstram conhecimento maior relacionado à amamentação, o que pode associar-se ao fato de serem as únicas entrevistadas com escolaridade em nível superior, o que as possibilita falar mais sobre o tema, englobando inclusive benefícios deste; como aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) que aleitar - além de nutrir a criança -, favorece o vínculo mãe-bebê, melhora a imunidade do bebê e também repercute no seu desenvolvimento emocional e cognitivo, como também contribui na saúde física e psíquica da mãe.

Entre as entrevistadas, não associou-se o AM como contribuição para a puérpera, desde a promoção de efeito relaxante, até o retorno do peso corporal e a redução do risco de câncer uterino, de ovários e mamário, o que pode contribuir para o desmame precoce na medida em que ela não percebe a amplitude das contribuições dessa prática

(HERNANDES et al, 2017; MELO et al, 2013) .

Além dos benefícios maternos, o LM está adequado às necessidades do lactente e possui valores nutricionais para este, de acordo com a idade gestacional, trazendo benefícios para o mesmo, como proteção contra diarreia infecciosa, otites e infecções respiratórias; melhora do desenvolvimento neurológico, além de proteção contra diversas patologias, pelo fato de possuir imunoglobulinas que são passadas para o RN (TAMEZ; SILVA, 2010).

É perceptível também o conhecimento que possuem em relação aos benefícios do aleitamento materno para o bebê, além da importância da criação do vínculo entre mãe e bebê, como emerge nas falas a seguir:

O aleitamento materno é o alimento que, através do leite pras crianças terem vida, né, darem muita vida as crianças e as crianças precisam, necessita do leite pra sobreviver [...] Seria mais saudável ter muito contato da mãe com o filho que ele desenvolve mais rápido e seria muito bom, né, seu próprio filho tomar seu próprio leite da mãe.[...] Seria mais saudável ter muito contato da mãe com o filho que ele desenvolve mais rápido (Turquesa)

O que eu entendo por aleitamento materno, o que eu aprendi de tanto as pessoas falarem é que ele, pelo leite eu passo pra meu filho tudo que eu sinto, as minhas emoções e através dele é a maior fortaleza, por exemplo quando tá doente, pra tudo, entendeu?! Pra curar. É o maior vínculo entre ele e a mim, que quanto mais eu dá mama a ele, aí mais a gente vai tá ligado por mais tempo, é o que eu entendo (Brilhante)

As situações evidenciadas permitiram compreender que- apesar das mães possuírem conhecimentos pertinentes e importantes a respeito dos benefícios do leite humano para os RN e para as mães- ainda se faz necessário um aprofundamento no que diz respeito ao entendimento do AM, uma vez que este ainda é muito confundido com a amamentação e vice-versa.

Afora disso, é fundamental que os profissionais se aprofundem no tema para que, além de ter o conhecimento da definição dessa prática, sejam capazes de transmitir um conhecimento correto para as mães, esclarecendo dúvidas e promovendo a prática, com ênfase nos benefícios e na importância da mesma.

Formas de aleitamento materno na voz de mães de RN internados em UTIN

O aleitamento materno é o uso do leite humano (doadora ou mãe), fornecido à criança por diversas formas (copinho, cateter gástrico, mamadeira) entretanto, no senso comum, o aleitamento materno é imediatamente associado à amamentação (sucção à mama) (RODRIGUES et al, 2013).

Entende-se que essa associação ocorre pelo fato de, até certas literaturas, se referirem ao aleitamento materno como sendo a amamentação exclusiva e, desta maneira, as pessoas não se aprofundam sobre essa temática, por ser bastante comum conseqüentemente, limitando a compreensão do que seja o aleitamento materno.

Quando questionadas sobre as formas de aleitamento materno realizadas na UTIN,

mães se referem à amamentação, entende-se que isso aconteça pelo fato de as condições clínicas de sua filha permitirem que essa prática ocorra:

Eu acho que através da própria mãe e da doação, né? Ela, como o estado dela é estável, ela ainda tá mamando no peito. (Pérola)

Diante da fala de Pérola, percebe-se que mesmo realizando a amamentação, ela tem o conhecimento de que existe outra forma de aleitar, que é através do leite proveniente da extração manual, doado pelo BLH ou retirado da própria mãe para seu filho. Fica evidente que, até pelo tempo que se encontram na UTIN, as mães acabam conhecendo um pouco mais sobre as formas de aleitamento materno como mostra nas falas abaixo:

Ele no começo, ele não tomava, porque saia um liquidozinho, uma sujeirinha de dentro dele. Aí quando ele começou a tomar, aí enxia no copinho, ela bota na seringa e coloca no caninho, que eu acho que o nome daquele negócio é sonda. Ele recebe direitinho. (Rubi)

Ele recebe pela sonda, eu tiro todos os dias [...] vejo ele recebendo [...] A gente tira, eles dão... porque não pode pegar no colo, né? Porque eles aqui tão muito graves. (Topázio)

No começo ele não recebia, só recebia soro, né, medicação no sorinho. Depois ele começou... eu tirar do seio, e aí ela foi dando através da sonda, agora ele tá mamando, né, ele tá puxando o dia que quer. (Brilhante)

Esses trechos evidenciam, além de algumas formas de aleitamento materno, os motivos pelos quais os bebês não podem amamentar. A fala de Diamante deixa evidente que um pouco mais de conhecimento referente ao tema possibilita maior clareza e segurança em abordar sobre o mesmo:

Não, não acho que existem formas, eu acho que assim, quando há a dificuldade, que não seja no seio, né, a gente tem outras estratégias, como utiliza aqui que é a sonda, apesar de ser o meu leite que é diretamente passado pra ele e o contato que a gente estabelece de uma outra forma, mas eu não sei te dizer o que sejam formas de aleitamento, são estratégias, eu acho [...] Inicialmente era o soro, depois eu passei a tirar o leite e passar pra ele. É... eu tiro no copinho e passa na sonda e aí depois que vai vir o processo dele mamar diretamente. Aí depende mais do processo de ganho de peso dele. (Diamante)

Além de ser evidente a compreensão dessa mãe quanto às práticas de aleitamento, mesmo que conceituando de outra maneira, é perceptível o entendimento dela quanto as condições clínicas necessárias ao RN para que ele venha a amamentar. Conforme Oliveira (2011), para iniciar a amamentação se faz necessário que o RN tenha, no mínimo 1250g, aliado a coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e engasgo.

Sobre essa conduta, para ter certeza que o RN pode sugar adequadamente, é importante realizar uma avaliação completa da sua condição clínica bem como do grau de maturidade de seus reflexos orais e essa amamentação só pode ser iniciada em RN com idade gestacional corrigida de 34 semanas que contenha os reflexos de náusea e busca presentes, além de sucção não nutritiva e padrão respiratório adequados (BRASIL, 2015b).

Na unidade onde foi realizada a coleta de dados, não se tem o parâmetro do peso

mínimo para iniciar a sucção ao seio; entretanto, avalia-se a condição clínica e coordenação sucção/deglutição.

Ainda que não seja uma prática de aleitar, a extração manual do leite consiste em uma das etapas do aleitamento - foi referenciada pelas mães - pois, através dela é possível obter o leite humano, seja ele ofertado diretamente da mãe para seu filho ou processado no Banco de Leite Humano e direcionado posteriormente para o bebê.

A extração manual do leite materno é essencial para mães dos RN enfermos e prematuros, por ter finalidade de manter o estímulo dos mecanismos de produção do leite, uma vez que o bebê não está realizando a sucção ao seio. Essa prática pode ser realizada de duas maneiras: manualmente, ensinando as mães a extraírem, sendo muito eficiente por estimular o contato pele a pele e se parecer com a sucção do RN (TAMEZ; SILVA, 2010); e mecanicamente, com o auxílio de bombas de extração de leite (BRASIL, 2012b).

A partir do leite extraído, há possibilidades de oferta do leite humano ao RN, como a alimentação por copinho, técnica que consiste em oferecer o leite ao bebê através do copo, estimulando o movimento da língua e mandíbula do RN (SOUZA et al, 2010). Já a alimentação por gavagem, conforme Tamez e Silva (2010), é a forma de aleitamento através de uma sonda, normalmente orogástrica, o leite é administrado por meio da ação da gravidade, bem lentamente.

Pela prática da pesquisadora no contexto da UTIN e observação realizada durante a coleta de dados, não houve nenhuma oferta de LH por copinho, prevalecendo essa oferta por gavagem. Excepcionalmente, observa-se uma dieta por gastróclise.

A gastróclise - gavagem contínua, utilizando a seringa em bomba de infusão - só é indicada em casos de intolerância a gavagem intermitente ou de RN muito pequeno, que não tolera o volume de uma só vez (TAMEZ; SILVA, 2010). Essa prática foi citada por Esmeralda para referir a forma de oferta do leite humano para seu filho:

“Aí depois do que aconteceu com ela, ela agora tá tomando pela bomba, mas na sonda ainda, só que em um processo mais devagar pra ela se acostumar com o leite”
(Esmeralda)

Pela gastróclise, o volume do leite é administrado lentamente durante um certo período, fazendo um intervalo para facilitar o processo digestivo até a próxima administração da dieta. O fato da gastróclise ser uma dieta para bebês com restrições clínicas, torna-se uma prática não muito convencional.

Além das formas de aleitamento citadas, ainda tem-se a translactação, que consiste na oferta do leite humano por meio de uma sonda conectada a uma seringa, com a outra extremidade fixada no mamilo ou no dedo do profissional, para que seja introduzida na boca do RN (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Essa prática não foi observada durante a coleta de dados.

Além do leite humano, algumas mães referiram as fórmulas e leites industrializados

tanto para utilização pelas mães que não produzem leite ou que não querem aleitar, quanto para se referir as formas de AM, onde percebe-se a ideia reducionista do AM.

Porque só vai ter a mamadeira que a gente dá, né, quando a criança não pega de jeito nenhum, tem... existe sim. No meu aver existe sim, quando a mãe não consegue dar mama por algum problema, secou por algum problema, existe sim, né? Não é o mais indicado, mas também salva muita vida, né. Então eu creio que existe sim. (Brilhante)

Existem, assim... o nan, o nestogenio, e vários outros, né, que eu ainda não conheço. (Turquesa)

Ou então aqueles leites de lata, né. Que até onde eu sei, passa pelo processo pra chegar até os bebezinhos. (Esmeralda)

Dessa maneira, mesmo com as iniciativas do Ministério da Saúde em incentivar e estimular o aleitamento materno, ainda se percebe nas falas das mães, a referência a esses leites artificiais como forma de aleitamento materno; apesar de ser primigesta, como é o caso de Esmeralda, esse conhecimento já está presente.

Entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) em alguns casos, como em RN menores de 1500g, quando as necessidades estão abaixo dos parâmetros normais, se faz necessário o complemento do leite humano com preparados protéicos específicos para o RN prematuro.

No caso de mães com impedimento clínico de ofertar seu próprio leite, há a possibilidade da utilização de fórmulas específicas, entretanto, percebe-se que essa prática não é muito utilizada, dando preferência, sempre, para o leite humano que, quando não pode ser da nutriz, vem do banco de leite.

Dessa maneira, por ser um Hospital Amigo da Criança, não se utiliza fórmulas, dado preferência sempre ao leite humano que, quando não é o da própria mãe - nesse caso por impedimento clínico -, é o leite extraído e pasteurizado vindo do BLH que se encontra no próprio hospital.

Com relação ao impedimento clínico, cita-se as seguintes: Mães que possuem tuberculose ou hanseníase e que ainda não iniciaram o tratamento adequado devem limitar o contato com o RN até que o mesmo seja iniciado de forma correta, além de utilizar medidas de proteção como máscaras e a lavagem cuidadosa das mãos. Patologias como citomegalovírus (CMV), hepatites e herpes deve-se avaliar as condições da mãe e do bebê, uma vez que o LM tem muitos benefícios para ambos. No caso do CMV, RN com menos de 32 semanas e imunodeficientes tem contraindicação ao uso do LM cru; Hepatite A em fase aguda e Hepatite B quando o RN ainda não foi vacinado são casos em que o LM é contraindicado, por ser via de transmissão da patologia, já quando se trata de Hepatite C, não está provado a contaminação do RN por essa via. Ainda, no caso de mãe com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Vírus Linfotópico Humano (HTLV) é contra-indicado o LM (CARVALHO; TAVARES, 2010).

A partir da análise dos dados obtidos nessa categoria, é possível perceber que há

o conhecimento referente às práticas de AM; entretanto, as mães ainda compreendem o aleitamento de forma restrita à amamentação. Além disso, é evidente que o tempo de internamento está diretamente relacionado com o conhecimento que essa mãe tem a respeito da prática do aleitamento, uma vez que mães que estão participando da rotina da UTIN fazem referência à ordenha, à gavagem, à gastróclise, como sendo maneiras que seu filho tem recebido o leite materno enquanto se encontra nessa situação.

Interferências para realização do aleitamento materno no contexto da UTIN

O aleitamento materno no contexto da UTIN tem importância clínica na medida em que sua resposta interfere diretamente nas condições do bebê, seja na sua evolução positiva ou não. Assim, faz parte da prescrição médica diária qual tipo de leite, via de administração, volume e intervalo entre as dietas e, conseqüentemente, torna-se um cuidado cotidiano realizado pela equipe de enfermagem. Por outro lado, percebe-se que não há um estímulo da amamentação, a qual é vista como um cuidado primário e que muitos profissionais acabam desencorajando as mães de RN prematuros ou enfermos a amamentação, falando que é um processo longo, estressante (BEZERRA et al, 2017; BRASIL, 2009; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

As maiores dificuldades apresentadas pelas mães são ingurgitamento mamário, dor nos mamilos e diminuição do volume de leite. O ingurgitamento mamário é a distensão do tecido provocado pela retenção láctea nos alvéolos, conseqüentemente os seios ficam doloridos e cheios, aumentando o fluxo sanguíneo no local e, como o bebê não está sugando, se não realizar uma ordenha frequente e eficaz, a mama fica ingurgitada. Além disso, a dor mamilar ocorre, pelo fato dos mamilos possuírem um tecido bastante sensível, facilmente irritado, podendo ocorrer lesões, o que dificulta ainda mais o processo de amamentação ou de ordenha (BEZERRA et al, 2017; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Outro fator importante, que deve ser sempre levado em consideração é que a decisão de realizar o aleitamento é pessoal, só a mãe pode toma-la (TAMEZ; SILVA, 2010). Desta forma, é fundamental fornecer todas as informações e orientações necessárias para que ela tenha base para escolher.

Algumas situações clínicas da mãe -citadas anteriormente- servem como impeditivo para oferta do LM; entretanto, essa não se configura como algo rotineiro no contexto da UTIN; onde, normalmente, a condição clínica do bebê é que terá interferência direta na forma do aleitamento.

As mães, em sua maioria, referem mais dificuldades em relação à produção de leite e ao estado do RN, como é evidenciado nas falas e está em concordância com a literatura que afirma pelo fato de o bebê não estar sugando o seio, a produção do leite diminui, caso não haja estimulação regular e eficiente por meio da extração manual do leite (SOUZA et al, 2010).

As vezes a dificuldade é não ter o leite e assim, no caso, como o bebê não tá mamando no seu peito, às vezes, para de sair, as vezes o estresse com tudo que acontece, vai acabando o leite, essas coisas... (Esmeralda)

Interfere, primeiro porque a gente não tem esse contato direto com a criança, aí eu acho que dificulta. (Diamante)

Mas eu não tô conseguindo tirar direito, tá muito difícil... deve ser o estresse, o nervoso... (Topázio)

É possível perceber a dificuldade que as mães referem no que diz respeito a produção de leite, esse fato pode ser relacionado à falta de orientação necessária para o início da ordenha logo nas primeiras horas após o nascimento, além de uma frequência e regularidade dessa técnica, uma vez que o RN não estará sugando ao seio, para estimular essa produção láctea. O fator emocional associado ao estresse pelo internamento do filho também colabora para essa baixa produção.

Outro ponto importante é a apojadura do leite que, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), normalmente ocorre por volta do terceiro ou quarto dia após o parto (normal), mesmo se o recém-nascido não sugar ao seio.

Tem a relação que a maioria, como eu, de cesárea que tem a dificuldade da anestesia né, mas eu acho que isso dificulta, porque a gente não tá no ambiente que é nosso. Né, a relação da UTI em si, ela dificulta sim [...] Já, agora não tô indo mais (no banco de leite) porque eu não tô aqui na instituição, tô indo pra casa e volto todos os dias. (Diamante)

A fala de Diamante traz uma relação entre a falta de leite e a anestesia da cesárea, entretanto não há evidências científicas quanto a isso. O que justifica a falta de leite é a apojadura, pelo fato de que mulheres submetidas ao parto cesáreo podem ter o processo de apojadura retardado, visto o corpo não ter passado pelo processo hormonal do trabalho de parto; além disso o parto prematuro também pode influenciar na redução do tecido produtor de leite e, conseqüentemente, no atraso da apojadura (BRASIL, 2016).

Uma dificuldade, que ainda é referida pelas mães, é o trabalho, apesar das leis favoráveis ao aleitamento materno, o retorno ao trabalho devido necessidade, conforme surge na fala:

Mas eu acho que tem algumas situações que acabam atrapalhando que a mãe tenha o leite pra poder fazer ou mesmo por trabalho, que tiveram que voltar a trabalhar e interromper o aleitamento porque por mais que tenha leis e tudo, mas o trabalho infelizmente é uma necessidade e quando chega uma época dessa aumenta, né, depois que você tem filho a despesa aumenta. (Pérola)

Muitas são as políticas públicas de incentivo e apoio ao aleitamento materno, entretanto, percebe-se que ainda são pouco divulgadas e pouco conhecidas as leis e as ações públicas de incentivo à essa prática. A exemplo nesse estudo, apenas uma entrevistada fez referência as “leis”.

Outra dificuldade apresentada pela mãe, é a falta de preparo profissional para trabalhar esse tema, como é evidenciado na fala de Brilhante:

Ela (referindo-se a uma técnica de enfermagem) não lhe ajuda tanto, ela lhe deixa lá e pronto, entendeu? Então isso atrapalha, a gente fica nervosa, tem dias que a gente consegue da mama, tem dias que não consegue, tudo é do dia, a pessoa que está trabalhando [...] Porque aqui a gente fica muito sensível, aqui a sensibilidade é a mais de cem pras mães que tão nessa situação. Então até um... não sei, um olhar feio... não feio, um olhar diferente, uma palavra, a gente já fica toda sensível pela situação, entendeu? É tão ruim quando você tá aqui, aqui tem, acontece isso, tem alguém assim que elas trabalha... nossa, você pede até uma coisa, ela te responde assim mal, tem... Então tudo, né, é a pessoa que tá ajudando você. Em tudo, né só aqui não, em tudo e qualquer lugar [...] Dificulta, dificulta porque eu fico nervosa e aí eu não sei, o nervoso não ajuda em nada, entendeu? Tem essa, que se não puder ajudar, não adianta [...] Eu tenho muito medo do meu leite secar, porque ele tá precisando muito nesse momento do meu leite, mais que nunca, né. (Brilhante)

A situação relatada na fala da mãe foi observada pela pesquisadora durante a coleta de dados, na qual os profissionais referidos apenas falaram para a mãe colocar o RN no seio, entretanto não houve um incentivo, uma aproximação e um devido apoio para que essa prática ocorresse de maneira satisfatória e positiva.

Para que a prática do aleitamento materno na UTIN tenha sucesso, conforme Santos, Dittz e Costa (2012), é fundamental que a equipe tenha preparo técnico-científico sobre o tema para fornecer apoio e orientações claras e pertinentes às mães que se encontram nessa situação. Como é exposto na fala da mãe:

No meu aver, assim, eu acho que nesses lugares de UTI, assim nesses lugares que a gente fica, tem que ser pessoas que já tenham que vir com um treinamento assim, pra dizer: olhe, você vai ter que ser assim, carinhosa, paciente... É como se fosse uma pessoa assim com dom, entendeu? Porque isso é muito importante. (Brilhante)

Percebe-se uma referência ao preparo profissional, que está em concordância com a literatura; pois Tamez e Silva (2010) afirmam que um dos pontos que contribuem para o insucesso do aleitamento materno é a falta de consistência nas informações passadas pelos profissionais, além da atitude da equipe em relação à essa prática e a falta de incentivo da participação da mãe ativamente pelos profissionais.

Apesar da ênfase ser sempre maior nas dificuldades, devemos levar em consideração algumas facilidades citadas e outras observadas com relação a realização da prática do aleitamento materno no contexto da UTIN.

Uma das facilidades citada é a presença do BLH no hospital, fato que favorece a obtenção de leite doado para o RN que a mãe não consegue extrair o volume prescrito ou tem restrição, bem como a complementaridade do leite que foi retirado pela mãe em pouca quantidade; pelo fato do BLH ser responsável pela coleta, preparo, armazenamento e distribuição desse leite (MELO et al, 2013).

Aí eu tiro 8ml aí a moca completa com o banco de leite [...] Ou se não quando fala: não tô conseguindo, aí elas fala então eu vou te dar do banco de leite agora e na próxima hora tu tenta. Como foi agora, eu consegui tirar 6h, aí quando foi agora eu falei com ela que eu não ia conseguir tirar e se eu conseguisse tirar, ia tirar pouco, aí ela falou: então tu não tira agora, deixa encher um pouquinho e tu tira o de meio dia. Aí agora, no caso, o de 10h ela vai tirar do banco de leite e o de meio dia eu vou tentar tirar. (Rubi)

Aí quando a gente não tem, a gente vai no banco de leite, que ajuda muito pra criança [...] Aí a gente ajuda muito, tanto que o meu tá ganhando peso, tá bem gordinho já. Eu venho de 3 em 3 horas todos os dias. (Topázio)

Lá é (referindo-se ao banco de leite)... eu tive mais medo, mas lá é tranquilo, fui duas vezes estimular, porque eu tenho leite, mas ficava sem querer sair aí eu fui estimular. Eu achei tranquilo, as meninas de lá são engraçadas, conversadeiras, sabe, lhe tranquiliza. Não é aquelas pessoas com a cara feia, fechada, que fica assim toda sem graça. (Brilhante)

Fica evidente, portanto, a importância do banco de leite atuante no que diz respeito à realização da prática do aleitamento materno na UTIN, principalmente pelo fato de o RN não está sugando ao seio, o estímulo da produção láctea dessas mães encontra-se fragilizado e para que isso não prejudique o bebê e incentive e estimule a mãe a continuar a ordenha, essas estratégias são realizadas eficientemente.

Contudo, de acordo com algumas falas, percebe-se certa limitação do banco de leite, realizando palestras apenas nas enfermarias e ainda, fica evidente que o maior incentivo é para ordenha e não para o estímulo à produção láctea:

Sim, mas todos os dias não, que as vezes, a gente tem pouco, aí quando vai, chega lá, aí não... se tirar alguma coisa lá, depois não consegue mais aqui, entendeu?! Aí as vezes... as vezes vai uma vez só no dia... as vezes vai duas vezes... mas não todos os dias. (Esmeralda)

A fala desta mãe pontua que ela não está esclarecida sobre o papel do banco de leite -que além de extrair manualmente o leite, estimula a produção láctea- e que, quando uma mãe extrai o leite no BLH, esse leite é direcionado prioritariamente para seu filho.

De acordo com a observação realizada no momento da coleta de dados, ficou evidente que o BLH fornece o LH durante todos os dias da semana, nos horários em que são solicitados; entretanto, a extração manual e incentivo às mães só funciona em horário comercial, o que acaba fragilizando o trabalho. Uma vez que o BLH também tem o objetivo de promover o aleitamento materno e, a maioria das mães dos RN internados na UTIN se encontram na “Casa da Puérpera”¹ ou, até mesmo em suas residências, essa educação em saúde poderia ser realizada, também, nesses setores, onde elas estão mais presentes.

É possível perceber a relação do BLH com a UTIN, sendo setores interligados que, juntos, facilitam o processo do aleitamento materno, contribuindo também para o incentivo das mães em realizar a ordenha.

Tamez e Silva (2010) referem que a falta de incentivo da participação ativa da mãe no processo de recuperação do RN, através das práticas de AM, desencoraja a realização desta. Dessa forma, é evidente na observação feita in locu, que o incentivo da melhora do quadro clínico do bebê provoca nas mães mais vontade em ordenhar o leite e entendem que são sujeitos ativos no processo de cuidado do próprio filho.

1 Alojamento para mulheres de alta hospitalar e permanecem para acompanhar o filho internando em algum setor da maternidade.

Um ponto muito importante não foi referido pelas mães, mas observado pela pesquisadora, é a presença materna diariamente ao lado do RN. Dessa forma, há uma facilidade em estimular a mãe com as práticas do AM, além de promover o vínculo mãe/filho, independente das condições clínicas do bebê.

Dessa categoria emergiu a subcategoria *Estratégias da equipe para incentivo do aleitamento materno*, uma vez que esse aspecto ficou bem evidente.

Estratégias da equipe de saúde para incentivo do aleitamento materno

É essencial a valorização e o incentivo ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde para que as mães entendam a importância do seu leite para o RN e percebam que ele ajuda no crescimento e desenvolvimento deste, além de fortalecer o vínculo entre eles (SCHANLER, 2011).

Tamez e Silva (2010) citam algumas intervenções para promover o aleitamento, como estabelecer rotinas que promovam e apoiem o AM, orientar mães de prematuros ou RN que não tenham condições de amamentar a iniciar a ordenha, iniciar a dieta (LM) via gavagem o mais precocemente possível, iniciar a amamentação tão logo as condições do RN permitirem, promover o contato pele a pele com a mãe sempre que possível, fornecer informações quanto a realização da ordenha; bem como se mostrar presente e disponível para conversar e esclarecer possíveis dúvidas.

Carvalho e Tavares (2010) complementam, sugerindo o aconselhamento, escuta ativa, levar em consideração a escolha da mãe, estar disponível para responder as dúvidas sem fazer julgamento, oferecer informações e orientações referentes ao aleitamento e às técnicas adequadas.

Evidenciou a fragilidade nas formas de incentivo e estratégias utilizadas para estimular ao AM na UTIN avaliada, como descrito nas falas das mães:

As formas de incentivo é sempre assim, beber água, as vezes pelo que a mãe tá passando, manda se acalmar, porque se não o leite vai embora, essas coisas... Quem mais incentiva... as técnicas (referindo-se às técnicas de enfermagem) que fica tomando conta do bebê no dia, depende da técnica, algumas sim, outras não. (Esmeralda)

A equipe incentiva muito. Elas falam que é pro crescimento, pra ajudar eles sair daqui. Que o caso deles são graves, né? (Topázio)

Como a minha bebê já tava mamando no peito, eles colocaram livre demanda, a hora que ela tem fome ou chora ou pede a amamentação, eles me ligam (Pérola)

A partir das falas, observa-se fragilidade nas estratégias utilizadas pelos profissionais do serviço para que a prática do AM seja mais realizada nesse ambiente, acabando por sempre oferecer as mesmas informações.

O BLH é responsável por promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de executar atividades de coleta de leite humano, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição do mesmo (BRASIL, 2006). Dessa maneira, o BLH

deve atuar no incentivo e estímulo do aleitamento materno também nas unidades de terapia intensiva neonatais, tanto realizando educação em saúde, quanto fornecendo o leite humano para aqueles RN que não possuem ou que a mãe não conseguiu ordenhar a quantidade prescrita, como é evidenciado nas falas:

O incentivo é elas conversam com a gente, você tá dando mama? Vai no banco de leite... tem muitas que ficam falando: vai no banco de leite estimular, já foi no banco de leite, mãe? Mas as meninas daqui (referindo-se a UTIN), elas estimulam bastante... elas gostam quanto mais as mães em contato com os filhos, elas apoiam [...] eu vejo um puxamento da parte delas pra a mãe ter um maior vínculo com o filho, com o bebê [...] Elas (do banco de leite) ficam perguntando também: e aí, tá dando mama, mãe? Fica perguntando, né... de um certo modo acaba sendo um incentivo, né?. (Brilhante)

Incentiva, não só na UTI, desde o quarto, a gente tem a visita do pessoal de lá do banco de leite, (...), elas orientam como a gente tirar e incentivam o estímulo e aqui também, elas ficam sempre observando, se a gente fizer alguma coisa errada ou se a gente não tiver tirando da forma correta, e se a gente também não consegue, (...), elas vem incentivando, dá massagem (...) Tem todo um apoio. São as enfermeiras mesmo que mais incentivam, elas estão mais próximas da gente, as técnicas de enfermagem [...] Lá (no banco de leite) a gente tem um apoio das meninas, tem a explicação, a orientação e elas vão depois ensinar a gente como é o processo de retirada de leite e lá tem o processo também de bomba [...] da relação das meninas da UTI ser muito tranquila, a gente tem muita orientação. (Diamante)

Percebe-se que há o incentivo também do BLH, sendo um setor interligado com a UTIN, que promove estímulo às mães para a realização do AM. Além disso, fica evidente o papel da equipe de enfermagem para a realização do AM, por estar mais próximo do binômio, fornece as orientações necessárias, bem como estabelece rotinas que apoiam esta prática.

Outro papel importante do BLH é a estimulação da extração manual do leite, a relactação – processo de reestabelecimento da produção láctea – é uma prática que pode ser realizada em mães que tem um atraso no início do aleitamento materno e desejam ofertar seu leite ao seu filho.

E eu tô fazendo a estimulação pra ver se ele retorna. (Turquesa)

Através desta fala, evidencia-se o processo da relactação, referido apenas por ela. Ainda, observou-se que algumas mães também utilizam de estratégias encontradas na literatura, para facilitar e estimular a produção láctea:

Fico nervosa, fico sem paciência aí eu tento respirar fundo, me acalmar porque eu sei que não faz bem, sabe? [...] Quando eu tô nervosa eu bebo água, tento pensar em coisas boas pra eu não ficar muito nervosa. (Brilhante)

O que a mãe pode fazer é beber água, como elas mandam, bastante água pra produzir mais leite (Esmeralda)

Percebe-se que o fator cultural envolvido na prática do AM, no que diz respeito às estratégias para a estimulação do LM, como se acalmar, beber água, etc. Não houve referencia pelas mães de ingestão de alimentos lacogogos (que estimulam a produção

lática) evidenciados pelo consumo de frutas, suco, leite, derivados de milho, queijo, carne branca, gema de ovo (SILVA; GAIVA; BITTENCUORT, 2011).

Essa categoria nos permite identificar que muitas são as dificuldades para realização do AM na UTIN; entretanto, é importante salientar as facilidades existentes, como atuação do fonoaudiólogo, a presença do BLH e possibilidade de amamentação dentro da UTIN. Foi possível também destacar as estratégias que a equipe adota para incentivar o aleitamento materno, ainda que fique evidente a necessidade de melhor compreensão por parte das mães deste processo.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo descreve, na ótica de mães, as práticas do aleitamento materno no contexto da UTIN. Percebe-se que as mães ainda têm dificuldade em definir o aleitamento materno e, em sua maioria, o relacionam exclusivamente com a amamentação. Entretanto, evidenciam-se os benefícios do AM, uma vez que fazem referência dos mesmos tanto para o RN quanto para as mães, assim como para o estabelecimento do vínculo entre eles.

Emergem as dificuldades no que se refere a realização da prática do AM na UTIN, principalmente em relação ao conhecimento das mães sobre o tema, aos problemas que surgem nas mamas pelo fato de não serem estimuladas e esvaziadas adequadamente e, ainda, pelas mães estarem num ambiente diferente e instáveis emocionalmente.

Evidenciaram também as facilidades, como acesso livre das mães à UTIN, filosofia institucional por ser hospital Amigo da Criança, presença do fonoaudiólogo, atuação do banco de leite, por fornecer o leite humano para os RN cujas mães não conseguiram extrair o volume total de leite, e por estimular a ordenha, garantindo a produção láctea.

Sugere-se algumas intervenções no sentido de aprimorar e/ou implementar a prática do aleitamento materno no contexto da UTIN ou de outros setores de assistência ao binômio mãe-filho, como profissionais com pleno conhecimento dessa prática e de quais maneiras ela pode acontecer; estando, assim, capacitados adequadamente para realizá-la e orientar as mães nesse processo.

Nessa direção, sugere-se a formação de Grupo de Mães no contexto da UTIN, para abordar vários assuntos, dentre eles o Aleitamento Materno, o que possibilitará incluir as mães de forma mais ativa e efetiva como sujeitos no internamento do filho.

REFERÊNCIAS

AMANDO, AR et al. **Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na Unidade Neonatal.** Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-11, 2016. Disponível em <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17134>>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEZERRA, MJ et al. **Percepção de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados acerca da amamentação**. Rev. baiana enferm. Salvador, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17246/14519>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso**. Série A. Ed. 1, n. 145. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 282 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite humano**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 set. 2006. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rdc_171.pdf>.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. (Série A, norma e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 23.) Brasília, DF: 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 2. 466, de 12 dez. 2012**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, 2 ed, n 23. Brasília, DF: 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de neonatologia**. São Paulo, 2015b. 290 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_neonatologia.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306, de 26 de março de 2016**. Brasília, DF, 2016. 87 p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>.

CARVALHO, MR; TAVARES, LAM. Infecções e vacinas na nutriz. In: _____. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap.7, p. 123-136.

CONCEIÇÃO, CM et al. **Validação para língua portuguesa do instrumento de avaliação do aleitamento materno LATCH**. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 210-216, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200210&lng=en&nrm=iso>.

COSTA, MCG; ARANTES, MQ; BRITO, MDC. **A UTI neonatal sob a ótica das mães**. REE. Goiás, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf>.

FREITAS, BAC et al. **Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário**. Rev Paul Pediatr. São Paulo, v. 34, n.2, p. 189-196, 2016. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001513>>.

GRUMMER-STRAWN, Laurence; ROLLINS, Nigel. **Summarising the health effects of breastfeeding**. Acta Paediatrica [online]. Suíça, v. 104, n. 01, p. 1-2, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.13136>>.

HERNANDES, TA et al. **Significado e dificuldades da amamentação: representação social das mães.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Salvador, v. 6, n. 4, p. 247-257, 2017. Disponível em <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1692>>.

MELO, LM et al. **Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 512-520, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/713>>.

MINAYO, MCS (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORAIS, AC. **O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger.** 2013. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

OLIVEIRA, K; ORLANDI, MHF; MARCON, SS. **Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 767-775, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a14v12n4.html>.

RODRIGUES, AP et al. **Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa.** Rev. Enferm. UFPE on line. Recife, n. 7, v. 1, p. 4144-4152, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4031/pdf_2702>.

SANTOS, TAS; DITZ, ÉS; COSTA, PR. **Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal.** R. Enferm. Cent. O. Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 438-450, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/220/408>>.

SILVA, AFM; GAIVA, MAM; BITTENCUORT, RM. **Uso de lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família.** Rev. Rene, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 574-581, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a18v12n3.pdf>.

SOUZA, ABG et. al. Intervenções de enfermagem na amamentação de recém-nascidos prematuros. In: _____. **Enfermagem em neonatologia: temas relevantes.** 1ed. São Paulo: Martinari, 2010. Cap. 2, p. 27-36.

SCHANLER, RJ. **Outcomes of human milk-fed premature infants.** Semin Perinatol. Holanda, v. 35, n. 1, p. 29-33, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000510001473>>.

SIQUEIRA, MBC; DIAS, MAB. **A percepção maternal sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a04.pdf>>.

TAMEZ, RN; SILVA, MJP. Aleitamento materno. In: _____. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 19, p. 179-191.

WOORTMANN, K. **Quente, frio e reimoso: alimentos, corpo humano e pessoas.** Caderno Espaço Feminino, v.19, n.01, Jan./Jul. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/viewFile/2102/1722>>.

MÃES ADOLESCENTES E SEUS FILHOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Data de aceite: 01/07/2020

Rejane Corrêa Marques

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Isis Vanessa Nazareth

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Fabricia Costa Quintanilha Borges

Prefeitura do Município de Macaé – Rio de Janeiro

Patrícia Regina Affonso de Siqueira

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Glaucimara Rigquete de Souza Soares

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Joana Darc Fialho de Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Carina Bulcão Pinto

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Sabrina Ayd Pereira José

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Meiriane Christine dos Santos Aguiar

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Larissa de Araújo Mantuano Agostinho

Vigilância Epidemiológica

Prefeitura do Município de Macaé – Rio de Janeiro

Maria Isabel Santos Alves

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Suzanna Martins Costa

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

RESUMO: OBJETIVOS: Revisar as produções científicas sobre aleitamento materno por mães adolescentes e analisá-los de acordo com os níveis de evidência científica. METODOLOGIA: Revisão integrativa de literatura com busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE, ADOLEC e BDNF, de artigos publicados de 2000 a 2019, realizando análise dos dados coletados pelos níveis de evidência científica. RESULTADOS: Foram encontrados 84 estudos, a maioria pertencentes ao nível de evidência 2C, indicando evidência científica moderada. Destacaram-se também os níveis de evidência 2B e 5, são analisados como evidências científicas insuficientes, não havendo critérios satisfatórios para fazer uma recomendação em saúde. CONCLUSÃO: Nota-se a escassez de

pesquisas que englobam a saúde mental da mãe adolescente, a temática amamentação é muito explorada sendo relacionada em assuntos que abrangem o pré-natal, obstetrícia, rede de apoio ou a orientação profissional, com grande difusão de conhecimentos científicos voltados para o assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação; Nursing Research; Saúde do Adolescente

ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR CHILDREN: AN INTEGRATIVE REVIEW ON BREASTFEEDING

ABSTRACT: **OBJECTIVES:** To review scientific productions on breastfeeding by adolescent mothers and analyze them according to the levels of scientific evidence. **METHODOLOGY:** Integrative literature review with search in the LILACS, MEDLINE, ADOLEC and BDENF databases for articles published from 2000 to 2019, performing analysis of the data collected by the levels of scientific evidence. **RESULTS:** 84 studies were found, most belonging to the level of evidence 2C, indicating moderate scientific evidence. Evidence levels 2B and 5 were also highlighted, analyzed as insufficient scientific evidence, with no satisfactory criteria for making a health recommendation. **CONCLUSION:** There is a scarcity of research that encompasses the mental health of the adolescent mother, the theme of breastfeeding is widely explored, being related to issues that include prenatal care, obstetrics, support network or professional guidance, with wide dissemination of knowledge. scientific studies focused on the subject.

KEYWORDS: Breastfeeding; Nursing Research; Adolescent Health

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade¹. Em contraponto a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a faixa etária entre 10 a 19 anos². Atualmente o Brasil possui a população adolescente em 57,6 milhões de pessoas, dentro da faixa etária de até 18 anos (Estimativa IBGE para 2016)³.

Esse período é definido por muitas descobertas, anseios e transformações sentidas pelo adolescente ao se tornar parte da sociedade com direitos e deveres, ou seja, adentrar de fato na vida social e fazer a diferença na sociedade. O jovem passa por diversas mudanças físicas e emocionais, sendo um processo complexo e vulnerável. Marcado também pelo desenvolvido suas características sexuais e funções reprodutivas. O jovem nessa fase possui muita curiosidade e inquietação sobre todas as mudanças que estão acontecendo em seu corpo, situação comum e esperada^{4,5}.

As sequências gradativas de transformações no quesito sexualidade desses adolescentes seguem acontecendo e atualmente, seu comportamento sexual está

cada vez mais precoce. Na sociedade em que vivemos, existem muitos tabus inseridos no contexto sexual, muitos adolescentes não possuem informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) e como evitar uma gravidez não planejada⁶.

As estatísticas nacionais também manifestam que, nos últimos anos, o número de gestações em adolescentes vem aumentando. Segundo dados obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2018, o número de mães adolescentes no Brasil que tiveram filhos foram de 434.573 casos⁷.

A maternidade na adolescência é um fenômeno de grande relevância social e como discutido anteriormente é um dado com alta prevalência. A gestação na fase da vida de uma jovem, é visto como um forte impacto biopsicossocial que ao se incorpora às profundas mudanças que caracterizam este período do desenvolvimento humano. Algumas vezes, pode comprometer seu amadurecimento psicossocial como adolescente, por essa mudança social de menina para mãemulher⁸. Entretanto, na perspectiva da representação social da maternidade, o fator “*ser mãe*” pode favorecer em duas alternativas para esta população, seja no sentimento de independência social ou no favorecimento de barreiras no processo de crescimento e desenvolvimento pessoal⁹.

Nesse âmbito, a amamentação pode ser vivenciada pela mãe adolescente como um processo moroso, ao ser incorporada no seu desempenho de papel. Cabe salientar que, independentemente da idade, o ato de amamentar necessita de reajustes interpessoais e intrapsíquicos. Pois a prática de amamentar exige esforço, e se dá por uma adaptação exclusiva para cada mulher¹⁰.

Diante do exposto, faz-se necessário identificar produções científicas relacionadas a amamentação na adolescência. Nesta perspectiva ergue-se o seguinte questionamento: o que refletem as publicações científicas sobre aleitamento materno por mães adolescentes?

Diante dessa pergunta, objetivou-se revisar as produções científicas sobre aleitamento materno por mães adolescentes e analisá-las de acordo com os níveis de evidência científica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa. Esta forma de estudo possibilita sintetizar as diferentes pesquisas disponíveis sobre determinado assunto e orienta a prática com embasamento no conhecimento científico. Foram delimitadas algumas etapas, baseado na produção de uma revisão integrativa, e elas são: estabelecimento da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento¹¹.

As produções científicas encontradas nesta revisão foram classificadas segundo a Prática Baseadas em Evidências (PBE). Esta classificação está de acordo com *Oxford*

Centre Evidence-Based Medicine que classifica as evidências conforme o delineamento metodológico¹².

Os critérios de inclusão foram artigos científicos originais e internacionais, publicados em Português, Inglês ou Espanhol, independentemente do método de pesquisa utilizado. Estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez. Foram excluídos estudos que não contemplam o aleitamento materno na adolescência como objeto do cuidado, bem como editoriais, resumos de anais, relatórios de gestão e boletins epidemiológicos.

Como método de busca para Aleitamento Materno na Adolescência, utilizaram-se alguns Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com base na interface de pesquisa avançada via formulário *iAH*, aplicando-se os operadores booleanos *or/and*. Os descritores selecionados foram: Amamentação; Adolescência.

A produção científica foi obtida por meio de uma busca bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Base de dados da área de Saúde de Adolescentes e Jovens (ADOLEC), durante os meses de setembro e outubro de 2019. Para extração das características das publicações, foi organizado um quadro com as seguintes informações para o melhor entendimento da seleção quantitativa dos artigos: Procedência, título do artigo, base de dados em que foi publicado, ano de publicação, país de origem e área de saúde.

A partir das buscas foram encontrados 122 estudos, sendo 26(21%) publicados na LILACS, 59(48%) na MEDLINE, 22(18%) na BDENF e 15(12%) na ADOLEC.

Os 122 estudos foram submetidos a leitura minuciosa dos títulos e resumos. Destes, somente 84(100%) eram artigos científicos originais, publicados na íntegra em Português, Inglês ou Espanhol. Fez-se, então, a leitura das 84(100%) publicações, das quais 14(17%)¹³⁻³⁵ se encontravam na LILACS; 47(56%)³⁶⁻⁸⁰ na MEDLINE; 14(17%)⁸¹⁻⁹⁵ na BDENF e 9(11%)⁹⁶⁻¹⁰⁵ na ADOLEC, onde se adequaram a todos os critérios de inclusão. Vale ressaltar que duas publicações foram encontradas em todas as bases utilizadas, cinco publicações da LILACS foram encontradas na BDENF e três publicações da ADOLEC foram encontradas na LILACS e, pela duplicidade, não foram consideradas.

RESULTADOS

Nota-se que os 84 (100%) estudos identificados¹³⁻¹⁰⁵ foram publicados entre os anos de 2000 a 2019, destacando que 44 (52%) investigações foram produzidas pela Enfermagem.

Sobre a relação à variável procedência da produção, constata-se, a distribuição das pesquisas acerca do Aleitamento materno na Adolescência em nível mundial, na Tabela 1.

Procedência	f	%
Brasil - Rio Grande do Sul	9	11%
Brasil - São Paulo	9	11%
Brasil - Rio de Janeiro	6	7%
Brasil - Minas Gerais	3	4%
Brasil - Paraná	3	4%
Brasil - Alagoas	2	2%
Brasil - Bahia	2	2%
Brasil - Ceará	2	2%
Brasil - Recife	2	2%
Brasil - Rio Grande do Norte	1	1%
Brasil - Belém	1	1%
Brasil - Piauí	1	1%
Estados Unidos	23	27%
Inglaterra	9	11%
Espanha	3	4%
Cuba	1	1%
México	5	6%
Colômbia	2	2%
Etiópia	1	3%
Índia	1	1%
Total	84	100,0

TABELA 1: Distribuição das publicações sobre Aleitamento Materno na Adolescência por área de procedência. Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

A maioria – 23(27%) – procede dos Estados Unidos, seguindo Inglaterra com 9(11%) Rio Grande do Sul com 9(11%), São Paulo com 9(11%), Rio de Janeiro com 6(7%), México com 5(6%), Minas Gerais com 3(4%), Paraná com 3(4%), Espanha com 3(4%) e os demais países com apenas uma ou duas produção cada. Ver Tabela 1.

A disposição de publicações sobre Aleitamento Materno na Adolescência por área do conhecimento é especificada na Tabela 2.

Área profissional	F	%
Enfermagem	44	52%
Medicina	21	25%
Nutrição	9	11%
Psicologia	5	6%
Antropologia	3	4%
Fisioterapia	2	2%
Total:	84	100,0

TABELA 2: Distribuição da quantidade de publicações sobre Aleitamento Materno na Adolescência por área do conhecimento. Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

A maioria das pesquisas revisadas origina-se da Enfermagem, seguindo pela Medicina representada em 21(25%) publicações, Nutrição em 9(11%), Psicologia em 5(6%), Antropologia em 3(4%) e Fisioterapia em 2(2%), segundo a Tabela 2.

Quanto ao tipo de delineamento dos estudos avaliados, evidenciou-se na amostra o predomínio de artigos qualitativos descritivos 72(85%)^{15-30,37,38,40-78,82-95,100}.

A respeito dos objetivos dos estudos, 5(6%) estudaram a prevalência e índices do aleitamento materno relacionado aos fatores que levam ao desmame precoce^{83,84,86,95,98} e 36(43%) publicações buscaram identificar o significado de amamentar ou a percepção da puerpera adolescente frente a este fenômeno^{15,16,19-27,40-52,87-92,96,99-103}.

A correlação de fatores que influenciam a prática do aleitamento materno juntamente com a força de associação com a auto eficácia em amamentar foram encontrados em 18(21%) estudos^{53-59,62,64,71,75,77,80-82,85}, sobre a decisão e comportamento relacionado a influência cultural e familiar no aleitamento materno por adolescentes foram identificados 17(20%) estudos^{34,35,37-39,60,61,65-70,78,104,105}.

A respeito da prática da Enfermagem ativamente no processo de educação em saúde de adolescentes em aleitamento materno, no pré-natal e nas consultas subsequentes nas questões que norteiam a preparação da jovem para o ato de amamentar apresentam-se em 5(6%) estudos^{17,18,30-32}.

Nota-se que 3(4%) artigos tiveram como objetivo a comparação do aleitamento materno por mães adolescentes e mães adultas, referindo-se a duração, percepções e intenções de realizar o aleitamento materno^{36,72,97}.

Dos 84(100%) estudos, 13(16%)^{82,87,89,90-92,97-103} coletaram dados por meio de questionários, envolvendo perguntas socioculturais, socioeconômicas, história pregressa, antecedentes obstétricos e perguntas inerentes ao aleitamento materno. Destes 12(14%)^{82,89,90-92,97-103} foram aplicados apenas para a mãe adolescente e 1(1%) para mães, pais e familiares após algumas sessões de educação em saúde⁸⁷.

Desta forma, verifica-se que 74(88%)^{13-17,15-33,34-39,41,43-54,56,58,59-80,82-88,90-94,96-105} publicações foram classificadas no nível de evidência 2C; os demais artigos condizem com o nível de evidência 2B e 5.

DISCUSSÃO

Ao analisar a variável ano de publicação, para o esclarecimento do início da produção científica e difusão da temática em questão, averiguou-se grande alternância entre os anos de 2000 a 2019. Vale ressaltar que a primeira publicação *on-line*, na íntegra, intitulada: *Breastfeeding and Adolescents – Estados Unidos*, data de 2000, é o que dá início a procura das produções científicas qualificadas a cerca do aleitamento materno em adolescentes, foi um estudo de revisão, que buscou dados de 1980 a 1999, fazendo a análise crítica de pesquisas sobre experiências de tomada de decisão na amamentação por mães adolescentes. Esse estudo traz dados representativos de que as pesquisas foram insatisfatórias e a maioria dos estudos referiam-se somente a mulheres acima de 20 anos, necessitando então de novas pesquisas para o universo adolescente³⁶.

Em contraponto no Brasil a primeira publicação *on-line*, publicada na íntegra, intitulada: “amamentação e alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas?” data de 2003, o estudo trás a investigação para a prática, realizado pelo método de corte ambidirecional, com objetivo de realizar a comparação entre as atitudes e escolhas nas duas fases da vida. O estudo consegue desmistificar o que o primeiro artigo publicado sobre o tema, observando essa investigação como satisfatória entre os grupos analisados e constata que a adolescência não é fator impeditivo para aleitamento materno se comparado a mulheres adultas⁹⁷.

Ao analisar o ano 2000³⁶ a 2003⁹⁷ das primeiras publicações encontradas, podemos relacionar alguns fatos históricos, como: Instituição do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam) em 1981, juntamente da OMS e Unicef implantando os Dez passos para o sucesso do aleitamento materno em 1989 e no início de 1990 a criação do ECA, com isso dando início a futuras inquietações dos pesquisadores em investigar sobre o aleitamento materno por adolescentes^{1,32,4}.

Com referência à procedência da publicação, visando o Brasil, o estado que conteve o maior número de estudos foi o Rio Grande do Sul com 9(11%)^{34,47,53,64,78,84-87}, seguido por São Paulo com 9(11%)^{19,26,28,30-32,45,48,49}, como mostra a Tabela 1. Essa quantidade remete à concentração, dos centros de pesquisas e de pós-graduação, já que dos 1.420 programas e cursos de pós-graduação, 844(53,4%) encontram-se nessa região, considerada o polo de geração de conhecimento no país^{106,107}.

É importante destacar que, entre todos os países que publicaram estudos sobre aleitamento materno na adolescência, os Estados Unidos contribuiu com maioria 23(27%)³⁶⁻⁸⁰, conforme a Tabela 1. Colaborando para divulgação e ampliação do conhecimento necessário para subsidiar Políticas Públicas e pesquisas a nível nacional e internacional³⁶⁻⁸⁰.

No que se refere à área do conhecimento, verificou-se que 44 (52%)^{15-19,21,23,25,27-32,34,36,41,50,51,54,55,60,61,64,66,81-95,99-105} das pesquisas revisadas origina-se da Enfermagem, como

representado na Tabela 2. Esse resultado expressa o protagonismo da Enfermagem na atenção básica de saúde, cujo são realizadas ações voltadas para prevenção de agravos, manejo e promoção de saúde associada ao aleitamento materno, fortalecendo a relação do binômio mãe-bebê, contribuindo na integralidade do cuidado²⁷⁻³².

Os demais se distribuíram através da Medicina – 21(25%)^{13,14,20,22,24,26,33,37-40,42-49,52,53,56-59,62,63,65,6780,96-98}, Nutrição – 9(11%)^{20,23,50,52,53,57,63,64} Psicologia – 5(6%)^{34,39,50,57,93} Antropologia – 3(4%)^{38,39,40} e Fisioterapia – 2(2%)^{34,93} segundo a Tabela 2.

Nota-se que a parceria entre os profissionais de saúde e de outras áreas externas à saúde é altamente necessária e relevante, compartilhando as experiências e colaborando para a produção científica pertinente, com objetivo de contribuir para uma assistência de qualidade na orientação e acompanhamento do aleitamento materno por adolescentes^{108,109}.

Com base na variável objetivos da investigação, certificou-se que os estudos comparam o aleitamento materno realizado por adolescentes e mulheres adultas, todos enfatizam durante a fase da adolescência existem muitas particularidades, como fatores relacionados ao estado conjugal, transtornos emocionais, dificuldade em desempenho de papel, sendo assim obtendo altas chances de levar ao desmame precoce, o que é um fator preocupante apontado por pesquisadores, não só das publicações encontradas nesta revisão mas em um panorama geral. O que identificaram nos estudos que faz toda diferença foi que a assistência no pré-natal de qualidade, rede de apoio e fatores socioculturais, estão interligados e não justificam a interrupção precoce do aleitamento materno sendo relacionado somente com a adolescência, e sim em qualquer fase da vida da mulher^{83,84,86,95,98}.

Estudos, cujo objetivo foi identificar o sentimento, significado, percepção e índice de aleitamento materno por adolescentes, apontam que existe uma extrema valorização e ciência da importância do AM, havendo a demonstração da satisfação e felicidade pela mãe adolescente em amamentar. Foi encontrado juntamente o relato da dificuldade em amamentar e mesmo enfrentando muitas barreiras as mães adolescentes não desistem, mesmo precisando iniciando o aleitamento materno complementado, demonstram interesse em permanecer nutrindo seu filho. Fato relevante, pois, a prevalência do AME não está dentro do esperado pelo Ministério da Saúde, ainda mais sendo um público mais vulnerável e com muitas peculiaridades da fase adolescente estudos^{53-59,62-64,71,75,77,80-82,85}.

No que tange sobre o apoio no AM por adolescentes, estudos evidenciam que a rede familiar é um fator que sempre estará presente. É de conhecimento geral que a adolescente sofre influências diretas nas opiniões construídas culturalmente pelas famílias, em relação a prática e decisão sobre alimentação do bebê. Com isso reforçam que as orientações devem ser repassadas para todas a rede de apoio dessa adolescente, e comprovam que tem sido eficaz realizar educação em saúde não só para o grupo de adolescentes e sim juntamente com a família^{35,37-39,60,61,65-70}.

As dificuldades relacionadas ao aleitamento materno precisam ser ditas e esclarecidas,

com isso, estudos enfatizam a importância das orientações repassadas por profissionais da saúde. A Enfermagem possui uma relação direta nestes fatores, pois somos nós que estamos na atenção primária à saúde, realizando consulta ginecológica, pré-natal, puericultura e acompanhamento dessa mãe adolescente que amamenta. É necessário acolher essa jovem, e explicar de forma gradual a importância do AM, frisar que existem intercorrências e envolvê-la na preparação para amamentar, os estudos desta revisão apontam que a orientação da Enfermagem faz diferença sim na decisão e duração do AM por adolescentes^{17,18,30-32}.

Quanto à variável nível de evidencia, os resultados obtidos indicaram que a maioria das publicações, desta revisão integrativa, possui nível de evidencia científica 2C – 74(%)^{13-17,15-33,34,39,41,43-54,56,58,59-80,82-88,90-94,96-105}; 5(6%)^{33,40,42,55,57} com nível de evidencia científica 2B; e 5(6%)^{17,81,89,95,102} com nível de evidencia científica 5. O nível 2C, avaliado na maioria dos artigos revisados, indica evidência científica moderada, mas não permite fazer recomendações a favor ou contra a intervenção clínica preventiva, sendo necessário explorar critérios individuais, para a melhor decisão interventiva. Já os artigos com níveis 2B e 5 são analisados como evidências científicas insuficientes com pobre qualidade de randomização, controle ou sem acompanhamento longo, não havendo critérios satisfatórios para fazer uma recomendação em saúde¹².

Com isso, é prudente reconhecer que os estudos em pauta não aplicaram métodos que conduzam à síntese das melhores evidências científicas, não havendo justificativa para a generalização das recomendações delineadas, contudo, as reflexões e propostas parecem ter sido pertinentes no que se refere ao aleitamento materno na adolescência, Entende-se que o conhecimento da classificação de evidências científicas dos artigos, recuperados nesta revisão integrativa, proporciona subsídios para auxiliar os profissionais de saúde a realizarem uma avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente, contribui para a tomada de decisão sobre a incorporação das evidências à prática em saúde relacionada a adolescente que amamenta^{12,37-39,60,61}.

Não foram encontradas evidências científicas que enfoquem na saúde mental da adolescente que amamenta, os pesquisadores têm objetivos em comum com o que ocorre com a mulher adulta, porém, a saúde de mães de adolescentes é peculiar e necessita de um olhar ampliado para melhor entendimento das suas atitudes e ações na decisão de amamentar. Com isso necessita de mais pesquisas acerca dessa temática.

CONCLUSÃO

A maioria dos artigos foi classificada no nível 2C, considerado evidência científica moderada, não se justificando a generalização de recomendações, mas pondera-se que as reflexões e propostas parecem ter sido pertinentes no que se refere ao aleitamento

materno por adolescentes.

A escassez de pesquisas que englobam a saúde mental da mãe adolescente chama atenção sobre a expansão dessa problemática, expressando a necessidade de promover iniciativas de educação em saúde no intuito de acolhimento deste público, cujo socialmente é dado como vulnerável diante do aleitamento materno.

Constatou-se também que a temática amamentação é muito explorada sendo relacionada em assuntos que abrangem o pré-natal, obstetrícia, rede de apoio ou a orientação profissional, havendo uma grande difusão de conhecimentos científicos voltados para o assunto.

Este estudo de revisão não se esgota com estas considerações, porém, traz à tona as imensas possibilidades de estudos mais profundos nas diversas regiões do Brasil e do mundo, apontando para a necessidade de continuidade das pesquisas sobre o aleitamento materno na adolescência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente - Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
2. Brasil. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
3. IBGE. Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. II. Série, 2016.
4. Durhand SB. Amamentação na adolescência: utopia ou realidade? *Adolesc Saude*. 2004;1(3):12- 16. Disponível em: http://adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v1n3a03.pdf?aid2=207&nome_en=v1n3a03.pdf
5. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FDCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, Franceschini, SDCC. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, 2014, 48(6), 985-994. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67237028016.pdf>
6. Lima DM, Celma MG. Amamentação exclusiva: determinantes sócio-econômicos e emocionais. *Estudos, Goiânia*, v. 41, especial, p. 139-149, out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18224/est.v41i0.3814>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
8. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, abril de 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100015>.
9. Brasil. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

10. Cremonese, L., Wilhelm, L. A., Prates, L. A., de Paula, C. C., Sehnem, G. D., & Ressel, L. B. Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170088, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400211&lng=en&nrm=iso
11. Cooper HM. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.
12. Sackett DL, Rosenberg WMC. On the need for evidence-based medicine. *Am. j. public health*. 2009 [cited 2019 Jun 25]. 17(3):330-4. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a043127>
13. Vieira ML, Silva JL, Barros Filho AAA. Amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *Jornal de Pediatria - Vol. 79, N°4*, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000400009
14. González SF, Cerda FR. M., Robledo GJA, Valdovinos CS, Vargas VJ, Fernández SS. La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva: Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. *Gaceta médica de México*, 2005, 141(2), 99-103. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132005000200003&script=sci_arttext&tlng=en
15. Levandowski, DC, Piccinini CA. Paternidade na adolescência: Aspectos teóricos e empíricos. *Journal of Human Growth and Development*, 2004 14(1). Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.39792>
16. Funghetto SS, Rodrigues JCT, de Souza RG. Vivência da amamentação por mães adolescentes. *Cogitare Enfermagem*, 2009, 14(3), 540-546. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362009000300019&lng=es&nrm=iso &tlng=pt
17. Santos LC, Ferrari AP, Tonete VLP. Contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão integrativa da literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2009, 8(4), 691-698. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i4.9708
18. Takemoto AY, Santos ADL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. *Ciênc cuid saúde*, 2011, 10(3), 444-51. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.17362
19. Oliveira FB., Lisboa BCF, Sousa BNA. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo. *Scientia Medica (Porto Alegre)*, 2012, 22(2), 81-85. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/10509/8155>
20. Thomaz EBAF, Cangussu MCT, Assis AMO. Malocclusion and deleterious oral habits among adolescents in a developing area in northeastern Brazil. *Brazilian oral research*, 2013, 27(1), 62-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242013000100011
21. Clapis CV, Fabbro MRC, Beretta MIR. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. *Cienc Cuid Saude*, 2013, 12(4), 704-10. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/80e8/2ca76e70dfd95d102d804f96fd4e930e6896.pdf>
22. Gusmão AMD, Béria JU, Gigante LP, Leal AF, Schermann LB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, 18, 3357-3368. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001900025&script=sci_arttext&tlng=en
23. Forero Y, Rodríguez SM, Isaács MA, Hernández JA. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica*, 2013, 33(4), 554-563. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/843/84329152009.pdf>

24. Lopes AM, Silva GRF, Rocha SS, Avelino FVSD, Soares LS. Amamentação em prematuros: caracterização do binômio mãe-filho e autoeficácia materna. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2015, 28(1), 32-43. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40842428005.pdf>
25. Spindola T, Oliveira ACFC, Cavalcanti RL, Fonte VRF. Amamentação na adolescência: histórias de vida de mães primíparas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2014, 6(1), 414-424. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2965/pdf_1093
26. Andrade JS, Wilasco MIDA, Dornelles CTL, Fries GR, Gama CS, Rosa AR. Níveis séricos do fator neurotrófico derivado do cérebro e citocinas e a duração da amamentação em crianças e adolescentes. *Clinical and biomedical research*. Porto Alegre. Vol. 34, n. 1, 2014, p. 53-59. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158833>
27. Lima BR., Carnaúba JP, Chaves AFL, Rocha RS, Vasconcelos HCA, Oriá MOB. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2015, 17(3). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/31061>
28. Azevedo MV, Silva DI, Gonçalves JB, Fátima MM, Tararthuch RZP. Representações sociais da nutriz adolescente sobre a amamentação. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2015, 7(2), 2405-2414. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3994/pdf_1597
29. Ribeiro IB. Amamentação exclusiva no vivido da adolescente: mundo da vida, relações sociais e intencionalidade. *Rio de Janeiro; s.n; dez. 2013. ca. 170f p.* Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-743618>
30. Leal CCG, Oliveira FMM, de Oliveira LCQ, Santos MJC, Leite AM, Gomes SFA. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. *Ciencia y enfermería*, 2016, 22(3), 97-106. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370451048009.pdf>
31. Chaves SAK, Menezes OKM, Mendonça FCM, Jesus MMD, Miranda L, Correia K. Construção e validação de jogo educativo para adolescentes sobre amamentação. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2017, 31(1). Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16476/pdf_1
32. Silva CM, Pellegrinelli ALR, Pereira SCL, Passos IR, Santos LCD. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017, 22, 1661-1671. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1661-1671/>
33. Poton WL, Soares ALG, Menezes AMB, Wehrmeister FC, Gonçalves H. Amamentação e comportamentos externalizantes na infância e adolescência em uma coorte de nascimentos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018 41, e142. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2017.v41/e142/pt/>
34. Arruda GT, Weschenfelder AJ, Braz MM, Pivetta HMF. Perfil das nutriz adolescentes e características relacionadas ao aleitamento materno em uma cidade do Sul do Brasil. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2018, 22(1). Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6255>
35. Tessari W, Soares LG, Abreu IS. Percepção de mães e pais adolescentes sobre o aleitamento materno. *Enfermagem em Foco*, 2019, 10(2). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1865>
36. Wambach KA, Cole C. Breastfeeding and adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2000, 29(3), 282-294. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02050.x>
37. Mossman M, Heaman M, Dennis CL, Morris M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. *Journal of Human Lactation*, 2008, 24(3), 268-277. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334408316075>

38. Ingram J, Cann K, Peacock J, Potter B. Exploring the barriers to exclusive breastfeeding in black and minority ethnic groups and young mothers in the UK. *Maternal & Child Nutrition*, 2008, 4(3), 171-180. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00129.x>
39. Morrison L, Reza A, Cardines KI, Foutch CK, Severance C. Determinants of infant-feeding choice among young women in Hilo, Hawaii. *Health care for women international*, 2008, 29(8-9), 807-825. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330802269444>
40. Hadley C, Lindstrom D, Belachew T, Tessema F. Ethiopian adolescents' attitudes and expectations deviate from current infant and young child feeding recommendations. *Journal of Adolescent Health*, 2008, 43(3), 253-259. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X08000955>
41. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery*, 2011, 27(1), 53-59. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613809001211>
42. Wambach KA, Cohen SM. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *Journal of pediatric nursing*, 2009, 24(4), 244-254. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596308001747>
43. Nelson AM. Adolescent attitudes, beliefs, and concerns regarding breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2009, 34(4), 249-255. Disponível em: https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2009/07000/Adolescent_Atitudes,_Beliefs,_and_Concerns_.11.aspx
44. Dyson L, Green JM, Renfrew MJ, McMillan B, Woolridge M. Factors influencing the infant feeding decision for socioeconomically deprived pregnant teenagers: the moral dimension. *Birth*, 2010, 37(2), 141-149. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2010.00394.x>
45. Stiles AS. Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2010, 39(6), 723-733. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515303245>
46. Grassley JS. Adolescent mothers' breastfeeding social support needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2010, 39(6), 713-722.
47. Meglio GD, McDermott MP, Klein JD. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeeding Medicine*, 2010, 5(1), 41.
48. Alexander A, O'Riordan MA, Furman L. Do breastfeeding intentions of pregnant inner-city teens and adult women differ? *Breastfeeding Medicine*, 2010, 5(6), 289-296.
49. Schott AS. Longer breastfeeding is associated with increased lower body explosive strength during adolescence. *The Journal of nutrition*, 2010, 140.11: 1989-1995.
50. Grassley JS, Sauls DJ. Evaluation of the supportive needs of adolescents during childbirth intrapartum nursing intervention on adolescents' childbirth satisfaction and breastfeeding rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 33-44.
51. Correia SAM, Pereira KB, Santelli RE, Boaventura GT, Azeredo VB. Dietary supplements for the lactating adolescent mother: influence on plasma micronutrients. *Nutricion hospitalaria*, 26(2), 2011, 392-398.
52. Costa RDSS, Silva SF, Conceição FD, Saunders C, Carvalho SFL, Miranda CRM, Carmo MDGT. Plasma levels of trans-fatty acids are low in exclusively breastfed infants of adolescent mothers. *Lipids* 46.6 (2011): 537.
53. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*, 2012, 129(5), e1228-e1237

54. Apostolakis KK., Valentine C, Franco E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *The Journal of pediatrics*, 2013, 163(5), 1489-1494.
55. Juvera CG, Casanueva E, Bolaños VAV, Regil LM, Barca AMC. No changes in weight and body fat in lactating adolescent and adult women from Mexico. *American Journal of Human Biology*, 2012, 24(4), 425-431.
56. Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan, JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC pregnancy and childbirth*, 2012, 12(1), 149.
57. Liben ML, Gemechu YB, Adugne W M, Asrade A, Adamie B, Gebremedin E, Melak Y. The prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors. *International breastfeeding journal* 11.1 2016: 4
58. Sipsma HL, Magriples U, Divney A, Gordon D, Gabzdy E, Kershaw T. Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration, and exclusivity. *Journal of adolescent health*, 53(3), 2013, 394-400
59. Sipsma HL, Divney AA, Magriples U, Hansen N, Gordon D, Kershaw T. Breastfeeding intentions among pregnant adolescents and young adults and their partners. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), 2013, 374-380.
60. Sámano R., Rojano MH, Martínez EG, Jiménez BS, Rodríguez GPV, Zamora JP, Casanueva E. Effects of breastfeeding on weight loss and recovery of pregestational weight in adolescent and adult mothers. *Food and nutrition bulletin*, 2013, 34(2), 123-130.
61. Linares RJE, Romero G, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 4 (2013): 80-86.
62. Pereira K B, Azeredo VB, Sileira CB, Pedruzzi LM. Composition of breast milk of lactating adolescents in function of time of lactation. *Nutricion hospitalaria*, 2013, 28(6), 1971-1976.
63. Pentecost R, Grassley JS. Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 2014, 30(2), 224-228.
64. Lacerda ACT, Vasconcelos MGL, Alencar EN, Osório MM, Pontes CM. Adolescent fathers: Knowledge of and involvement in the breast feeding process in Brazil. *Midwifery*, 30(3), 2014, 338-344.
65. Monteiro JCDS, Dias FA, Stefanello J, Reis MCG, Nakano AMS, Gomes SFA. Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. *Midwifery*, 30(3), 359-363.
66. Lima APE, Javorski M, Amorim RDJM, Oliveira, SC, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 2014, 965-971.
67. Hackett KM, Mukta US, Jalal CS, Sellen DW. Knowledge, attitudes and perceptions on infant and young child nutrition and feeding among adolescent girls and young mothers in rural Bangladesh. *Maternal & child nutrition*, 2015, 11(2), 173-189.
68. Sipsma HL, Jones KL, Cole LH. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *Journal of Human Lactation*, 2015, 31(2), 221-229.
69. Wambach KA., Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh HW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western journal of nursing research*, 2011, 33(4), 486-505.
70. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh HW. A randomized controlled

trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western journal of nursing research*, 33(4), 486-505.

71.Woo JG, Dolan LM, Morrow AL, Geraghty SR, Goodman E. Breastfeeding helps explain racial and socioeconomic status disparities in adolescent adiposity. *Pediatrics*, 2008, 121(3), e458-e465.

72.Woods NK, Chesser AK, Wiperman J. Describing adolescent breastfeeding environments through focus groups in an urban community. *Journal of primary care & community health*, 2013, 4(4), 307-310.

73.Clarke M A, Haire JDL, Schwarz CD, Tabak R. G, Joshu CE. Peer Reviewed: Influence of Home and School Environments on Specific Dietary Behaviors Among Postpartum, High-Risk Teens, 27 States, 2007–2009. *Preventing chronic disease*, 12.

74.McPeak KE, Sandrock D, Spector ND, Pattishall AE. Important determinants of newborn health: postpartum depression, teen parenting, and breast-feeding. *Current opinion in pediatrics*, 2015, 27(1), 138-144.

75.Leclair E, Robert N, Sprague AE, Fleming N. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 2015, 28(6), 516-521.

76.Hunter L, Cuerden MJ, McCourt C. Disempowered, passive and isolated: how teenage mothers' postnatal inpatient experiences in the UK impact on the initiation and continuation of breastfeeding. *Maternal & child nutrition*, 2015, 11(1), 47-58.

77.Olaiya O. Maternity care practices and breastfeeding among adolescent mothers aged 12–19 years—United States, 2009–2011. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 65, 2016.

78.Martin RM, Kramer MS, Patel R, Rifas SSL, Thompson J, Yang S, Oken E. Effects of promoting long-term, exclusive breastfeeding on adolescent adiposity, blood pressure, and growth trajectories: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 2017, 171(7), e170698-e170698.

79.Nunes LM, Vigo Á, Oliveira LDD, Giugliani ERJ. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, 33, e00205615.

80.Whipps MD. Education attainment and parity explain the relationship between maternal age and breastfeeding duration in US mothers. *Journal of Human Lactation*, 2017, 33(1), 220-224.

81.SILVA VL. A prática do aleitamento materno de mães adolescentes: revisão integrativa da literatura. (2009).. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(4), 691-698.

82.Primeiro CC, Dutra PR, Lima EDFA, Alvarenga SC, Leite FMC. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 2015, 20(2), 426-433.

83.Clapis CV, Fabbro MRC, Beretta, MIR. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. *Cienc Cuid Saude*, 2013, 12(4), 704-10.

84.Sepka GC, Gasparelo L, Fernandes AB, Mascarenhas, TT. Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes: acompanhando e avaliando essa prática. *Cogitare enfermagem*, 12(3), 313-322.

85.König AB, Fonseca AD, Oliveira Gomes V L. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre "ser mãe". *Revista eletrônica de enfermagem*, 10(2). 2008.

86.Souza SA, Araújo RTD, Teixeira JRB, Mota TN. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2016, 10(10), 3806-3813.

87. Tomeleri KR, Marcon SS. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2009, 62(3), 355-361..
88. Cremonese L, Antunes WL, Prates AL, Oliveira G, Nunes BC, Ressel LB. O processo da amamentação na adolescência: vivências lembradas por mulheres. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10(9), 2016.
89. Cremonese L, Wilhelm LA, Prates LA, Possati AB, Scarton J, Ressel LB. A decisão de amamentar durante a adolescência: um estudo na perspectiva cultural. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(3), 317-326, 2016.
90. Rodrigues DP, Araújo RFR, Silva LMS, Jorge MSB, Vasconcelos LDGP. O adolescer e ser mãe: representações sociais de puérperas adolescentes. *Cogitare enfermagem*, 14(3), 455-462, 2009.
91. Orso LF, Mazzetto FMC, Siqueira FPC, Chadi PF. Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto. *Rev. enferm. UFPE on line*, 4870-4879, 2016.
92. Lima GKSD, Santos AAPD, Silva JMDO, Comassetto I, Correia SR, Ferreira DCDS. Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem. *Rev. enferm. UFPE on line*, 11(supl. 10), 4217-4225, 2017.
93. Margotti E, Margotti W. Fatores associados ao desmame aos quatro meses em bebês de mães adolescentes. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(3), 2019.
94. Vilarinho ML, Tolstenko NL, Ishida ENE. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 16, núm. 2, abril-junio, 2012.
95. Fernandes CS, Carvalho JN, Silva FE, Costa NP, Moraes T, Rodrigues ARS, Gonçalves LHT. Photovoice como método de pesquisa para educação em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 21, 2019.
96. Gallego MBR. Influencia de la educación sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 244-247, 2001. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300007
97. Vieira ML, Silva JL, Barros FAA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas?. *Jornal de Pediatria*, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000400009&script=sci_abstract&tlng=pt
98. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Revista de Saúde Pública*, 38, 85-92, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
100. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Araújo DL, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 87-94, 2009.
101. Andrade PR, Ribeiro CA, Silva CV. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 30-35, 2006.
102. Joventino ES, Dodt RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):176-84..
103. Silva LAD, Nakano AMS, Gomes FA, Stefanello J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto Contexto Enferm*, 18(1), 4856, 2009.
104. Carletti QM, Bistafa PMJ, Santos CB, Moraes LA, Garcia RR. Prevalência e determinantes do

aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 46, núm. 3, junho, 2012.

105.Santos LP, Amaral GF, Sousa FRR, Paiva RG, Gomes MAB, Oriá MOB. Conhecimento, atitude e prática de puérperas adolescentes em relação ao aleitamento materno. *Adolescência e Saude*, 13(1), 7-18, 2016.

106.Oelkea ND; Lima MADS; Costa AMA. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. *Rev. gaúch. enferm.* 2015; 36(3):113-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>

107.Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. *Enferm. foco (Brasília)*. 2012; 2(3):89-93.

108.Cecagno D, Siqueira HCH, Vaz MRC. Falando sobre pesquisa, educação e saúde na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2005, 26(2), 154.

109.Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 1995, 29, 63-74.

AMAMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 28/03/2020

Mônica Chiodi Toscano de Campos

Universidade de Brasília

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília

<https://orcid.org/0000-0003-4145-9216>

Ingridy Borges dos Santos

Universidade de Brasília

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília

<https://orcid.org/0000-0002-4472-1454>

Rejane Antonello Griboski

Universidade de Brasília

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília

<https://orcid.org/0000-0002-3745-6488>

Daniella Soares dos Santos

Universidade de Brasília

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília

<https://orcid.org/0000-0002-4968-7216>

Lara Mabelle Milfont Boeckmann

Universidade de Brasília

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília

<http://orcid.org/0000-0002-1213-559X>

tem suas especificidades e particularidades, sendo indispensáveis direitos reservados a elas, estratégias e ações de prevenção e promoção à sua saúde. O estudo visou avaliar as condições de amamentação vivenciadas pelas mulheres em situação de privação de liberdade e seus filhos no Brasil, a partir da produção científica. Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem bibliométrica, que permite a síntese de métodos e resultados acerca de determinado tema, proporcionando maior aprofundamento. A revisão bibliográfica foi realizada em setembro de 2019 e atualizada em fevereiro de 2020, foram selecionados 20 artigos que discorreram sobre a realidade da amamentação no cárcere. A amamentação no cárcere é uma abordagem complexa, visto que envolve vários contextos simultaneamente incluindo a saúde, poderes administrativos, governos, políticas e legislações que permeiam esse cenário. Entre os artigos selecionados foi identificada a escassez de produções científicas de autoria da enfermagem que envolva o ato do aleitamento materno e suas circunstâncias no ambiente carcerário e quais as suas implicações para o binômio.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação. Prisões. Maternidade.

RESUMO: A mulher privada de sua liberdade

BREASTFEEDING IN BRAZIL'S PRISON POPULATION: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Women deprived of their liberty have their specificities and particularities, with rights reserved to them, strategies and actions to prevent and promote their health being indispensable. The study aimed to evaluate the breastfeeding conditions experienced by women in situations of deprivation of liberty and their children in Brazil, based on scientific production. It is an integrative review with a bibliometric approach, which allows the synthesis of methods and results on a given theme, providing greater depth. The bibliographic review was carried out in September 2019 and updated in February 2020, 20 articles were selected that discussed the reality of breastfeeding in prison. Breastfeeding in prison is a complex approach, as it involves several contexts simultaneously including health, administrative powers, governments, policies and legislation that permeate this scenario. Among the selected articles, the scarcity of scientific productions of nursing authorship involving the act of breastfeeding and its circumstances in the prison environment and its implications for the binomial was identified.

KEYWORDS: Breastfeeding. Prisons. Maternity.

1 | INTRODUÇÃO

A criminalidade que vem crescendo ao longo dos anos nas diversas cidades, especialmente nos grandes centros urbanos, é acompanhada por infratores de variadas classes sociais, etnias, religiões e sexo, tendo seu destino final em uma instituição penitenciária formando uma população carcerária dependente de um sistema punitivo no qual é duvidável o seu caráter de recuperação e ressocialização dos indivíduos (BARROS et al., 2016).

O crescimento dessa população é um fenômeno de dimensão global que se expandiu nas últimas décadas, reflexo do uso das prisões como um instrumento de controle e gerenciamento do crime. Os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2014a) mostram que o Brasil é o quarto país com o maior número de presidiários no mundo, sendo de 607.731 mil pessoas – atrás apenas dos Estados Unidos da América, China e Rússia. Os dados atualizados do INFOPEN (BRASIL, 2016) verificam o crescimento da população, chegando a 726.712 mil pessoas privadas de liberdade (ZACKESKI; MACHADO; AZEVEDO, 2016).

A população carcerária feminina alcançou 42 mil mulheres privadas de liberdade em junho de 2016, um aumento de 656% em relação ao início dos anos 2000 – que era de menor que 6 mil mulheres – ao passo que a população masculina no mesmo espaço de tempo cresceu 293%. É visível que esse crescimento não foi acompanhado de novas ampliações dos ambientes prisionais, pois existe um *déficit* de 15.326 mil vagas apenas no contexto feminino, contribuindo significativamente para um encarceramento

desumano, insalubre, invisível e indigno contribuindo para as indignações nas prisões, tumultos e rebeliões (BRASIL, 2018).

A mulher privada de sua liberdade tem suas especificidades e particularidades, sendo indispensáveis direitos reservados a elas, estratégias e ações de prevenção e promoção de saúde (SANTOS et al., 2017). A própria Constituição Federal de 1988, em seu Art. 5º, incisos XLVIII e XLIX, assegura aos presos integridade física e moral, além de cumprir a pena em estabelecimentos de acordo com idade, delito e sexo; além de assegurar à presidiária, de forma específica, no inciso L, o direito e condições necessárias para permanecer com seu filho durante a amamentação (BRASIL, 1988).

Foram criados, através dos anos, leis e políticas a fim de assegurarem os direitos à população feminina privada de sua liberdade. A Lei do Exercício Penal (LEP) de 1984 foi a primeira delas, e abordava os direitos dessa população, incluindo o direito à saúde com atendimento médico, odontológico e farmacêutico. Garantia ainda, o atendimento em outro local quando o estabelecimento prisional não tiver condições para isso, necessitando apenas da autorização dos serviços (BRASIL, 1984). Essa lei sancionada não teve muito impacto na prática, sua aplicação foi falha, e tratar desse assunto nesse período ainda era interesse da segurança e não da saúde.

Foi por meio da Portaria interministerial 1.777/2003 que esses direitos de acesso foram legitimados, salientando a necessidade de definição e implementação de serviços e ações para a população privada de liberdade, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando uma atenção integral à saúde. Conhecido como Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSS), essa portaria ampliou as ações de saúde no sistema prisional (BRASIL, 2005). Entretanto, cabe lembrar que considerava agravos gerais da população penitenciária como infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, diabetes, hipertensão e hepatites. A atenção às peculiaridades da saúde da mulher no sistema prisional se resumia ao controle do câncer de mama e cérvico-uterino, além da realização de pré-natal.

Foi apenas em 2009, que a nova redação da LEP acrescenta alguns artigos que asseguram condições mínimas ao binômio mãe-bebê. No Art. 14º, § 3º afirma que a mãe dispõe de acompanhamento médico principalmente no pré-natal e pós-parto se estendendo ao recém-nascido. Em seu Art. 83º e 89º, as penitenciárias devem ter seções para gestantes e parturientes, berçário e creche onde possam cuidar e também amamentar seus filhos, com permanência de mínimo 6 meses e menores de 7 anos, com o objetivo de amparar a criança cuja responsável está presa (BRASIL, 2009).

Na Resolução nº 03 de 1 de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), recomenda a não utilização de algemas durante condução ou permanência em unidades hospitalares das mulheres em situação de parto e pós-parto (BRASIL, 2012). No intuito de garantir a essas mulheres e seus recém-nascidos/crianças humanidade, através do respeito ao seu espaço pessoal e vínculo materno infantil, em

diversas situações, incluindo o processo de atendimento hospitalar.

Em 2014 surge a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), instituída através de outra Portaria Interministerial, nº 210/2014, que aumentou a visibilidade em relação à população prisional feminina, incluindo ações de prevenção sobre violência contra a mulher, adaptação das unidades prisionais para o público feminino, além de normas e procedimentos adequados para as diferentes individualidades como escolaridade, maternidade, religiosidade, entre outros assuntos importantes (BRASIL, 2014b).

A normatização através da Portaria nº 482/2014 determinou os serviços de saúde penitenciários em três formatos, definindo-os conforme o número de pessoas nas unidades prisionais, sendo: Tipo I, com até 100 pessoas; Tipo II, de 101 a 500 pessoas; Tipo III, de 501 a 1200 pessoas. Garantindo uma equipe de atenção básica multidisciplinar a todas as unidades, composta por no mínimo um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico de higiene bucal e um médico. Podendo ser acrescida nos Tipos I e II com saúde mental e III de: nutricionista, psiquiatra, assistente social, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Atendendo não só o indivíduo em regime fechado, mas em semiaberto, aberto, em medida de segurança, além dos servidores e os familiares da população privada de liberdade (BRASIL, 2014c).

Sendo assim, é de extrema importância que as equipes de saúde dentro das instituições prisionais tenham conhecimento das necessidades de saúde da população carcerária feminina brasileira para poder oferecer assistência qualificada, digna e com ações específicas voltadas para as carências desse grupo, afinal, conhecer a quem está se prestando o cuidado é fundamental para planejamento de estratégias de intervenção e posterior avaliação. O papel do enfermeiro está baseado principalmente em propagar sua atuação às populações vulneráveis e estigmatizadas, no fortalecimento da autonomia dessas mulheres com educação em saúde focado na saúde sexual e reprodutiva, e proporcionando uma assistência integral e humanizada (RIBEIRO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2016; BORGES et al., 2018).

Apesar de constituir-se legalmente bem estruturados, os direitos à saúde e humanização das mulheres privadas de sua liberdade não são praticados, devido a diversos fatores incluindo a precariedade dos sistemas de saúde, prisional e político. Assim, este estudo tem como objetivo reunir o conhecimento produzido, colaborar e atualizar a temática.

2 | OBJETIVO

Identificar na literatura, as condições de amamentação vivenciadas pelas mulheres em situação de privação de liberdade e seus filhos no Brasil.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, com abordagem bibliométrica. A técnica permite sintetizar métodos e resultados de múltiplos estudos publicados acerca de determinado tema de modo sistemático e apontar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas, colaborando para um maior aprofundamento do fenômeno investigado. A pergunta norteadora da busca foi “Quais as condições do aleitamento materno para as mulheres em situação de cárcere no Brasil?”

A revisão foi composta das seguintes etapas: realização da busca de artigos nas bases de dados; definição de critérios de inclusão e exclusão; coleta das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise e interpretação das pesquisas selecionadas. Foram selecionadas as bases de dados bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como a análise da literatura cinzenta. A literatura cinzenta é composta por produção não monitorada por editores científicos ou comerciais, dentre elas existem relatórios governamentais, teses, dissertações e resumos (PEREIRA; GALVÃO, 2014). A busca de estudos na literatura cinzenta é recomendada para elaboração da revisão sistemática, pois apesar de sua relevância variar entre as áreas de conhecimento, não raramente é de grande importância (PEREIRA; GALVÃO, 2014). Nessa revisão, a busca de produção na literatura cinzenta foi realizada no Google Acadêmico (*Google Scholar*).

Os critérios de inclusão dos estudos contemplaram: pesquisas que tinham como foco o aleitamento materno realizado por mulheres que se encontram em situação de cárcere no Brasil, publicados em qualquer idioma e sem restrição quanto ao ano de publicação. O levantamento dos artigos se deu em setembro de 2019. Foram excluídos os estudos que apresentaram informações insuficientes acerca da população do estudo, além de revisões, relatos de casos, resumo apresentado em congressos e conferências, protocolos de estudo, carta ao editor, opiniões pessoais, análise institucional e manuais.

Os descritores utilizados foram gerados a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: Aleitamento Materno, Prisões, Maternidade, Saúde da Mulher, Gestantes, Gravidez, Mulheres. As estratégias de busca foram: Maternidade AND Prisão; Amamentação AND Prisão; Gravidez AND Prisão; Gestantes AND prisão; Saúde da Mulher AND Prisões; Mulheres AND Prisões; Gestantes AND Prisões.

Para a caracterização dos artigos foi elaborada uma ficha com as seguintes informações: identificação do artigo (título do artigo, ano de publicação, autores, local do estudo, delianeamento, objetivos e resultados encontrados).

4 | RESULTADOS

As estratégias de busca desse presente estudo resultaram 1.297 artigos, dos quais 1.068 se encontravam na base de dados BVS: 45 na BDENF; 171 no LILACS; 852 na MEDLINE; na base de dados SciELO foram encontrados 66 artigos; e no Google Scholar 163 artigos. Após leitura do título, resumo e estudo na íntegra, somente 154 respondiam à questão norteadora e aos critérios de inclusão delimitados no presente estudo, sendo que 134 deles estavam duplicados, resultando, assim, um total de 20 documentos (Quadro 1).

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE PESQUISA	RESULTADOS
BVS/BDENF	<i>“Maternidade AND prisão”; “Aleitamento Materno AND Prisão”; “Amamentação AND Prisão”; “Gravidez AND Prisão”; “Gestantes AND Prisão”; “Saúde da Mulher AND Prisões”; “Mulheres AND Prisões”; “Gestantes AND Prisões”.</i>	45
BVS/LILACS	<i>“Maternidade AND prisão”; “Aleitamento Materno AND Prisão”; “Amamentação AND Prisão”; “Gravidez AND Prisão”; “Gestantes AND Prisão”; “Saúde da Mulher AND Prisões”; “Mulheres AND Prisões”; “Gestantes AND Prisões”.</i>	171
BVS/MEDLINE	<i>“Maternidade AND prisão”; “Aleitamento Materno AND Prisão”; “Amamentação AND Prisão”; “Gravidez AND Prisão”; “Gestantes AND Prisão”; “Saúde da Mulher AND Prisões”; “Mulheres AND Prisões”; “Gestantes AND Prisões”.</i>	852
SciELO	<i>“Maternidade AND prisão”; “Aleitamento Materno AND Prisão”; “Amamentação AND Prisão”; “Gravidez AND Prisão”; “Gestantes AND Prisão”; “Saúde da Mulher AND Prisões”; “Mulheres AND Prisões”; “Gestantes AND Prisões”.</i>	66
Google Scholar	<i>“Maternidade AND prisão”; “Aleitamento Materno AND Prisão”; “Amamentação AND Prisão”; “Gravidez AND Prisão”; “Gestantes AND Prisão”; “Saúde da Mulher AND Prisões”; “Mulheres AND Prisões”; “Gestantes AND Prisões”.</i>	163
Total		1.297

Quadro 1 – Distribuição da fonte de dados, procedimento de coleta, documentos identificados e documentos selecionados para o estudo. Brasília, 2020.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Título do artigo	Ano de publicação	Autores	Local do estudo	Delineamento do Estudo	Resultados encontrados
Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade.	2006	ROSINSKI, T. C.; CORDEIRO, C. G.; SANTOS, E. K. A.; MONTICELLI, M.	Santa Catarina	Descritivo	Compreensão das relações de cuidado e autocuidado adotado por mulheres em situação de cárcere.
Maternidade atrás das grades	2011	SILVA, E. F.; LUZ, A. M. H.; CECCHETTO, F. H	Rio Grande do Sul	Exploratório e descritivo	Descoberta da maternidade em situação de prisão. Preocupação das mães com as condições precárias em relação a saúde dos filhos.

Percepção de mães presidiárias sobre os motivos que dificultam a vivência do binômio	2014	ARAÚJO, A.N.V; MOURA, L. B.; NETO, E. A.F.; BISPO, T.C.F.	Bahia	Qualitativo	O Conjunto Penal Feminino estabelece o direito do bebê à amamentação, mas a insatisfação com a estrutura física e a assistência à saúde foram destacadas pelas presidiárias, evidenciando falhas no sistema carcerário. A partir dos relatos concluímos que sobre a percepção das presidiárias houve concordância geral a respeito do descontentamento com a falta de estrutura, assistência e benefícios para as boas práticas da amamentação.
Gestação e puerpério no cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde	2014	PÍCOLI, R. P.; SANTOS, J. P. S.; ARAZAWA, C. Y; MEDEIROS, I. C. P; LEITE, M. F; FURTADO, N; FREITAS, P. H. G. V; REIS, E.	Mato Grosso do Sul.	Descritivo	A assistência pré-natal e puerperal dos presídios se mostra inadequada. Falta da educação em saúde sobre amamentação, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar.
Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação Brasileira.	2015	VENTURA, M.; SIMAS, L.; LAROUZÉ, B.	Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Paraná, São Paulo	Descritivo	Há garantia legal constitucional do direito à amamentação, mas encontra-se ausência de outros aspectos relativos a maternidade em situação de cárcere. Resultando numa dupla penalização às mulheres estendendo-se aos seus filhos.
De alagoes a vítimas: dos direitos cegos e nulos à mulher gestante em situação de cárcere	2015	CALHIARI, E. A.; SANTOS, L. R. S.; BRUNINI, B. C. C. B.	-	Sem delineamento	Insuficiência de profissionais adequados, falta de infraestrutura. O empoderamento das mulheres em relação aos seus direitos.
Maternidade em situação de prisão	2015	FRANÇA, A. M. B.; SILVA, J. M. O.	-	Sem delineamento	Encarceramento já promove danos emocionais e ansiedades gerando sofrimento, somados à situação de incerteza do futuro e separação dos filhos causa comprometimento da manutenção saudável do binômio.
Vivência da maternidade para presidiárias	2015	OLIVEIRA, L. V.; MIRANDA, F. A. N.; COSTA, G. M. C.	Paraíba	Exploratório e descritivo	A vivência da maternidade permeada por sofrimento e limitações. Maternidade como consolo em meio a angústia e solidão.
A jurisprudência brasileira acerca da maternidade	2015	SIMAS, L.; VENTURA, M.; BAPTISTA, M. R.; LAROUZÉ, B.	Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo e Mato Grosso	Correlacional	Invisibilidade da maternidade e suas peculiaridades na instância judicial. Os direitos indisponíveis da criança à amamentação, à saúde e à convivência com a mãe, respaldados pelo discurso da garantia da ordem e segurança pública.

Mães e Filhos atrás das grades: um olhar sobre o drama de cuidar dos filhos na prisão	2016	AMARAL, M.F.; BISPO, T.C.F.	Bahia	Qualitativo	O sistema penitenciário feminino encontra-se despreparado na sua estrutura e na oferta de profissionais capacitados para lidar com as especificidades das gestantes, puérperas e seus filhos dentro do contexto da prisão
Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe e filho	2016	MIRANDA, D. B.; MATÃO, M. E. L.; MALAQUIAS, A.; SOUZA, E. L.	Goiânia	Descritivo	Falta de infraestrutura, o vínculo entre ambos, os benefícios e malefícios da permanência ou separação do binômio, a precariedade da assistência à saúde e cuidados gerais.
Mães no cárcere: percepção de vínculo com os filhos	2016	SOARES, I. R.; CENCI, C. M. B.; OLIVEIRA, L. R. F.	Rio Grande do Sul	Exploratório e descritivo	Percepção da maternidade e necessidade de cuidar dos filhos como motivação para cumprir suas penas e superarem os limites impostos pela instituição prisional.
Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais	2016	LOPES, T. C.; PINHEIRO, R.	Minas gerais	Exploratório-Longitudinal	Relações de vínculo e acolhimento dessas mulheres pelos gestores e agentes. Perda dos direitos civis, mas garantia do direito à saúde. Resoluções que possam garantir o direito e a integralidade do cuidado.
Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade	2016.	DIUANA, V.; VENTURA, M.; SIMAS, L.; LAROUCÉ, B.; CORREA, M.	4 estados não especificados	Descritivo	Violações dos direitos sustentados em discursos ofensivos e agressivos que deslegitimam a maternidade das mulheres em situação de cárcere.
Cárcere e Maternidade: o desafio de conciliar custódia e amamentação	2017	FREIRE, G.O.B.; RAMOS, E.M.L.S.; FRENANDEZ, A.P.O.	Pará	Pesquisa quantitativa e qualitativa, interpretativa	Os resultados da pesquisa indicaram que as mães reconhecem: a importância do leite materno como fonte de vitaminas e de proteção contra doenças; a importância da amamentação no fortalecimento do vínculo entre mãe-bebê e a importância do vínculo mãe-bebê como estímulo a uma mudança de vida; assim como, que o perfil das mulheres encarceradas constitui-se basicamente de mulheres com idade entre 19 e 26 anos, de baixa renda, de baixa escolaridade, cor/raça autodeclarada parda ou negra, que ocupavam atividades mal remuneradas, que em regra cometeram o crime de tráfico.
Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade	2017	DIUANA, V.; CORRÊA, M.C.D.V.; VENTURA M.	4 estados não especificados	Descritivo	Tensões e formas peculiares de viver a maternidade no cárcere, gerada pela vigilância constante, regulamentações penais, restrições do poder de mãe e separação compulsória.

Vivências de gestantes em situação de prisão	2017	FOCHI, M.C.S.; HIGA, R.; CAMISÃO, A.R.; TURATO, E.R.; LOPES, M.H.B.M.	São Paulo	Descritivo e Qualitativo	As mulheres tinham a perspectiva de ficar com seu filho durante o período de amamentação (seis meses), porém, ter o filho no cárcere foi mais um motivo de dor; aponta também que falar das expectativas da amamentação ascendeu à realidade da separação e revelou a angústia a ser vivenciada no momento do seu filho ser levado para os cuidados dos familiares; a dor da separação de seu filho e o medo em perder o amor de mãe pareceram as maiores dentre todas as dores.
Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas	2018	GUIMARÃES, M.L.; GUEDES, T.G.; LIMA, L.S.; MORAIS, S.C.R.V.; JAVORSKI, M.; LINHARES, F.M.P.	Recife	Estudo Qualitativo	A promoção do Aleitamento Materno com foco na saúde da criança; Promoção do Aleitamento Materno Exclusivo de forma impositiva; Interação conflituosa com os profissionais da saúde; Relação harmoniosa e de confiança com o Setor Psicossocial; as regras do sistema prisional definindo a duração do Aleitamento Materno; Estrutura física e confinamento como estressores; O ambiente carcerário e suas regras como geradores de estresse e perturbação para a prática do aleitamento materno.
Significando o amamentar na prisão	2018	MARIANO, G.J.S.; SILVA, I.A.	06 penitenciárias do Estado de São Paulo	Estudo Qualitativo	A amamentação se insere como elemento de promoção vínculo entre mãe e filho e na promoção do bem-estar materno, mas está inserida em um contexto de conflitos e perdas sociais; que reflete a possibilidade de ruptura da relação mãe e filho, com a conclusão do período de permanência regulamentar da criança no ambiente prisional; e revela uma avaliação materna sobre sua decisão de manter a criança junto a si na prisão.
O reflexo do cárcere no direito à amamentação e à maternidade	2019	MARTINS, N.B.; RUIZ, E.N.F.	Rio Grande do Sul	Estudo Qualitativo	A amamentação é executada com sucesso pela maioria das mães, além do espaço ter uma estrutura adequada para que isto aconteça e os profissionais serem empenhados no mesmo discurso de incentivo ao aleitamento materno.

Tabela 2 - Identificação dos artigos selecionados para o estudo. Brasília, 2020.

Fonte: Elaborado pelas Autoras (2020).

Quanto ao delineamento dos 20 estudos, os resultados encontrados foram: 05 qualitativos; 09 descritivos; 02 sem delineamento; 01 correlacional; 01 longitudinal, 01 qualitativo/descritivo; 01 qualitativo/quantitativo. Entre os estudos os objetivos foram avaliar

as conexões entre saúde, direitos, legislações e políticas referentes à amamentação em situação de cárcere.

Considerando os locais da realização dos estudos, encontramos: 02 na Bahia, 1 Goiás, 02 Mato Grosso/Paraná/Rio Grande do Sul/São Paulo, 01 Mato Grosso do Sul, 01 Minas Gerais, 01 Pará, 01 Paraíba, 01 Recife, 03 Rio Grande do Sul, 01 Santa Catarina, 02 em São Paulo, 04 sem identificação do local.

5 | DISCUSSÃO

Atualmente, o sistema prisional é regido por diferentes tipos normativos nas esferas federais e estaduais, além de decretos e regimentos internos, definindo e disciplinando os ambientes e as relações dentro desses sistemas, incluindo o aleitamento materno e a permanência do binômio mãe-filho no cárcere. A mãe é dependente de leis e de decisões judiciais em todos os âmbitos para permanecer ou não com o filho na instituição, variando de acordo com cada situação, localidade e instituição. Esses atrasos e empecilhos comprometem a relação do binômio e, concomitantemente, a saúde da mulher e da criança.

No Brasil, 80% das mulheres em situação de cárcere, são mães, e vivem a realidade do abandono e a conseqüente fragilização das relações familiares, incluindo, a relação com seus filhos. Os estudos apontam que a maioria das pessoas, entre elas, familiares e funcionários, se contrapõem ao fato de as crianças permanecerem ou irem aos presídios. Já o desejo das mães é permanecerem junto aos filhos e defendem que essa permanência com eles supre qualquer outra falha, mas, ainda assim, a maior parte, acredita que o melhor lugar para seus filhos é fora daquele espaço. Concluem que fora do cárcere seus filhos têm melhor assistência junto à família, assistência à saúde, lazer e infraestrutura. Por outro lado, quando são destituídas do direito de permanecerem com seus filhos, essas mulheres vivenciam sentimentos de perda, culpa, solidão, medo e impotência; fazendo da maternidade um momento contraditório e confuso (SOARES; CENCI; OLIVEIRA, 2016; MIRANDA; MATÃO; MALAQUIAS; SOUZA, 2016; DIUANA et al., 2016; OLIVEIRA; MIRANDA; COSTA, 2015; GUIMARÃES; GUEDES; LIMA; MORAIS; JAVORSKI; LINHARES, 2018; MARIANO; SILVA, 2018).

O vínculo entre mãe e bebê nos primeiros anos de vida se mostra de extrema importância. Estudos afirmam que há o desenvolvimento emocional e psicológico da criança e que o papel da mãe juntamente com a amamentação traz segurança, orienta e expõe limites do eu e do outro ao bebê. O ambiente também tem influência na construção desse vínculo, necessitando ser aconchegante, calmo e seguro. Esse vínculo gera benefícios também para a mãe, que relata não se sentir mais tão sozinha, suavizando a permanência no cárcere, gerando força e desejo de transformar sua vida e permanecer com seu filho após o cumprimento da pena (SOARES; CENCI; OLIVEIRA, 2016; DIUANA

et al., 2016; MARIANO; SILVA, 2016; MIRANDA; MATÃO; MALAQUIAS; SOUZA, 2016; FREIRE; RAMOS; FRENANDEZ, 2017; MARIANO; SILVA, 2018).

A amamentação e seus benefícios de troca de afeto, aumento da imunidade e fortalecimento da saúde mãe-bebê, está também, permeada de tensões que se mostram timidamente, como a iminência da separação e as constantes ameaças que atuam como punição, modelação de comportamentos e controle sobre essas mães. Essa mesma iminência gera diferentes atitudes das mães em relação à amamentação, umas evitam e/ou não se empenham à inserção de alimentos na dieta do bebê, afim de que eles continuem na amamentação exclusiva, assegurando o tempo limite até a separação do binômio; outras, realizam o desmame precoce pelo medo da separação abrupta, com o objetivo de adaptar o filho a nova realidade (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017; OLIVEIRA; MIRANDA; COSTA, 2015; FOCHI; HIGA; CAMISÃO; TURATO; LOPES, 2017).

O apego entre o binômio mãe-bebê, pela vivência intensa e inseparável, intensifica o sofrimento dos dois lados, quando há a separação. O filho vive a sensação de abandono por parte da mãe e tem que encontrar um novo vínculo que se sinta seguro. A mãe que não pode amamentar sofre fisicamente e mentalmente, algumas relatam sentir o momento que os filhos precisariam ser amamentados, pelo fato de o seio expelir leite, também deram sinais de depressão após a separação ou nas diversas separações - ao final de cada visita (SOARES; CENCI; OLIVEIRA, 2016; CALHARI; SANTOS; BRUNINI, 2015; DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017; OLIVEIRA; MIRANDA; COSTA, 2015; FOCHI; HIGA; CAMISÃO; TURATO; LOPES, 2017).

A falta de medidas institucionais de proteção aos direitos das crianças que vivem com suas mães em situação de cárcere é preocupante, pois cria uma invisibilidade para essa população infantil, gerando um ciclo de violação de direitos e uma “extensão da pena” das mães para os filhos, uma vez que os filhos compartilham dos mesmos dramas vivenciados pelas mães (VENTURA; SIMAS; LAROUZE, 2015; AMARAL; BISPO, 2016; MIRANDA; MATÃO; MALAQUIAS; SOUZA, 2016).

Sabendo que o ambiente deve ser propício no momento da amamentação, para que seja proveitoso para a mãe e o bebê, vemos que as instituições deixam a desejar. Muitos dos estudos afirmam que as mães e os filhos vivem em ambientes insalubres e impróprios, sujeitos a estruturas com pouca ventilação, iluminação e espaços pequenos e limitados, mantendo a ideia de punição, privação e vigilância que se destinam à mãe e que acabam por refletir na criança. Nos estudos foram identificadas diversas estruturas institucionais: em algumas instituições prisionais há espaços definidos como “creche pré-escolar”, independentes e anexas a instituição, com refeitórios, salões e brinquedos, permitindo a permanência de crianças até os 6 anos. Em outras, temos locais internos e externos para cuidados maternos, pré-natais e permanência de nascituro e lactante; e ainda, outras instituições que apenas destinam uma cela, a qual nomeiam de berçário (ARAÚJO; MOURA; NETO; BISPO, 2014; CALHARI; SANTOS; BRUNINI, 2015; MIRANDA; MATÃO;

MALAQUIAS; SOUZA, 2016; VENTURA; SIMAS; LAROUZE, 2015; OLIVEIRA; MIRANDA; COSTA, 2015; GUIMARÃES; GUEDES; LIMA; MORAIS; JAVORSKI; LINHARES, 2018).

Ventura, Simas e Larouze (2015) discorrem sobre a saúde, sendo cada vez mais, o resultado de decisões políticas que se impõem aos determinantes sociais que delineiam o acesso à saúde, alimentação, ambiente adequado, educação, entre outros. O que é notório no sistema penitenciário, onde em sua maioria é precária a atenção à saúde, comprometendo mulheres e crianças. Os relatos são da existência de *déficits*, pois nem todas as consultas são realizadas nas dependências carcerárias, tanto pela escassez de profissionais - ou a falta de especialização dos mesmos - como pela falta de materiais e alimentos adequados, acabando por recorrer aos familiares e agentes da instituição, os quais ajudam com complementos alimentares, fraldas e outros (SILVA; LUZ; CECCHETTO, 2011; ARAÚJO; MOURA; NETO; BISPO, 2014; MIRANDA; MATÃO; MALAQUIAS; SOUZA, 2016; SOARES; CENCI; OLIVEIRA, 2016; CALHARI; SANTOS; BRUNINI, 2015; AMARAL; BISPO, 2016, DIUANA et al., 2016; GUIMARÃES; GUEDES; LIMA; MORAIS; JAVORSKI; LINHARES, 2018).

Na maioria das situações, as mulheres se encontram desamparadas pelo sistema de saúde, sem saber como conduzir uma gestação e até mesmo o aleitamento materno, quando conseguem consultas extramuros, encontram barreiras como o descaso, a falta de agentes e escolta para acompanhá-las. Por diversas vezes são questionadas sobre a real necessidade de seus filhos e em relação aos sintomas que eles apresentam, sendo submetidos a avaliações das agentes para validar sua real necessidade. Para garantir o mínimo de saúde, algumas mães encaminham os filhos com os familiares para irem a uma consulta ou vacinar, pelo fato de muitas vezes não serem autorizadas a acompanhar seus filhos nas consultas, e quando podem, encaram o medo e o preconceito por parte dos profissionais de saúde. Assim, dão força a ideia de que a mulher é apenas nutriz e não tem poder nas decisões sobre o filho (MIRANDA; MATÃO; MALAQUIAS; SOUZA, 2016; DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017).

A enfermagem e a equipe multiprofissional se deparam com grandes desafios no âmbito penitenciário nacional, por não ter regulamentação clara, fluxos definidos de atenção à saúde, nem a infraestrutura necessária ou recursos para aplicar seu conhecimento com plenitude e segurança na execução do seu papel. O campo de atuação se mostra extenso, mas o medo, preconceito, descaso e a falta de incentivo cria uma distância ainda maior entre a necessidade dessa população e o dever do profissional. Estudos apontam que mesmo quando se tem a presença dos profissionais de saúde há *déficits* importantes nesse cuidado prestado, como a não abordagem relativas ao manejo das mamas, ao aleitamento materno, orientações sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva durante as consultas; informações expressas pelas internas como assunto de interesse (ROSINSKI et al., 2006; VENTURA; SIMAS; LAROUZE, 2015; PÍCOLI et al., 2014).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa permitiu, com base nas literaturas científicas, avaliar as condições de amamentação vivenciadas pelas mulheres em situação de privação de liberdade e seus filhos. Um tema de abordagem complexa, visto que envolve vários contextos simultaneamente, como a saúde, poderes administrativos, governos, políticas e legislações.

As instituições que, em sua maioria, são ultrapassadas, superlotadas e que não levam em consideração as necessidades da mãe e da criança, dificultam a atuação da enfermagem de forma integral e, por consequência, o cuidado ao binômio. A produção acadêmica da enfermagem, sobre o assunto, é escassa e pouco abordada na graduação, deixando assim um espaço que deveria ser melhor trabalhado e discutido.

Nota-se que a produção legislativa é abrangente e supre as necessidades do binômio na teoria, entretanto, o que se vê na prática é, na maior parte dos casos, a falta de aplicação adequada das leis e dos direitos dessa população, em detrimento da saúde e do bem-estar. Observa-se isto por diversos fatores como: os trâmites judiciais, o acúmulo de processos, a falta de verba e de infraestrutura apropriada, além do despreparo e/ou escassez de profissionais.

É claro que todos esses entraves permeiam a amamentação, a criação do vínculo e a permanência conjunta do binômio, mas deve-se salientar que essas barreiras não podem bloquear o fomento aos processos de resolução, começando por trazer à tona a discussão dessa realidade, que por muitas vezes é negligenciada e um tanto quanto esquecida pelos poderes, pelos profissionais de saúde e pela sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. F.; BISPO, T. C. F. Mães e Filhos Atrás Das Grades: Um Olhar Sobre o Drama do Cuidar de Filhos na Prisão. *Revista Enfermagem Contemporânea*. Salvador, v. 5, n. 1, p.51-58, 2016.

ARAÚJO, A. N.V. et al. Percepção de Mães Presidiárias Sobre os Motivos que Dificultam a vivência do Binômio. *Revista Enfermagem Contemporânea*. Salvador, v. 3, n. 2, p.131-142, 2014.

BARROS, M. A. R. et al. Situação socioeconômica e reprodutiva de mulheres presidiárias Sociodemographic and reproductive factor of female prisoners. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro [s.l.], v. 8, n. 4, p. 4980-4985, out. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4980-4985>. Acesso em: 07 out. 2019.

BORGES, A. P. et al. Perfil *Socioeconômico E Sexual De Mulheres Privadas De Liberdade*. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v.12, n.7, p.1978-1985, jul. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. **Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

_____. _____. **Lei nº 11.942**, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/13490175/lei-n-11942-de-28-de-maio-de-2009>. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de política criminal e penitenciária. **Resolução nº 03**, de 1º de junho de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Qbex/Downloads/2012 Resolu003.pdf](file:///C:/Users/Qbex/Downloads/2012%20Resolu003.pdf). Acesso em: 08 out. 2019.

_____. _____. **Levantamento nacional de informações INFOPEN**. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2014a. 148p. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/PPM/U_PT-INTERM-MJ-MSPM-210_160114.pdf. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482**, de 1º de abril de 2014. Brasília, 2014c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 08 out. 2019.

_____. _____. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN**. Brasília: Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf. Acesso em: 07 out. 2019.

_____. _____. **Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN mulheres [Internet]**. Brasília: Ministério da Justiça, 2018. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 07 out. 2019.

CALHIARI, E. A.; SANTOS, L. R. S.; BRUNINI, B. C. C. B. De algozes a vítimas: dos direitos cegos e nulos à mulher gestante em situação de cárcere. **Psicol. Argum.** Curitiba, v. 33, n. 82, p. 393-409, jul.-set. 2015.

DIUANA, V.; VENTURA, M.; SIMAS, L.; LAROUZÉ, B.; CORREA, M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2041-2050, July 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Oct. 2017.

DIUANA, V.; CORREA, M.C.D.V.; VENTURA, M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 727-747, July 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300727&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Oct. 2017.

FRANÇA, A. M. B.; SILVA, J. M. O. Maternidade em situação de prisão. **Rev. baiana enferm.** Salvador, v. 29, n. 4, p.411-420, 2015.

FREIRE, G.O.B. Cárcere e Maternidade: o Desafio de Conciliar Custódia e Amamentação. 2017. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública) -Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

FOCHI, M. C. S. et al. Vivências de gestantes em situação de prisão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 19, dez. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46647>. Acesso em: 29 set. 2019. » <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46647>

GUIMARAES, M. et al. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO SISTEMA PRISIONAL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE NUTRIZES ENCARCERADAS. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 4, e3030017, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400317&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2019. Epub Dec 03, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003030017>.

LOPES, T. C.; PINHEIRO, R. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1193-1212, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401193&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Oct. 2017.

MARIANO, G.J.S.; SILVA, I.A. Significando o amamentar na prisão. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.27, n.4, p. e0590017, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400312&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2019. Epub Nov 08, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000590017>

MARTINS, N.B. O reflexo do cárcere no direito à amamentação e à maternidade. 2019. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

MIRANDA, D. B; MATÃO, M. E. L; MALAQUIAS, A; SOUZA, E. L. Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe e filho. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* São João Del Rey, v. 6, n. 2, p.2235-2246, maio-ago. 2016.

OLIVEIRA, L. V.; MIRANDA, F. A. N.; COSTA, G. M. C. Vivência da maternidade para presidiárias. *Rev. eletrônica enferm.* Goiânia, v. 17, n. 2, p. 360-369, 2015.

PEREIRA, M. G.; GALVÃO, T. F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 369-371, abr/jun. 2014.

PÍCOLI, R. P.; et al. Gestaçã e puerpério no cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde. *Rev. baiana saúde pública*. Salvador, v. 38, n. 1, p. 67-82, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/413/1156>> Acesso em: 10 May 2019.

RIBEIRO, S. G. et al. Gynecologicandobstetric profile ofstateimprisonedfemales. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 13-21, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 May 2019.

RODRIGUES, C.L.H. et al. Gênero no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres privadas de liberdade. *Eg: Enfermería global*, Murcia, p.151-163, jul. 2016.

ROSINSKI, T. C.; CORDEIRO, C. G.; MONTICELLI, M.; SANTOS, E. K. A. Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. *Ciênc. cuid. Saúde*. Maringá, v. 5, n. 2, p. 212-219, maio-ago. 2006.

SANTOS, M. V. et al. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170033, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Set. 2019.

SILVA, E.F.; LUZ, A.M.H.; CECCHETTO, F.H. Maternidade atrás das grades. *Enfermagem em Foco*. Brasília, v.2, n. 1, p. 33-37, 2011.

SIMAS, L. et al. A jurisprudência brasileira acerca da maternidade na prisão. *Rev. direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 547-572, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322015000200547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 May 2019.

SOARES, I.R.; CENCI, C.M.B.; OLIVEIRA, L. R. F. Mães no cárcere: percepção de vínculo com os filhos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-45, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Out 2019. .

VENTURA, M; SIMAS, L; LAROUZE, B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 607-619, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300607&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out 2019.

ZACKSESKI, C.; MACHADO, B.A.; AZEVEDO, G. Dimensões do encarceramento e desafios da política penitenciária no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 126, n. 24, p. 291-331, dez. 2016. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RBCCrim_n.126.10.PDF Acesso em: 10 maio de 2019.

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA PRESTADA NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL A MULHERES EM SITUAÇÃO PRISIONAL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 30/03/2020

Jéssica Kelly Alves Machado

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-7576-8714>

Nathalya Anastacio dos Santos Silva

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-5719-6433>

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0001-6299-7190>

Deborah Moura Novaes Acioli

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-3295-8606>

Marianny de Medeiros de Moraes

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0001-8208-4268>

Karlayne Reynaux Vieira de Oliveira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-8920-5154>

Maraysa Jessyca de Oliveira Vieira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-2539-1795>

Bárbara Maria Gomes da Anunciação

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-9676-6806>

Larissa de Moraes Teixeira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-6978-0805>

Rosa Patrícia Gomes Tenório Omena Rodrigues

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0001-7467-1884>

Julio Cesar Silva Oliveira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0003-2267-9010>

José Augustinho Mendes Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-1570-4102>

RESUMO: A prisão representa para as mulheres encarceradas uma violência que se exerce sobre elas e seus filhos, gerando angústia, ansiedade, depressão e revolta. O resgate da cidadania e da saúde das mulheres encarceradas e seus filhos é o primeiro passo para a visibilidade da questão da maternidade. O objetivo é descrever a experiência de acadêmicas de enfermagem quanto à assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal no sistema prisional. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado em um presídio feminino do estado de Alagoas por acadêmicas de enfermagem. No acompanhamento à mulher no ciclo gravídico puerperal no sistema prisional é realizado consultas de enfermagem preconizadas ao pré-natal, efetivação e solicitação de exames e imunizações dentro do presídio. As gestantes, puérperas e os recém-nascidos são acolhidos em área específica da penitenciária onde recebem os cuidados básicos e as mães passam por orientações sobre o aleitamento materno, cuidados com recém-nascidos dentre outros. A equipe se depara com inúmeras dificuldades para melhor ofertar o cuidado, além da estrutura no sistema prisional para atender as especificidades das gestantes, as situações de emergência e outros problemas que o enfermeiro enfrenta acabam agravando a condição destas mulheres no sistema prisional, colocando em risco a vida do binômio. A saúde em presídios brasileiros ainda é muito deficiente, no entanto, apesar das limitações, a Enfermagem através de ações de humanização vem ultrapassando barreiras e tentando minimizar os danos que as experiências vivenciadas no ambiente prisional e suas carências possam provocar na vida dessas mulheres e seus filhos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Prisões; Enfermagem, Assistência.

ASSISTANCE PROVIDED IN THE GRAVIDIC PUERPERAL CYCLE TO WOMEN IN PRISON SITUATION

ABSTRACT: Prison represents violence for women incarcerated on them and their children, generating anguish, anxiety, depression and revolt. The rescue of citizenship and health of incarcerated women and their children is the first step towards the visibility of the issue of motherhood. The objective is to describe the experience of nursing students regarding the assistance provided to women in the pregnancy-puerperal cycle in the prison system. This is a qualitative, descriptive study, carried out in a female prison in the state of Alagoas by nursing students. In the monitoring of women in the puerperal pregnancy cycle in the prison system, nursing consultations recommended for prenatal care are carried out, and examinations and immunizations are requested within the prison. Pregnant women, puerperal women and newborns are welcomed in a specific area of the penitentiary where they receive basic care and mothers undergo guidance on breastfeeding, newborn care, among others. The team faces numerous difficulties to better offer care, in addition to the structure in the prison system to meet the specific needs of pregnant women, emergency situations and other problems that nurses face end up aggravating the condition of these women in the prison system, putting them at risk the life of the binomial. Health in Brazilian prisons is still very deficient, however, despite the limitations, Nursing through humanization actions has been overcoming barriers

and trying to minimize the damage that the experiences lived in the prison environment and its shortages can cause in the lives of these women and their children.

KEYWORDS: Pregnant women; Prisons; Nursing, Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

O crescimento da população feminina em privação de liberdade chama a atenção para múltiplos problemas que afetam o universo da mulher, tais como, as desigualdades de gênero e as diversas formas de violência que a mulher é exposta e que se multiplicam na prisão e implicam em sérios problemas à saúde desta população (DIUANA, CORREA, VENTURA, 2017).

A maior parte da população prisional é oriunda de comunidades carentes em que a condição de saúde já era precária, não distante da realidade carcerária, onde o estado de saúde é deplorável e que se encontram altas prevalências de tuberculose, de infecção pelo HIV e de transtornos mentais. Entretanto, para enfrentar tamanhos desafios, a sociedade dispõe de um sistema prisional subfinanciado, subequipado, atuando diariamente com profissionais desmotivados e usando estratégias inadequadas, além de ser hierarquicamente controlado por presos e agentes penitenciários, com isso o restrito acesso aos serviços de saúde é desigual e concedido segundo critérios alheios à saúde (VENTURA; SIMAS; LAROUZÉ, 2015).

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, nos últimos 15 anos, entre 2000 e 2014, a população penitenciária feminina aumentou de 5.601 para 37.380, ou seja, um crescimento de 567% no número de mulheres presas no Brasil. Estes números representam uma taxa superior ao crescimento da população encarcerada em geral, que aumentou 119% no mesmo período (BRASIL, 2015).

Em Alagoas, o mapa carcerário do mês de janeiro do ano de 2020 emitido pela Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social informa que o número total da população carcerária é de 4.723 pessoas, porém, apenas 165 são mulheres que estão na condição de sentenciadas ou aguardando decisão judicial, o quantitativo descrito não chega a representar 10% da população carcerária total do Estado de Alagoas considerando homens e mulheres (ALAGOAS, 2019).

A precariedade das condições estruturais que visam garantir condições adequadas para o cumprimento da pena é um dos aspectos mais comuns do sistema prisional brasileiro. Assim como, a contribuição para melhorar as condições de vida das pessoas privadas de liberdade (PPL) é um dos grandes desafios para as práticas de saúde no sistema prisional, tal fato, repercute diretamente nas condições de saúde, refletido pelo alto índice de doenças transmissíveis, HIV, tuberculose, hepatites e doenças dermatológicas, que acometem não só as pessoas encarceradas, mas colocam em risco os funcionários e familiares que realizam as visitas regularmente (NASCIMENTO; BANDEIRA, 2019).

Considerando o crescimento do número de mulheres encarceradas, efetivar os direitos das mulheres faz parte de um projeto estratégico do Ministério da Justiça, em que por meio de ações direcionadas ao aperfeiçoamento permanente, modernização da política de garantias dos direitos das mulheres, execução de pesquisas e estudos, adequação e construção de unidades prisionais femininas, articulação de boas práticas objetiva atender às necessidades femininas (BRASIL, 2015).

No que diz respeito aos direitos reprodutivos, a Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário, a Lei n. 12.313 e, mais recentemente, a Portaria Interministerial n. 210, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, as mesmas garantem o direito a condições mínimas de assistência às mães e aos recém-nascidos, sendo importante para a minimização dos altos índices de morbidade materna e infantil (BRASIL, 2016).

A reclusão potencializa os aspectos negativos para as mulheres com relação a idealização da família, perspectivas futuras e principalmente com vistas ao fator de risco que a própria condição de encarceramento reproduz, caracterizando-se como fator condicionante dos resultados perinatais negativos (WALKER, 2014).

No caso das mulheres no período gestacional e no puerpério, o ambiente prisional se torna ainda mais delicado pela sua condição fisiológica, como as alterações hormonais e físicas, que requerem cuidados específicos e um espaço diferenciado das demais detentas. Um espaço que promova o Aleitamento Materno (AM) e assegure ambiente adequado para as crianças maiores de 6 meses e menores de 7 anos que estejam desamparadas (SANTOS et al., 2017).

Essas condições de privação de liberdade trazem danos emocionais e as expectativas em relação à vida futura, à separação do filho recém-nascido e o retorno à família e a vida em sociedade trazem anseios que por vezes tornam-se conturbadas. Fazem-se necessárias ações de planejamento familiar, pré-natal, nascimento, puerpério e aleitamento materno, além dos aspectos emocionais relacionados à situação de aprisionamento (BRASIL, 2016).

Pesquisas realizadas no Brasil apresentam determinantes que interferem na saúde da mulher vivendo em cárcere, desde a dificuldade de adaptar-se à alimentação oferecida até os sentimentos negativos como solidão, abandono, presença de ansiedade, dor, violência física e psicológica, distúrbio do sono e tabagismo (SANTOS et al., 2017).

Diante desse cenário, o público feminino em situação de prisão apresenta necessidades peculiares relacionadas à saúde, fatores que são agravados pelo histórico de violência familiar, maternidade, usam de drogas, hábitos sexuais, presença de DST, entre outros fatores. Por esses e outros fatores, é indispensável maior atenção à promoção da saúde da mulher presidiária, não só pelos maiores riscos presentes no ambiente prisional, mas também pela carência de ações preventivas oferecidas pelo sistema de saúde carcerário (FLORES; SMEH, 2018).

Há urgência de um conhecimento aprofundado acerca do ambiente prisional e dos problemas concretos que atingem aqueles aos quais se destinarão as intervenções, podendo assim, construir intervenções fundamentadas não apenas em constatações pessoais enquanto profissionais, equipe técnica ou pesquisadores, mas reconhecendo as demandas dos sujeitos que são atingidos pelo poder punitivo do Estado, mas que possam participar das transformações que almejam (NASCIMENTO; BANDEIRA, 2019).

Os profissionais devem, não apenas defender os direitos das mulheres em situação de cárcere, mas afirmá-las como sujeitos de direitos e transformá-las em potências criativas, capazes de recriar a si e seus modos de viver (CALHIARI; SANTOS; BRUNINI, 2015). Dessa forma, apresenta-se como objetivo deste estudo, relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem quanto à assistência prestada a mulheres no ciclo gravídico em uma penitenciária da cidade de Maceió.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido por um grupo de estudo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Sua concepção surgiu a partir das vivências estimulantes do projeto de extensão intitulado Ações de cuidado às mulheres em situação prisional: estratégias para integralidade e equidade da assistência na promoção da saúde e prevenção de agravos, realizado desde o ano de 2016, com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e promover ações de cuidados voltados para as mulheres em situação prisional e familiares, que abordem estratégias direcionadas à assistência ginecológica, obstétrica e infantil.

O cenário para realização da pesquisa foi o Estabelecimento Prisional Feminino Santa Luzia (EPFSL), localizado em Maceió, Alagoas. No Estado existe apenas uma unidade prisional que é capaz de abrigar mulheres encarceradas, neste mesmo ambiente se encontram mulheres que já receberam condenação e estão em regime fechado, em maior quantidade aquelas que aguardam julgamento, que por não haver outras unidades provisórias permanecem no estabelecimento prisional e os casos raros de prisão sob medida de proteção.

A estrutura que comportou as mulheres até poucos meses possuía a capacidade para 74 vagas, entretanto, sempre apresentava superlotação, abrigando aproximadamente mais de 200 reeducandas. Em agosto de 2015, foi entregue a nova unidade do Estabelecimento Prisional Feminino Santa Luzia. Com uma nova estrutura, moderna e segura, a unidade foi ampliada com a criação de 210 vagas, contando com dois módulos com 13 celas coletivas que podem abrigar até oito reeducandas cada, além de duas celas para portadoras de necessidades especiais. A unidade possui parlatório, módulo de saúde, educação, administração, espaço materno-infantil, refeitório e celas para visitas íntimas, como previsto na Lei de Execuções Penais (BRASIL, 2016).

Diante das vivências no estabelecimento prisional e algumas falas, observa-se certa insatisfação das reeducandas com vistas à arquitetura de segurança máxima atual, por as colocam numa condição de maior confinamento, menor estreitamento de vínculos e menor similaridade com o ambiente extra prisional. Revelam que a nova estrutura se distancia muito da antiga estrutura onde viviam como em uma vila e possuíam mais liberdade para atividades de arte, culinária, cuidados pessoais e beleza, momentos ao ar livre, relações humanas além da facilidade de acesso aos profissionais do Estabelecimento Prisional.

Entretanto, a Secretaria da Ressocialização e Inclusão Social enfatiza que o sistema prisional alagoano segue entre os mais controlados do país, com destaque para as políticas de assistência ao reeducando, de modo a permitir não somente o cumprimento da pena que lhe foi imposta, mas também a efetiva ressocialização do custodiado (ALAGOAS, 2019).

Durante o desenvolvimento do projeto foram realizadas atividades para o acompanhamento e acolhimento destas mulheres nas várias fases do ciclo gravídico puerperal, de forma a contribuir para a difusão do conhecimento por meio de ações de Assistência em saúde de forma coletiva (palestras, rodas de conversas, campanhas, entre outros) e individualmente durante as consultas de enfermagem.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O crescimento do número de reeducandas chama a atenção para múltiplos problemas que afetam o universo da mulher, tais como, as desigualdades de gênero que são reflexo das condições históricas de opressão na vida social, pelas formas de punição como traços culturalmente patriarcais e as diversas formas de violência que a mulher é exposta e que se multiplicam na prisão como mecanismos de controle dos corpos e implicam em sérios problemas a saúde desta população (DIJANA, CORREA, VENTURA, 2017; PIMENTEL, 2016).

Segundo Almeida et al. (2016), a condição de saúde das presidiárias é inferior à condição da população geral feminina, situação condicionada às inadequadas ou poucas ações de saúde voltadas para este público visto os poucos cuidados promocionais, preventivos e assistenciais voltados às formas de adoecimento, a ética e as condutas preconizadas por políticas muitas vezes negligenciadas ou não realizadas no âmbito das prisões.

Durante a execução do projeto de extensão direcionado às mulheres em situação de privação de liberdade em um presídio feminino, o grupo participante do projeto vivenciou a experiência de ofertar a assistência de enfermagem às mulheres encarceradas durante o ciclo gravídico puerperal. Em um primeiro momento, foi realizado o reconhecimento do campo, da equipe de saúde e jurídica, possibilitando a adequação das propostas teóricas-

práticas às condições peculiares e de privação de uma prisão de segurança máxima.

Ao adentrarmos o Estabelecimento Prisional, observamos o exacerbado número de grades, portões e cadeados que cercam grande parte dos ambientes, distanciando e dificultando as relações humanas, mesmo não havendo histórico representativo de rebeliões ou motins entre as mulheres em privação de liberdade no Presídio Santa Luzia. Após o reconhecimento do campo e as devidas orientações, começou-se, então, a realização das atividades.

Inicialmente foram executadas na presença da equipe responsável pelo setor ambulatorial do presídio, com papel substancial de fornecer informações importantes acerca dos recursos materiais disponíveis, bem como, a deficiência da estrutura organizacional da penitenciária que estão diretamente ligados fatores relacionados com o desenvolvimento saudável de uma gestação, tais como: ambiente confortável, alimentação, apoio familiar, equipamentos desenvolvidos para exames e medicações.

A equipe de enfermagem disponibilizou, para subsidiar o relato, os prontuários das gestantes e puérperas contendo os dados epidemiológicos, consultas e exames de pré-natal e o registro de porta de entrada, realizado no momento da triagem, momento este em que as mulheres são recebidas no presídio, por meio de uma entrevista.

Nessa perspectiva, evidenciou-se neste cenário a faixa etária das mulheres encarceradas varia entre 18 a 35 anos, a maioria não possui documentos de identificação, quanto à escolaridade a maioria apresenta ensino fundamental, são fumantes e algumas apresentam hipertensão. Com relação as infecções sexualmente transmissíveis (IST's), não foi encontrado casos identificados a partir dos registros de testes rápidos realizado pela equipe.

Tal achado da pesquisa contraria algumas das evidências de um estudo realizado em com penitenciárias, em que os resultados apresentaram um fator de vulnerabilidade dessas mulheres aumentado para IST's, pois o fato de terem companheiro fixo, mesmo em quantidade reduzida, colabora para o “não uso” de algum método contraceptivo, consequentemente, contribuindo para o aumento das IST's. (BARROS; PENHA; GALIZA, 2016).

Porém, os dados do sistema de informação penitenciária, revelam a familiaridade das evidências, quanto à escolaridade das mulheres detentas: das 42.35513 presas, 45% tem o ensino fundamental incompleto, 15% ensino fundamental completo, 17% ensino médio incompleto, 15% ensino médio completo. O relatório revela que 62% mulheres presas são negras e 37% são brancas, de um universo de 29.584 mulheres que consta no preenchimento dos dados sobre informação de cor (BRASIL, 2016).

No período de execução do projeto o presídio feminino mantém sete gestantes e quatro puérperas. Destas, dez teriam iniciado a gestação quando receberam mandado de prisão, e uma concebeu a gestação durante as visitas íntimas no presídio. Estima-se que 90% das mulheres chegam grávidas ao sistema prisional, por este motivo, recomenda-

se a realização do teste de gravidez quando a mulher chega ao presídio, desta forma, haveria a possibilidade de iniciar o pré-natal com antecedência (NITAHARA, 2015).

Segundo a Cartilha de Direitos e Deveres da Mulher no Presídio, a mulher tem os mesmos direitos que o homem preso, a exemplo, a visita íntima, sem distinções a sua classe social, raça ou orientação sexual, devendo ter seus direitos respeitados por todos (SÃO PAULO, 2013).

Entretanto, o panorama apresentado é divergente das garantias legais, permanecendo como uma reprodução do que os primeiros estudos acerca do crime e punição já evidenciavam, onde, a criminalidade feminina sofre forte influência da ideologia masculina hegemônica da época a qual a burguesia determinava o modelo social normativo e as raízes patriarcais eram predominantes, onde as representações das subjetividades femininas eram inferiorizadas, subdesenvolvidas e ocultadas. Sobre essa percepção, teóricas femininas realizaram investigações buscando denunciar a constatação invisibilidade das mulheres nos estudos sobre crime e punição, e toda negligência praticada por instituições jurídicas, peais e penitenciária (ALMEDA et al., 2016).

Em um estudo com mulheres do Estabelecimento Prisional Feminino Santa Luzia chegou-se à conclusão que “o confinamento da pessoa ao espaço privado contribui para sua invisibilidade uma vez que esta passa a não ser enxergada pelos outros e suas especificidades são destituídas de interesses pelos mesmos”. Com a relação à prisionalização da mulher, a mesma é posta a invisibilidade social, pois deixam de ser o foco de consideração dos pesquisadores, políticos e juristas, se distanciando ainda mais da escala de prioridades sociais (FERREIRA; BAÍA, 2018, p.33).

Com relação às mulheres que vivenciam a gestação em privação de liberdade, os sentimentos de ansiedade, insegurança e medo relacionados à dúvida quanto ao exercício do papel da maternidade, além das modificações físicas ocasionadas na geração de outro ser. Com isso, é necessário que um ambiente acolhedor e que facilite o estabelecimento do vínculo materno seja disponibilizado (MARIN, 2015). Os estudos apresentados reafirmam o panorama encontrado na execução do projeto, onde, o grupo pode acompanhar a consulta de enfermagem realizada pela enfermeira e pode observar o quanto estas mulheres são carentes de acolhimento e demandas de saúde.

A consulta de enfermagem cumpre todas as etapas, desde a coleta de dados até a avaliação de enfermagem. No momento da consulta são trabalhados temas que integram o pré-natal, além da realização do acolhimento, anamnese, exame clínico-obstétrico, solicitação de exames laboratoriais, encaminhamentos para imunização, avaliação do estado nutricional, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais, rastreamento do câncer de colo de útero e mama, dentre outras ações preconizadas.

Entretanto, é de conhecimento público que uma boa gestação requer a realização de acompanhamento pré-natal regular, com profissionais qualificados, assim como uma boa alimentação, a necessidade de local salubre que garanta o descanso adequado e

bem-estar emocional (CARNEIRO; VERISSIMO, 2016). Mesmo com as limitações do sistema prisional é essencial que diante do crescimento do número de mulheres privadas de liberdade e conseqüente aumento de mulheres grávidas, haja uma adaptação para acolher essas mulheres considerando suas peculiaridades.

Estudos revelam que a situação de limitação ao acesso aos serviços de saúde é reflexo das desigualdades entre pessoas de diferentes classes sociais, onde as mulheres encarceradas já são oriundas desses grupos socialmente marginalizados e vivenciam as restrições de acesso aos serviços de saúde antes e após o encarceramento (FERTONANI et al., 2015; SANTOS et al., 2018),

Apartir da experiência vivenciada, evidencia-se a relevância do profissional enfermeiro como facilitador, mesmo no ambiente hostil dos presídios, promovendo a comunicação e incentivando essa população a falar sobre assuntos relativos às suas necessidades e individualidades. A atuação da equipe de enfermagem deve ser pautada em um olhar mais holístico para esse grupo e a realização de uma assistência de enfermagem seguindo uma sistematização, a fim de compreender o contexto vulnerável ao qual essa população está inserida, contribui para a melhoria da sua qualidade de vida e a redução de suas vulnerabilidades.

Um estudo realizado em 2015 com gestantes privadas de liberdade elencou as percepções das mulheres durante a gestação, com vistas a dificuldade de perceberem seus filhos na barriga e se enxergarem no papel materno, além de apresentarem restrições ao retomar sua história familiar. Segundo a pesquisadora, há perda de referências sociais e familiares, devido ao afastamento do seu local de origem, trazendo riscos para saúde mental de mãe- filho (MARIN, 2015).

Após a realização das consultas, quando se observava a necessidade de encaminhamentos, as mulheres encarceradas eram encaminhadas com escoltas a serviços que possam disponibilizar este atendimento. Em alguns momentos, a insuficiência de escolta, transfigura-se em dificuldades do serviço, impedindo o deslocamento destas internas aos serviços aos quais haviam sido encaminhadas.

A reprodução do cenário de precariedade é muito semelhante ao encontrado em estudo que fala sobre o sistema prisional de outros locais. A mulher encarcerada muitas vezes têm suas necessidades excluídas por não terem acesso a saúde e qualidade de vida. Além disso, deveriam receber atenção mais especializada devido à vulnerabilidade aumentada pela condição de gestante no cárcere que favorece a ocorrência de agravos em múltiplas dimensões e por não diminuir as iniquidades sociais que vivenciam no cotidiano (CARVALHO et al., 2017; MIGNON, 2016).

Neste contexto, a equipe de enfermagem pode contribuir para o resgate da condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito; e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com

vistas a resgatar o sentido da existência humana (SANTOS et al., 2018).

Alcançar o bem-estar deste segmento depende também da mudança de olhar por parte da sociedade, de forma que minimizar as visões preconceituosas e discriminatórias estimule a solidariedade social como meio de reduzir as vulnerabilidades dessas mulheres e de suas famílias (VENTURA; SIMAS; LAROUZÉ, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalidade de atingir a proposta da pesquisa, por meio das vivências, foi possível descrever a experiência de acadêmicas de enfermagem quanto à assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal no sistema prisional. As fragilidades encontradas na atenção à maternidade em situação de prisão têm um potencial negativo na vida de mães e crianças que se encontram privadas de liberdade. Os desfechos encontrados possibilitaram perceber que tais fragilidades comprometem o desenvolvimento e manutenção saudável do binômio, mãe-filho, em diferentes fases evolutivas.

No entanto, apesar das limitações, encontra-se na atuação da Enfermagem, a oportunidade de transformar memórias individuais através de ações de humanização que podem ultrapassar barreiras, e tentar minimizar os danos que as experiências vivenciadas no ambiente prisional e suas carências possam provocar na vida dessas mulheres e seus filhos.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Superintendência Geral da Administração Penitenciária. **População Carcerária**. Alagoas, 2019.

ALMEIDA P.R.C, et al. **Condição de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: Uma Revisão Integrativa**. Rev. Bras. de Ciênc. da S. [internet]. v.19, n.1, p.73-80, 2016.

BARROS, M.A.R; PENHA, J.C; GALIZA, D.D.F. **Relação dos condicionantes socioeconômicos, sexuais e reprodutivos quanto ao uso de método contraceptivo de presidiárias**. Rev. de enf. UFPE online. v.10, n.12, p. 4599-4605, 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. **População carcerária feminina aumentou 567% em 15 anos**. [internet]. 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Sistema integrado de informações penitenciárias – InfoPen**. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Diretrizes para a convivência mãe-filho/a no sistema prisional**. Departamento Penitenciário Nacional - Brasília, 2016.

CALHIARI, E. A.; SANTOS, L. R. S.; BRUNINI, B. C. C. B. **Perpetrators to victims: the blind and void rights of pregnant woman in jail situation**. Psicologia argumento [Internet], p. 393-409, 2015.

CARNEIRO, Z. S.; VERÍSSIMO, M. de L.Ó. R. **Gestação e desenvolvimento de bebês em situação de cárcere**. Extensão em Ação, v. 2, n. 11, p. 39-49, 2016.

CARVALHO, L.E.S, et al. **Percepção de detentos sobre a assistência à saúde em um presídio Estadual**. Revista Interdisciplinar. v.9,n. 4, p. 79-88, 2017.

DIUANA, V.; CORREA; M. C. D. V.; VENTURA, M. **Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 727-747, 2017.

DO NASCIMENTO, L. G.; BANDEIRA, M.M. B. **Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, p. 102-116, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6829445> Acesso em: 22 mar. 2019.

FERREIRA, B. A. DE M.; BAÍA, I. V. DE M. **Gênero e prisão**. Revista Espacialidades, v. 13, n. 1, p. 39, 14 maio 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/espacialidades/article/view/17605/11507> Acesso em: 06 jan. 2020.

FERTONANI HP, et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva. v. 20, n.6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/Acesso em: 24 fev.2020](https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/Acesso%20em%2024%20fev.2020).

FLORES, N. M. P.; SMEH, L. N. **Mães presas, filhos desamparados: maternidade e relações interpessoais na prisão**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280420, 2018.

MARIN, I. S. K. et al. **Tornar-se mãe num presídio: a criação de um espaço potencial**. In: REIS. et al. (Org). Maternidade e Sistema prisional. - Temas em Debate. Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública, USP, 2015.

MIGNON, S. **A questão da saúde nas mulheres encarceradas nos Estados Unidos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, p. 2051-2060, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702051&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 10 jan. 2020.

NITAHARA, A. **Estudo mostra que 65% das detentas gestantes poderiam ficar em prisão domiciliar**. Agência Brasil – EBC. Rio de Janeiro, 2015.

PIMENTEL, E. **As marcas do patriarcado nas prisões femininas brasileiras**. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Pelotas, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/revistadireito/article/view/11434>. Acesso em: 14 dez. 2019

SANTOS, M. V; et al. **A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro**. Esc Anna Nery. v. 21, n. 2, e20170033, 2017.

SANTOS, M. V. et al. **Acesso aos Serviços de Saúde: o que dizem as mulheres privadas de liberdade?**. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 86, n. 24, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/94-Texto%20do%20artigo-228-1-10-20190321%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/94-Texto%20do%20artigo-228-1-10-20190321%20(1).pdf). Acesso em: 05 jan 2020

SANTOS, R. M. A.; et al. **Diagnósticos de Enfermagem de mães encarceradas**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 52, e03338, 2018.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Situação Carcerária. **Direitos e deveres das mulheres presas**. São Paulo, 2013.

VENTURA, M.; SIMAS, L; LAROUZÉ, B. **Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira**. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 607-619, 2015.

WALKER, J.R. et al. **Pregnancy, prison and perinatal outcomes in New South Wales, Australia: a retrospective cohort study using linked health data**. BMC Pregnancy and Child-birth, v.14, n.214,p.4-11, 2014.

PRODUÇÃO IMEDIATA DE LEITE CONFORME A VIA DE PARTO EM PUÉRPERAS DE GESTAÇÃO A TERMO

Data de aceite: 01/07/2020

Saúde da Criança. Porto Alegre/RS

Genoveva Zimmer

8712455273415183

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Escola de Medicina - Pós-Graduação Pediatria e Saúde da Criança. Porto Alegre/RS

genovevazimmer@gmail.com

Maria Alessandra Ribeiro da Costa

1094822834461712

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Escola de Medicina - Pós-Graduação Pediatria e Saúde da Criança. Porto Alegre/RS

Pedro Celiny Ramos Garcia

0000-0002-1863-0727

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Escola de Medicina - Pós-Graduação Pediatria e Saúde da Criança. Porto Alegre/RS

Jorge Hecker Luz

0084592290950155

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Escola de Medicina - Pós-Graduação Pediatria e Saúde da Criança. Porto Alegre/RS

Lisie Zimmer Santiago

551902560657986

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Escola de Medicina - Pós-Graduação Pediatria e

Humberto Holmer Fiori

0000-0002-4039-1080

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Escola de Medicina - Pós-Graduação Pediatria e Saúde da Criança. Porto Alegre/RS

RESUMO: Objetivo: Comparar o volume do leite produzido as 12 e às 36 horas pós-parto, em puérperas de parto normal e parto cesáreo.

Método: Estudo transversal com análise quantitativa. Foram elegíveis para o estudo todas as puérperas e seus recém-nascidos com gestação única de 38 a 42 semanas. As puérperas foram divididas em dois grupos, um pós-parto normal e o outro pós-cesariana. O leite materno foi coletado as 12 e às 36 horas pós-parto. **Resultados:** Foram incluídas 74 puérperas no grupo parto normal e 26 no grupo parto cesáreo. A mediana do volume de leite coletado às 12 horas nos 2 grupos foi semelhante ($p=0,127$). A mediana do volume de leite coletado às 36 horas foi maior no grupo cesariana do que no grupo parto normal ($p=0,025$). **Conclusão:** Houve diferença ($p=0,025$) no volume de leite produzido às 36 horas pós-parto, no grupo cesariana.

PALAVRAS-CHAVE: leite materno, idade gestacional, parto normal, cesárea.

IMMEDIATE PRODUCTION OF BREAST MILK ACCORDING TO THE MODE OF DELIVERY IN POSPARTUM ON PREGNANCY TO TERM

ABSTRACT: Objective: To compare the volume of breast milk produced at 12 and at 36 hours, in puerperal women after normal delivery and cesarean section. **Method:** Cross-sectional study with quantitative analysis. All the puerperae (and their newborns) with a singleton pregnancy of 38 to 42 weeks, were eligible for the study. They were divided into two groups, one of post normal delivery and the other of post cesarean section. Breast milk was collect at 12 and 36 hours postpartum. **Results:** Seventy-four puerperae were included in the normal delivery group and 26 in the cesarean section group. The median volume of milk collected at 12 hours in the 2 groups was similar ($p=0.127$). The median volume of milk collected at 36 hours was higher in the cesarean section group than in the normal delivery group ($p=0.025$). **Conclusion:** There was difference ($p=0.025$) in the volume of milk produced at 36 hours' collection postpartum, in the cesarean section.

KEYWORDS: breast milk, gestational age, natural childbirth, cesarean section

INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis do lactente. O aleitamento materno exclusivo é indicado desde o nascimento e durante os primeiros seis meses de vida, exceto por algumas condições médicas. Complementado por outros alimentos após os seis meses, é recomendado até os dois anos de idade. Por suas propriedades, o leite humano previne várias doenças transmissíveis e não transmissíveis na infância e na vida adulta. O aleitamento materno exclusivo é uma das formas mais eficazes de garantir a sobrevivência e a saúde da criança, além de fazer parte do processo reprodutivo com implicações importantes na saúde materna ⁽¹⁻⁷⁾.

Considera-se que um dos fatores que podem alterar o sucesso da amamentação seja o nascimento por cesariana. A literatura mostra que o parto cesáreo apresenta associação com início tardio da amamentação, sendo que este pode interferir no sucesso do aleitamento materno ⁽⁸⁻¹³⁾.

Durante o trabalho de parto são produzidos os hormônios prolactina e ocitocina, essenciais para estimular a produção e a ejeção do leite materno. Portanto, existe um subsídio fisiológico para justificar a convicção, embora na ausência de evidências, de que após uma cesariana o leite demore mais para descer e a quantidade possa ser insuficiente para o recém-nascido nas primeiras horas de vida, sendo este um dos motivos que levam à prescrição de complemento alimentar. O uso de fórmula pelo recém-nascido, por sua vez, poderá influenciar de forma negativa o início e a manutenção do aleitamento materno ⁽¹⁴⁻¹⁸⁾.

O presente estudo avaliou a quantidade de leite produzido nas primeiras 36 horas após o parto e sua relação com parto normal e parto cesáreo. Consideramos relevante este tema, uma vez que a interferência com o aleitamento materno é considerada como um dos potenciais efeitos nocivos da cesariana, tipo de parto que é tão prevalente no Brasil. O aleitamento materno é um tema extremamente importante, e o impacto da cesariana sobre o mesmo precisa ser bem entendido.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento, local e período do estudo: Este estudo transversal com análise quantitativa foi realizado na unidade de recuperação obstétrica e na maternidade do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), entre setembro de 2016 e janeiro de 2017.

Ética: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob o Parecer Consubstanciado de número 1.698.558. A puérpera e/ou o responsável (no caso de a participante ser menor de idade) foram devidamente informados e orientados e, ao aceitarem participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (e o Termo de Assentimento quando a puérpera era menor de idade).

População e amostra: A população de estudo foi constituída por puérperas e seus recém-nascidos com gestação de 38 a 42 semanas, que permaneceram em alojamento conjunto pelo menos até 36 horas pós-parto. A inclusão dos participantes foi por amostragem de conveniência.

Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as puérperas e seus respectivos recém-nascidos, com gestação única de 38 a 42 semanas, atendidos pelo Sistema Único de Saúde, cujo parto ocorreu entre as 20 e às 24h, que permaneceram no alojamento conjunto até pelo menos 36 horas de vida, não tiveram contraindicações ao aleitamento materno, estavam clinicamente estáveis, a mãe não tinha prótese de mama e o recém-nascido não apresentava síndrome genética ou outra malformação congênita. Foram excluídas da amostra as duplas mãe/filho pelos seguintes critérios: recusa em participar, menores de idade em que nenhum responsável esteve presente e surgimento de problemas que pudessem interferir com o AM. Casos de falha em realizar as duas coletas de leite previstas no projeto foram considerados como perdas e também não foram incluídos na análise. As puérperas foram divididas em dois grupos: parto normal (grupo PN) e parto cesáreo (grupo PC).

O cálculo amostral foi realizado levando em conta a proporção de cesarianas da instituição e, a média de volume de leite em 12 horas das primeiras 10 puérperas no grupo PN e 10 no grupo PC. Considerando-se um nível de significância de 0,05, um poder de 80%, com desvio padrão de 0,40 mL no grupo PN e de 0,80 mL no PC, e visando detectar

uma diferença mínima esperada entre as médias de 0,5 mL, o valor mínimo necessário foi estimado em 25 puérperas de parto normal e 25 de parto cesáreo.

Variáveis: Foi preenchida uma ficha de identificação para cada participante, com dados sobre as variáveis de interesse: tipo de parto (normal ou cesáreo), momento de início do aleitamento materno, características maternas (idade, etnia, idade da menarca, número de gestações, número de filhos, número de consultas de pré-natal), características do recém-nascido (idade gestacional, sexo, peso de nascimento, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, índice de Apgar no 1º e 5º minutos) e volume de leite coletado as 12 e às 36 horas após o parto.

Coleta do leite materno: A coleta de leite de cada participante foi realizada duas vezes: a primeira entre 11 e 13 horas pós-parto (considerado o momento de 12 horas pós-parto), e a segunda entre 35 e 37 horas pós-parto (considerado o momento de 36 horas pós-parto). Para isso foi utilizada um aparelho de ordenha (Mini Electric breastpump, Medela, Baar, Suíça), o qual era acionado durante 180 segundos, na potência mínima.

A coleta de leite foi realizada por três pessoas treinadas para o procedimento: a pesquisadora, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem com experiência em alojamento conjunto.

Para cada coleta foi preparado previamente um frasco limpo, com um pouco de água destilada no seu interior, suficiente para remover completamente o leite do frasco coletor do aparelho de ordenha. Esse frasco era rotulado para posterior identificação. Era realizada a pesagem do mesmo com tampa e o peso era anotado no rótulo. Logo após a coleta de leite, para evitar aderência e permanência de um resto de leite no frasco coletor do aparelho de ordenha, a água do frasco previamente preparado era transferida para o frasco coletor do aparelho e, em seguida, a mistura era devolvida para o frasco identificado. Após esse procedimento o frasco previamente preparado era identificado com os dados da paciente. Após o leite com a água serem devolvidos ao frasco identificado, era realizada a pesagem do mesmo. O peso do leite retirado a cada coleta foi obtido pela diferença entre o peso do frasco antes e depois de conter o leite, sendo utilizada uma balança com precisão de 0,01 g (Modelo AS 5500 - Marca Marte, Fabricada em Santa Rita do Sapucaí/MG - Brasil) fornecida e revisada semanalmente pelo setor de engenharia da PUCRS. Após a pesagem, as amostras de LM foram descartadas. O peso em gramas (g) do LM coletado correspondia ao seu volume em mililitros (mL), que foi a unidade considerada para a análise dos resultados.

Para melhor segurança em termos de fidedignidade dos resultados, o procedimento de pesagem diferencial foi realizado uma vez por semana para todas as coletas realizadas dentro desse período. Imediatamente antes das pesagens, a balança era regulada e testada pelo setor de engenharia do HSL-PUCRS. Durante o período de espera semanal, os frascos com o LM ficavam armazenados em isopor lacrado, na geladeira, com temperatura de aproximadamente 4°C. Antes da pesagem os frascos eram deixados à

temperatura ambiente e secos no seu exterior.

Análise estatística: As variáveis quantitativas tiveram sua normalidade avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov ou pelo teste de Shapiro-Wilk, dependendo do tamanho amostral. Variáveis com distribuição normal foram expressas em média e desvio-padrão, enquanto os dados assimétricos foram expressos em mediana e intervalo interquartil. Os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta e relativa.

As comparações do volume de LM em 12 e 36 horas entre os grupos PN e PC foram realizadas pelo teste de U de Man-Whitney. O volume de LM foi avaliado em relação ao momento de início da amamentação por meio do teste de Kruskal-Wallis (com pós-teste de Dunn). Todas as análises e o processamento dos dados foram realizados com o programa IBM SPSS Statistics versão 18,0 (IBM, Armonk, NY, Estados Unidos da América). Em todos os casos, as diferenças foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

De um total de 107 puérperas elegíveis para o estudo, quatro foram excluídas inicialmente, duas no decorrer da pesquisa e houve uma perda. Quatro puérperas foram excluídas por não se ter obtido consentimento. Além destas, duas puérperas foram excluídas por apresentar fissura mamária e uma por perda de horário da coleta. Assim, a amostra final foi de 100 pacientes, sendo 74 do grupo PN e 26 do grupo PC.

Não houve diferença nas características maternas e dos recém-nascidos entre os grupos PN e PC (**Tabela 1**).

TABELAS E FIGURAS

Variáveis avaliadas	Parto normal (n=74)	Parto cesáreo (n=26)	Valor do <i>p</i>
Características maternas			
Idade materna, anos*	26,0±7,1	26,9±6,3	0,564
Idade gestacional, semanas*	39,1±0,9	39,1±1,0	0,833
Etnia caucasiana, n (%)‡	40 (54,1)	16 (61,5)	0,686
Dados maternos prévios			
Número de consultas pré-natais*	8,8±3,1	10,2±3,8	0,067
Número de gestações†	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,603
Números de filhos anteriores †	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,803
Idade da menarca, anos*	12,5±1,6	12,2±2,0	0,437
Dados do recém-nascido			
Apgar no 1º minuto, pontuação*	8,5±0,6	8,3±0,8	0,282
Apgar no 5º minuto, pontuação*	9,2±0,5	9,0±0,6	0,172
Perímetro cefálico, cm*	33,9±1,2	34,5±1,1	0,054
Perímetro torácico, cm*	33,6±1,3	34,3±2,0	0,053

Estatura, cm*	48,2±2,0	48,7±1,6	0,218
Peso ao nascimento, g*	3366,5±398,8	3503,5±399,0	0,135
Gênero feminino, n (%)‡	40 (54,1)	10 (38,5)	0,171

Tabela 1. Comparação das características maternas e dos recém-nascidos nas puérperas dos grupos: parto normal e parto cesáreo.

*média e desvio-padrão (variáveis contínuas com distribuição normal) - teste t de Student;

†mediana e intervalo interquartil (variáveis contínuas com distribuição não normal) - teste U de Man Whitney;

‡frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas) - teste do qui-quadrado de Pearson.

Não houve diferença no volume de leite em 12 horas ($p=0,127$) entre o grupo PN (mediana 0,90mL, intervalo interquartil [IIQ] 0,28-1,73mL) e o grupo PC (mediana 1,36mL, IIQ 0,36-2,91mL). Em relação ao leite materno coletado às 36 horas, o volume foi maior ($p=0,025$) no grupo PC (mediana 4,23mL, IIQ 3,05-5,00mL), em comparação ao grupo PN (mediana 3,22mL, IIQ 2,60-4,11mL) (**Figura 1**).

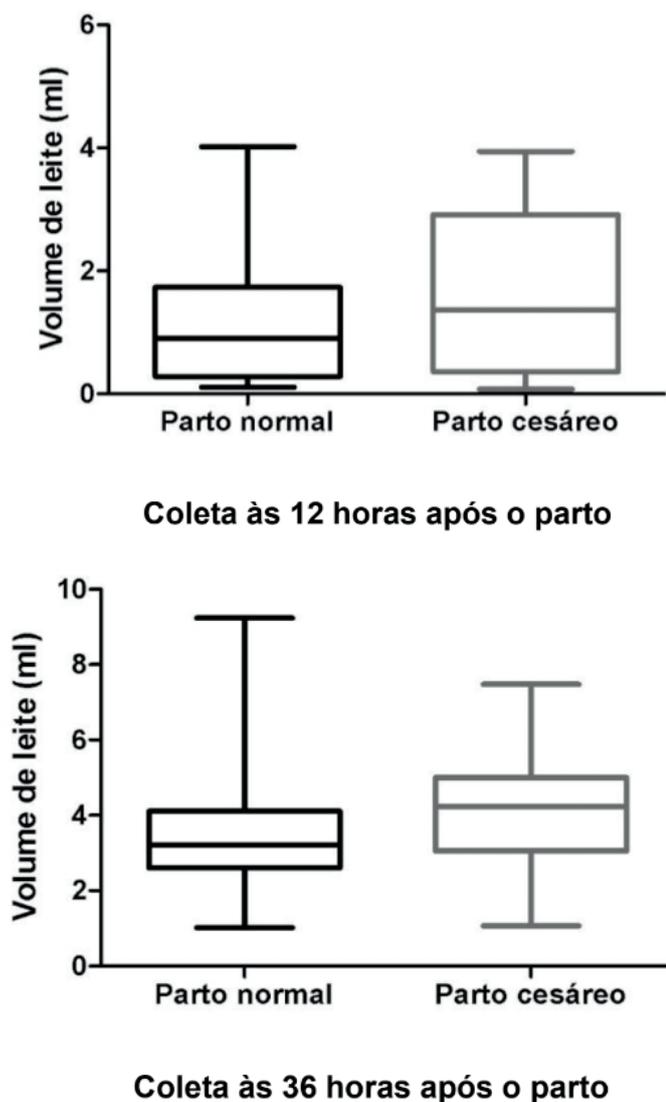


Figura 1 Comparação do volume do leite coletado com 12 e com 36 horas pós-parto entre as puérperas do grupo parto normal (n=74) e do grupo parto cesáreo (n=26).

12 horas -grupo parto normal: mediana 0,90 mL (IIQ 0,28-1,73 mL); grupo parto cesáreo: mediana 1,36 mL (IIQ 0,36-2,91

mL); $p=0,127$.

36 horas - grupo parto normal: mediana 3,22 mL (IIQ 2,60-4,11 mL); grupo parto cesáreo: mediana 4,23 mL (IIQ 3,05-5,00 mL); $p=0,025$.

Teste U de Mann-Whitney

A **Tabela 2** apresenta a comparação do volume de leite materno entre as diferentes paridades e o momento do início da amamentação em ambos os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa nessa análise, tanto as 12 como às 36 horas pós-parto.

Variáveis	Volume de leite (em mililitros)	
	12 horas pós-parto	36 horas pós-parto
Paridade(n)		
Primíparas	1,05 (0,23-2,06)	3,86 (2,68-4,61)
Múltiparas	0,91 (0,29-1,73)	3,19 (2,85-4,27)
Valor do p^*	0,438	0,647
Início do aleitamento(h)		
No momento do parto	1,02 (0,45-1,82)	3,52 (2,91-4,27)
1 hora	0,55 (0,17-3,13)	3,01 (1,99-5,37)
2 horas	0,63 (0,19-2,91)	4,28 (2,97-4,65)
3 horas	1,15 (0,47-1,83)	3,54 (2,91-4,17)
4 horas	0,90 (0,90-0,90)	1,75 (1,75-1,75)
Valor do p^\dagger	0,833	0,469

Tabela 2. Comparação do volume de leite materno coletado com 12 e com 36 horas entre as diferentes paridades e o tempo de início da amamentação, incluindo as puérperas dos dois grupos (parto normal e parto cesáreo).

Dados contínuos apresentados em mediana e intervalo interquartil.

* Teste U de Mann Whitney

† Teste de Kruskal-Wallis

Entre as 100 puérperas estudadas, 64 (64%) iniciaram o aleitamento ainda na sala de parto, durante a primeira hora pós-parto. Quando comparado o momento de início do aleitamento materno entre as puérperas do grupo PN e do grupo PC, o resultado foi estatisticamente significativo. Mais puérperas do grupo PN amamentaram dentro da primeira hora pós-parto ($p=0,001$) (**Tabela 3**).

Tipo de parto	Momento da primeira mamada		Total n (%)
	Antes de 1 hora n (%)	Entre 1 e 4 horas n (%)	
Parto normal	54 (73%)	20 (27%)	74 (100%)
Parto cesáreo	10 (38%)	16 (62%)	26 (100%)
Total	64 (64%)	36 (36%)	100 (100%)

Tabela 3. Momento do início do aleitamento materno, comparando as puérperas pós-parto normal (n=74) e pós cesariana (n=26).

Teste do qui-quadrado. Valor de p : 0,001

Estatística do qui-quadrado: 9.946

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o volume de leite materno em puérperas com gestação a termo, pós-parto normal e pós-parto cesáreo, as 12 e 36 horas após o nascimento. Não houve diferença significativa no volume de leite coletado com 12 horas pós-parto, mas na coleta realizada com 36 horas, a mediana do volume produzido pelas puérperas que tiveram o parto por cesárea foi maior. Essa diferença, embora estatisticamente significativa, não foi considerada clinicamente relevante. As puérperas costumam ter pequeno volume de colostro e com aumento gradativo na sua quantidade. Foi estimado volumes em torno de 11 a 15 mL no total do primeiro dia (19). No presente estudo, também observamos um volume retirado muito pequeno (porém suficiente para o recém-nascido), aumentando com 36 horas, porém ainda com volume baixo na maioria das mães. Esses pequenos volumes nos primeiros dias são observados em mães que tem que extrair leite para bebês sem condições de ser amamentados. Este resultado foi diferente do sugerido pela observação vigente na prática clínica, de maior demora na descida do leite em nascimentos por cesariana.

Outros estudos relacionados à avaliação do volume de leite em puérperas e fatores associados podem contribuir para esta linha de pesquisa. Um estudo de coorte prospectiva com 90 recém-nascidos a termo e com peso normal, para verificar o total de colostro ingerido pelo recém-nascido no primeiro dia de vida⁽¹⁹⁾. Borges e Philippi avaliaram a percepção das mães de recém-nascidos a termo sobre a quantidade de leite que elas produziam⁽²⁰⁾. A maioria das mães (82,9%) relatou que tinham a impressão de produzir leite em quantidade suficiente para suprir as necessidades do bebê aos 30 dias pós-parto. Para essa interpretação, as mulheres basearam-se na drenagem espontânea de leite, no fato de sair leite pela mama contralateral no momento da mamada, no volume das mamas, e no estado físico e psicológico do bebê após as mamadas⁽²⁰⁾. Nejar et al. utilizaram um método em que o volume de leite materno consumido pela criança foi estimado com base na frequência ou duração das mamadas, taxa calórica da alimentação complementar e idade da criança. Esses autores estimaram que o volume consumido fosse maior no

aleitamento materno exclusivo e que a taxa calórica foi suficiente em todas as idades pesquisadas (até os seis meses)⁽²¹⁾.

Várias razões podem interferir no início da amamentação em puérperas pós-cesariana. Bandeira de Sá et al. identificaram o parto cesáreo como interferindo negativamente com a amamentação na primeira hora de vida ⁽²⁹⁾. A dor, dificuldade de mobilização, posição inadequada para amamentar, as medicações utilizadas, os estresses entre outros possíveis fatores são apontados como empecilhos para amamentação. Estudos demonstram a demora no início da amamentação após cesariana. Uma proporção maior de bebês não foi amamentada logo ao nascer na cesariana. Mesmo com a tentativa de seguir a recomendação de início imediato da amamentação, alguns estudos mostraram que uma relevante proporção de bebês não foi amamentada logo ao nascer. Além disso, existem relatos de que a prevalência de amamentação na primeira hora foi menor na cesariana em comparação ao parto normal ^(8-15; 26-28).

Características maternas podem influir na amamentação. Dentre elas pode-se citar a idade materna, o grau de instrução, o tabagismo, a experiência anterior, a paridade, além de características relacionadas ao bebê⁽²²⁻²⁵⁾. Já no estudo realizado no Distrito Federal em 2011, esses autores encontraram uma prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida de 77,3%. Os fatores que interferiram negativamente no início precoce da amamentação foram acompanhamento pré-natal inadequado, parto cesáreo e ausência de alojamento conjunto logo após o parto. Nenhuma característica materna e/ou da criança foi associada ao aleitamento materno na primeira hora ⁽²⁹⁾. No presente estudo, comparando as características entre as puérperas e seus recém-nascidos de parto normal e parto cesáreo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Pela semelhança entre os dois grupos, essas características não devem ter influenciado os resultados obtidos.

No presente estudo, observamos também uma menor prevalência de amamentação na primeira hora de vida após cesariana, que foi de menos da metade na cesariana e aproximadamente três quartos no parto normal. Entretanto, não observamos relação entre início precoce da amamentação (antes de 1 h) com volume de leite extraído. O início da amamentação antes da primeira hora tem sido tradicionalmente considerado importante para o sucesso do aleitamento materno. Neste aspecto, seria esperada a observação de um volume menor com o atraso de seu início, o que não ocorreu. Isto pode sugerir que outros fatores podem ser mais importantes que o momento de início da amamentação, para o sucesso do aleitamento, entre eles a vontade de amamentar pode ser diferente em mães que optam pela via cirúrgica. Também se observou um uso frequente de fórmula em pacientes após cesariana que junto com outros fatores podem explicar menor sucesso na amamentação destas mães (12,13). Possivelmente as mães submetidas à cesariana necessitam maior apoio profissional para o início e manutenção da amamentação. Porém,

a imposição de urgência para a primeira mamada pode não ser tão relevante e isto poderia permitir uma maior compreensão com a situação e um respeito à autonomia materna. Nos hospitais, com alguma frequência, observa-se a primeira mamada quase como uma imposição, às vezes até criticando gestantes que aparentemente não tem desejo imediato de amamentar. Patel e Prajapti, na Índia, verificaram que o conhecimento e a atitude das mães foram adequados, mas tiveram pouca repercussão sobre a prática do aleitamento. Na maioria dos casos foi necessário algum auxílio as mães para iniciar a amamentação. Os autores salientaram que os profissionais da saúde deveriam ser encorajados a participar ativamente no aconselhamento, orientação e formação das mães para a amamentação, principalmente pós-cesariana⁽³⁰⁾.

No presente estudo, o momento da primeira mamada não mostrou associação com o volume de leite materno aferido, tanto as 12 como às 36 horas pós-parto. Este dado sugere que para haver uma produção adequada de leite materno nas primeiras horas pode não ser fundamental a imediata colocação do recém-nascido ao seio após o parto. Esta é uma recomendação rotineira na prática do atendimento ao parto, entretanto algumas vezes pode se tornar um fator de estresse para a mãe e/ou para o bebê. A primeira mamada poderá levar algum tempo para ser estabelecida, principalmente quando a mãe ou o recém-nascido não apresentam condições de saúde no momento. Dessa forma, a equipe assistencial poderia preservar a autonomia materna e levar em conta os inconvenientes, evitando a imposição da amamentação imediata e oferecendo outras formas de auxílio às mães para que obtenham sucesso no aleitamento.

Uma limitação deste estudo foi não ter incluído um número significativo de puérperas com cesárea agendada. Na instituição pesquisada, a prática de realização de cesarianas eletivas, sem indicação médica não é comum. Desta forma, não é possível saber se estas mães teriam uma evolução de volume diferente. Entretanto, o objetivo principal foi verificar o volume de leite entre os dois tipos de parto, em puérperas com gestação a termo. Como a coleta de dados foi por amostragem não probabilística de conveniência, o horário escolhido para a ocorrência dos partos foi entre 20h e 24h, para que a coleta do leite materno não coincidissem com o horário noturno e pudesse ser feita antes da alta hospitalar. Esse período normalmente não contempla a cesárea agendada. Além disso, na cesárea agendada a principal característica seria o fato de não ter havido trabalho de parto prévio, condição encontrada na metade do grupo parto cesáreo, cuja indicação foi, na grande maioria, a cesárea prévia.

Os resultados encontrados neste estudo podem contribuir para a prática clínica. A falta de diferença relevante no volume de leite entre as puérperas pós-cesariana e pós-parto normal sugere que, na maioria das situações e independentemente da via de parto, não é necessário o oferecimento de qualquer outro leite para o recém-nascido que não seja o materno. Esta visão é observada frequentemente em pediatras da região, que costumam prescrever fórmula precocemente quando o nascimento se dá pela via

cirúrgica.

CONCLUSÃO

Não houve diferença significativa entre o volume de leite nas puérperas do grupo PN e do grupo PC na coleta realizada às 12 horas pós-nascimento. Estatisticamente, o volume de LM coletado às 36 horas pós-nascimento foi maior nas puérperas do grupo PC do que nas do grupo PN. Entretanto, essa diferença foi clinicamente irrelevante. Não foi encontrada associação entre o momento da primeira mamada e o volume de LM, tanto as 12 como às 36 horas após o parto. Quando avaliadas somente as puérperas do grupo PC, não houve diferença estatisticamente significativa entre o volume de LM, tanto as 12 como às 36 horas pós-parto, entre as que tiveram e as que não tiveram trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

1. AEPED. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2004.
2. Marques RFSV, Lopez FA, Braga JA. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(2):99-105.
3. AEP. Comité de LM. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Ed. Médica Panamericana; 2008.
4. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno, Comité Português para a Unicef. Comissão Nacional. 2012.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90
6. Verduci E, Banderali G, Barberi S, Radaelli G, Lops A, Betti F, et al. Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*. 2014;6(4):1711-24.
7. World Health Organization. Nutrition – Exclusive breastfeeding [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2017 May]. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
8. Pereira CRVS, Fonseca VM, de Oliveira MIC, Souza IEO, de Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):525-34.
9. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MIC, do Carmo Leal M, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada Factors that affect time between birth and first breastfeeding. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2681-94.
10. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10(1):760.
11. Silveira RBd, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev bras saúde matern infant*. 2008;8(1):35-43.

12. Meirelles CAB et al. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008;24(9):2001-2.
- 13 Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*. 2014 Jun;164(6):1339-45.e5.
14. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*. 2012;ajcn. 030254.
15. Hyde MJ, Mostyn A, Modi N, Kemp PR. The health implications of birth by caesarean section. *Biol Rev Camb Philos Soc* 2012;87:229-43.
16. Nissen E, Lilja G, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995;74:530-3.
17. Nissen E, Uvnas-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev* 1996;45:103–18.
18. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35(4):459-72.
19. Santoro W, Martinez FE, Ricco RG, Jorge SM. Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. *The Journal of pediatrics*. 2010;156(1):29-32.
20. Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003;11(3):287-92.
21. Nejar FF, Segall-Corrêa AM, Rea MF, Vianna RPdT, Panigassi G. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004.
22. Ferreira M, Nelas P, Duarte J. Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*. 2016(40):23-38.
23. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*. 2007;23(4):382-91.
24. McLeod D, Pullon S, Cookson T. Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *Journal of Human Lactation*. 2002;18(4):335-43.
25. Wiklund I, Norman M, Uvnäs-Moberg K, Ransjö-Arvidson A-B, Andolf E. Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. *Midwifery*. 2009;25(2):e31-e8.
26. Belo MNM, de Azevedo PTÁC, Belo MPM, Serva VMSBD, Figueiroa JN, de Fátima Costa Caminha M. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2014;14(1).
27. Pereira CRVS, Fonseca VM, de Oliveira MIC, Souza IEO, de Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):525-34.

28. Mosher C, Sarkar A, Hashem AA, Hamadah RE, Alhoulan A, AlMakadma YA, et al. Self-reported breast feeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. *BMJ open*. 2016;6(12):e012890.
29. Bandeira de Sá NN, Gubert, MB, dos SANTOS W, Santos LMP. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2016;19(3):509-24.
30. Patel M, Prajapati S. A comparative analytic study of knowledge, attitude and practice of breast feeding in primi and multipara women at a tertiary care centre in Gujarat, India. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2016;4(10):4403-7.

SUSCETIBILIDADE DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS A INFECÇÃO HOSPITALAR: LIMITES E POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 29/04/2020

Maria Elidiane Lopes Ferreira

UNINOVAFAP. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3817509212383732>

Rosa Maria Assunção de Queiroga

UEMA. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8012504726662098>

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9329475476191746>

Ana Carolina Coimbra de Castro

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4803558808836101>

Ivana Mayra da Silva Lira

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4689523440227664>

Mariana Portela Soares Pires Galvão

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8043039518673391>

Satyê Rocha Pereira

UEMA. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4144019688821341>

Polyana Coutinho Bento Pereira

UESPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8812674495477406>

Aline Macedo da Silva

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6033384276804150>

Marivete Ribeiro Alves

UFPI. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6124902432074899>

Dália de Sousa Viegas Haas

CEUMA. Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2437270931551771>

RESUMO: Esse trabalho objetiva descrever acerca dos limites e possibilidades relacionados a infecção hospitalar em recém-nascidos prematuros, além de elencar alguns fatores relacionados a suscetibilidade de recém-nascidos prematuros à infecção hospitalar. Realizado por meio de uma reflexão temática baseado em uma revisão não exaustiva da literatura. Foi evidenciado que a literatura científica aponta falhas relacionadas ao processo de prevenção da infecção hospitalar, enfatizando o processo de higienização das mães, este que deveria ser o ponto-chave na prevenção das infecções. Ações não efetivas nessa direção expõe os recém-nascidos a situações de riscos, gerando graves implicações que interferem na qualidade da assistência prestada e consequentemente onerosos gastos para o sistema de saúde. O reconhecimento de tais falhas deve ser transformado em ações efetivas dos serviços de saúde, direcionadas a

equipe multiprofissional. As instituições de saúde devem criar estratégias que promovam uma adesão eficaz dos profissionais, como programas de educação continuada sobre a temática, apresentação de dados de infecção das instituições de forma a conscientizar as equipes das responsabilidades que têm com a assistência, treinamentos, sobre protocolos e recomendações nacionais e internacionais sobre o controle de infecções.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Gerência; Cuidados de Enfermagem.

SUSTAINABILITY OF PREMATURE NEWBORNS TO HOSPITAL INFECTION: LIMITS AND POSSIBILITIES OF PREVENTION

ABSTRACT: This objective work describes the limits and possibilities related to hospital infection in premature newborns, in addition to listing some factors related to the susceptibility of premature newborns to hospital infection. Performed through a thematic reflection based on a non-exhaustive literature review. It was evidenced that the scientific literature indicates flaws related to the hospital infection process, emphasizing the mothers' hygiene process, which should be the key point in preventing infections. Ineffective actions in this direction expose newborns to risky situations, generating serious implications that interfere with the quality of care provided and, consequently, costly expenses for the health system. The recognition of such failures must be transformed into effective actions by health services, directed to a multidisciplinary team. Health institutions should create strategies that promote an effective adherence of professionals, such as continuing education programs on the subject, presentation of infection data from institutions in order to raise awareness as task teams that suffer from assistance, training, protocols and national and international recommendations on infection control.

KEYWORDS: Intensive Care Unit; Nursing; Management; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A carga global de parto prematuro inclui a morbidade e mortalidade de bebês nascidos antes de 37 semanas completas de gestação. A prematuridade tem sido a principal causa mundial de mortalidade neonatal há pelo menos uma década, mas agora também se tornou a principal causa de mortalidade infantil até os cinco anos de idade. Globalmente, a cada ano, 15 milhões de bebês nascem prematuros, o que é estimado em cerca de 11% de todos os partos. O nascimento prematuro parece estar aumentando na maioria dos países (HARRISON; GOLDENBERG, 2016).

As taxas de nascimento prematuro são um problema substancial em todo o mundo, mostrando que mais de 1 em cada 10 bebês nascem prematuros (WHO, 2012). O Brasil está entre os dez países com as maiores taxas, responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros no mundo (WHO, 2015), sendo a taxa de mortalidade neonatal responsável

por quase 70% dos óbitos no primeiro ano de vida, assim o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para a redução dos índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Os avanços tecnológicos proporcionaram melhores condições de cuidado e sobrevivência para as crianças nascidas prematuramente, mas as causas desses nascimentos ainda são pouco conhecidas (SILVA et al., 2019). A cada ano que passa mais bebês com baixa idade gestacional e complicações clínicas estão sobrevivendo, e esses neonatos são conseqüentemente submetidos a vários procedimentos dolorosos, tratamentos longos e estressantes durante a hospitalização em Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTIN) e morbidades (KORVENRANTA et al., 2009; WHO, 2012).

Essa internação longa acaba, por vezes, acarretando outra problemática comum em pacientes hospitalizados: infecção hospitalar, que se configura como importante causa de morbidade e mortalidade em UTIN (DAL-BÓ; SILVA; SAKAE, 2012).

Nesse sentido, esse texto versa sobre os limites e possibilidades relacionados a infecção hospitalar em recém-nascidos prematuros, além de elencar alguns fatores relacionados a suscetibilidade de recém-nascidos prematuros à infecção hospitalar, por meio de uma reflexão temática baseado em uma revisão não exaustiva da literatura.

FATORES RELACIONADOS A SENSIBILIDADE DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS A INFECÇÃO HOSPITALAR

Os nascidos pré-termo têm risco aumentado de adoecer e morrer em consequência do incompleto desenvolvimento fetal e de sua maior suscetibilidade às infecções, estas agravadas pela manipulação e prolongado período de permanência nas unidades neonatais. Muitos nascidos pré-termo evoluem com sequelas neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares. Esse evento deve ser investigado e aprofundado considerando-se seus fatores determinantes, com o intuito de intervir na redução da morbimortalidade infantil (ARAÚJO et al., 2012).

A pele do recém-nascido é imatura e tem mais permeabilidade, possivelmente em consequência à produção inadequada de ácidos-graxos livres e pH alcalino. A quebra da integridade da pele que ocorre nesse período em pacientes hospitalizados pode agir como facilitador da entrada de agentes patogênicos (JACOB, 2010).

O sistema imunológico do recém-nascido apresenta habilidade limitada em montar uma resposta efetiva do ponto de vista quantitativo e qualitativo contra patógenos invasivos, implicando mais suscetibilidade a infecções. Sabe-se que quanto menor o período gestacional, menos desenvolvido será o sistema imunológico ao nascimento. O neonato é altamente dependente da transferência materna passiva de anticorpos no início da vida fetal e neonatal. O desenvolvimento imunológico somente estará completo na

infância tardia (HOLT; JONES, 2000).

A imunidade inata é a primeira linha de defesa na exposição a um agente infeccioso e é ativada independente do contato prévio com antígenos. Ela é composta de barreiras epiteliais (pele e mucosas), citocinas, proteínas do sistema complemento e das células circulantes (fagócitos e células natural killer) (YOON, 2010).

Além da prematuridade, a duração prolongada da alimentação parenteral com nutrição enteral retardada, cateterização intravascular, suporte respiratório prolongado nos ventiladores, cirurgia gastrointestinal e uso de antibióticos de amplo espectro são reconhecidos como fatores de risco para a infecção hospitalar neonatal (BOGHOSSIAN et al., 2013). Os próprios dispositivos que sustentam a vida e fornecem alimento a recém-nascidos prematuros e / ou doentes internados na UTIN podem se tornar canais de invasão bacteriana, com pele frágil e imaturidade do sistema imunológico exacerbando o risco (RAMASETHU, 2017).

As infecções hospitalares mais comuns nas UTIN são infecções da corrente sanguínea, frequentemente relacionadas a cateter (infecção da corrente sanguínea associada à linha central), seguidas por Pneumonias Associadas à Ventilação, infecções do sítio cirúrgico e infecções do trato urinário associadas a cateteres e infecções de derivação ventricular, Infecções da pele e dos tecidos moles podem também ser adquiridas em recém-nascidos (NELSON; GALLAGHER, 2012).

O recém-nascido tem capacidade de defesa limitada contra agressões de seu meio, decorrente das características de seu sistema imunológico ao nascimento. Esse conhecimento sustenta a prevenção de agravos infecciosos, seja a partir do reconhecimento precoce e tratamento adequado das doenças já instaladas e especialmente da restrição à exposição a antígenos das crianças durante esse período de fragilidade imunológica (DINIZ; FIGUEIREDO 2014).

LIMITES E POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO

As infecções hospitalares poderiam ser prevenidas, se os hospitais contassem com programas eficientes de controle de infecção. Apesar dos programas de vigilância epidemiológica e das medidas preventivas para controle das infecções hospitalares, o risco para seu desenvolvimento permanece inaceitavelmente alto.

Fatores como superlotação da unidade, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, número inadequado de pias contribuem para diminuição da higienização das mãos (DALBÓ; SILVA; SAKAE, 2012). Além disso, capacitação insuficiente de pessoal e recursos limitados de equipamentos e materiais, isoladamente e, mais ainda, o conjunto de fatores aqui descritos, colaboram para o aumento do risco de transmissão de infecções cruzadas.

Para prevenir deve-se enfatizar o uso de mais rigorosos métodos de higiene pelos profissionais da saúde, com políticas de controle de infecções hospitalares que incluem:

observação da higiene das mãos, utilizando técnicas assépticas em procedimentos invasivos, melhorando a espaço e observação de padrões precauções; uso de leite materno e início de alimentação oral; redução de testes laboratoriais que causam danos à pele; desenvolvimento de um método para diferenciar entre contaminações e culturas positivas; redução de dias de intubação e incentivo ao trabalho em equipe para apreciar os responsáveis pelos resultados (HOSEINI, 2014).

A prevenção da infecção hospitalar neonatal é um imperativo crítico de segurança do paciente e, invariavelmente, requer uma abordagem multidisciplinar. Não há atalhos. A higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente é a medida mais importante, e ainda assim, a conformidade com essa medida simples pode ser insatisfatória. O desinfetante para as mãos à base de álcool é eficaz contra muitos microorganismos e é eficiente, comparado aos sabões simples ou antissépticos. Vale ressaltar que o uso do leite materno é outra medida barata e simples para reduzir as taxas de infecção (RAMASETHU, 2017).

CONCLUSÃO

A literatura científica aponta falhas relacionadas ao processo de prevenção da infecção hospitalar, enfatizando o processo de higienização das mães, este que deveria ser o ponto-chave na prevenção das infecções. Ações não efetivas nessa direção expõem os recém-nascidos a situações de riscos, gerando graves implicações que interferem na qualidade da assistência prestada e conseqüentemente onerosos gastos para o sistema de saúde.

O reconhecimento de tais falhas deve ser transformado em ações efetivas dos serviços de saúde, direcionadas a equipe multiprofissional. As instituições de saúde devem criar estratégias que promovam uma adesão eficaz dos profissionais, como programas de educação continuada sobre a temática, apresentação de dados de infecção das instituições de forma a conscientizar as equipes das responsabilidades que têm com a assistência, treinamentos, sobre protocolos e recomendações nacionais e internacionais sobre o controle de infecções.

Nesse sentido, quanto melhores forem definidos as etapas desse processo e quanto mais os profissionais estiverem envolvidos e orientados melhor e mais segura será a assistência em saúde. Portanto, é fundamental fortalecer a cultura de segurança nas instituições hospitalares, envolvendo toda a equipe de saúde que atua junto ao recém-nascido, objetivando prevenir e controlar as infecções hospitalares.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. F. et al. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **J Pediatr.**, v.88, n.3, p.259-66, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília:MS, 2011.
- BOGHOSSIAN, N. S. et al. Late-onset sepsis in very low birth weight infants from singleton and multiple gestation births. **J Pediatr.** v.162, p.1120-4, 2013.
- DAL-BÓ, K.; SILVA, R. M.; SAKAE, T. M. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. **Rev. bras. ter. intensiva.** v.24, n.4, p.381-85, 2012.
- DINIZ, L. M. O.; FIGUEIREDO, B. C. G. O sistema imunológico do recém-nascido. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.2, p. 233-40, 2014.
- HARRISON, M. S.; GOLDENBERG, R. L. Global burden of prematurity. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v.21, n.2, p.74-9, 2016.
- HOSEINI, M. B. et al. The Study of Nosocomial Infections in Neonatal Intensive Care Unit: A Prospective Study in. **International Journal of Pediatrics**, v.2, n.8, p.25-33, 2014.
- JACOB, C. M. A.; PASTORINO, A. C. **Desenvolvimento do sistema imunológico.** In: Jacob CMA, Pastorino AC, editors. *Alergia e imunologia para o pediatra.* São Paulo: Manole, p. 3-17, 2010.
- KORVENRANTA, E. et al. Morbidities and hospital resource use during the first 3 years of life among very preterm infants. **Pediatrics**, v.124, n.1, p.128-34, 2009.
- NELSON, M. U.; GALLAGHER, P. G. Methicillin -resistant Staphylococcus aureus in the neonatal intensive care unit. **Semin Perinatol**, v.36, p.424-30, 2012.
- RAMASETHU, J. Prevention and treatment of neonatal nosocomial infections. **Matern Health Neonatol Perinatol.** v.3, n.5, 2017.
- SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública.** v.25, n.10, p.2125-38, 2009.
- WHO. World Health Organization. **Preterm birth.** Geneva: WHO, updated Nov, 2015.
- WHO. World Health Organization. **Born too soon: The global action report on preterm birth.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012.
- HOLT, P. G.; JONES, C. A. The development of the immune system during pregnancy and early life. **Allergy.** v.55, p.588-697, 2000.
- YOON, H. S. Neonatal innate immunity and Toll-like receptor. **J Pediatr.**, v.53, n.12, p:985-8, 2010.

REDE DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO VIVENDO EM SITUAÇÃO PRISIONAL: O PAPEL DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/07/2020

Jéssica Kelly Alves Machado

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-7576-8714>

Amuzza Aylla Pereira dos Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0001-6299-7190>

Nathalya Anastacio dos Santos Silva

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-5719-6433>

Deborah Moura Novaes Acioli

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-3295-8606>

Marianny de Medeiros de Moraes

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0001-8208-4268>

Karlayne Reynaux Vieira de Oliveira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-8920-5154>

Maraysa Jessyca de Oliveira Vieira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-2539-1795>

Bárbara Maria Gomes da Anunciação

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-9676-6806>

Larissa de Moraes Teixeira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-6978-0805>

Rosa Patrícia Gomes Tenório Omena Rodrigues

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0001-7467-1884>

Julio Cesar Silva Oliveira

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0003-2267-9010>

José Augustinho Mendes Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem
Maceió – AL

ORCID Id <http://orcid.org/0000-0002-1570-4102>

RESUMO: A assistência à criança em todos os setores da saúde é responsabilidade do serviço no qual a criança está vinculada. O estudo tem como objetivo descrever a articulação da rede de atendimento a um recém-nascido vivendo em situação prisional, com foco na assistência/atuação da enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em um presídio feminino do Estado de Alagoas, no atendimento a um recém-nascido com suspeita de microcefalia. A assistência prestada ao recém-nascido durante a consulta de puericultura realizada pela enfermeira da unidade prisional em conjunto com os acadêmicos de enfermagem, foi fundamental para descoberta das alterações no perímetro cefálico apresentadas pelo recém-nascido, proporcionando uma articulação com o hospital especializado para realização dos procedimentos necessários para a confirmação do diagnóstico e tratamento oportuno, além do acompanhamento e cuidados da enfermagem. Por fim, a articulação de uma rede de apoio é necessária para a efetiva e regular atenção à saúde de pessoas vivendo em privação de liberdade. As condições de saúde dentro do presídio não permitem o atendimento a casos de maior complexidade, sendo necessária uma articulação externa. A atuação do profissional de enfermagem como identificador de agravos e articulador da rede é essencial para a agilidade e concretização do processo.

PALAVRAS-CHAVE: Neonatologia; Enfermagem; Prisões; Saúde da Criança.

NEWBORN CARE NETWORK LIVING IN PRISON: THE ROLE OF NURSING

ABSTRACT : Child care in all health sectors is the responsibility of the service to which the child is linked. The study aims to describe the articulation of the care network for a newborn living in prison, with a focus on nursing care / performance. This is a descriptive study, type of experience report, carried out in a female prison in the State of Alagoas, in the care of a newborn with suspected microcephaly. The assistance provided to the newborn during the childcare consultation carried out by the nurse of the prison unit in conjunction with the nursing students, was fundamental for discovering the changes in the head circumference presented by the newborn, providing an articulation with the specialized hospital to perform of the necessary procedures to confirm the diagnosis and timely treatment, in addition to the monitoring and nursing care. Finally, the articulation of a support network is necessary for effective and regular health care for people living in deprivation of liberty. The health conditions inside the prison do not allow the attendance of more complex cases, requiring an external articulation. The performance of the nursing professional as a disease identifier and articulator of the network is essential for the agility and concretization of the process.

KEYWORDS: Neonatology; Nursing; Prisons; Child Health.

1 | INTRODUÇÃO

No encarceramento feminino, destacam-se alguns aspectos inerentes à maternidade, como a garantia da presença dos filhos junto às mães pelo período previsto por lei. No

ordenamento jurídico brasileiro há o preceito legal de inclusão de berçário e a possibilidade de creche/seção para gestante e puérpera dentro das unidades prisionais, conforme preconiza a Lei n. 11.942/09. Assim, as mulheres que vivenciam a maternidade na prisão são encaminhadas para a Unidade Materno-Infantil, também chamada de berçário, geralmente localizada em outro pavilhão dentro da própria penitenciária de origem, ficando lá até o sexto mês de vida do seu bebê ou por tempo determinado pela justiça. (GUIMARÃES; et al, 2018; SANTOS; BISPO, 2018).

O período de permanência das mães com seus filhos não é consenso nas penitenciárias brasileiras. O prazo mínimo é de seis meses, com enfoque na amamentação, e o máximo é de um ano e 6 meses conforme Resolução n. 4, de 15 de julho de 2009, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP). A convivência da criança pequena dentro dos presídios é defendida por considerar saudável para o relacionamento mãe-criança, reforçando laços e contribuindo para o desenvolvimento do bebê e para a posterior reinserção social materna (SANTOS; BISPO, 2018; ORMEÑO; STELKO-PEREIRA, 2015).

No entanto, é fato que prisão não foi pensada para gestantes, tampouco para bebês. Por se tratar de um ambiente permeado de restrições, códigos de conduta, rotina bem definida e, acima de tudo, por se configurar em lugar tenso e violento, a prisão torna-se local de comprometimento a uma boa gestação e ao desenvolvimento infantil. Some-se o fato de que, no Brasil, as unidades prisionais apresentam falta de estrutura física, de mobiliário e insuficiente número de profissionais especializados para o atendimento a esse público (CARNEIRO; VERÍSSIMO, 2016).

A falta de um ambiente que propicie estímulos aos bebês encarcerados se dá pelo fato destes não se regerem pelos ditames da Política de Educação Infantil e, por isso, não se vincularem a uma ação pedagógica, servindo apenas para separar as presas com bebês das demais. Pode-se afirmar que os Estados não possuem definição clara sobre esses espaços de creche e berçário em instituições prisionais, não exige políticas voltas para primeira infância, com as dimensões de saúde, de educação, emocional e cognitiva de uma criança. (CARNEIRO; VERÍSSIMO, 2016).

Frente às garantias de ações voltadas à saúde da criança no interior dos presídios, infelizmente, não há acompanhamento pediátrico adequado para as crianças de mães encarceradas, sendo só realizado, como regra, em caráter emergencial, mas fora dos estabelecimentos penais, pois esses não possuem profissionais especializados para cuidar da saúde dessas crianças e nem equipamentos para realizar exames que possam diagnosticar agravos que possam comprometer a saúde e bem-estar destas crianças. (THOMAS, RIBAS, BIRCK, 2017).

Diante do que foi discutido, indagou-se: como acontece a articulação da rede de atendimento a um recém-nascido que se encontra em ambiente prisional, com foco na assistência/atuação da enfermagem?

2 | OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo descrever a articulação da rede de atendimento a um recém-nascido vivendo em situação prisional, com foco na assistência/atuação da enfermagem.

3 | METODOLOGIA

Trata-se um estudo descritivo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido com base na vivência de acadêmicas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas em um presídio feminino do Estado de Alagoas durante as atividades do grupo de estudos e pesquisa na Saúde da mulher e vulnerabilidades desenvolvidas neste cenário.

O primeiro passo para o desenvolvimento deste trabalho foi adentrar no sistema prisional e vivenciar junto com a equipe de enfermagem toda assistência prestada as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e cuidados com recém-nascido, através do acolhimento, atendimentos e ações de saúde prestadas no estabelecimento prisional feminino.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência prestada ao recém-nascido durante a consulta de puericultura realizada pela enfermeira da unidade prisional em conjunto com as acadêmicas de enfermagem, proporcionou a descoberta de alterações cefálicas que foi de fundamental importância para o encaminhando deste recém-nascido (RN) a rede de atenção a crianças com microcefalia. Entretanto, o encaminhamento para atendimento com um pediatra especialista não é possível dentro do próprio presídio, devido a sua inexistência. Desta forma, foi feita a articulação com o hospital de referência para atendimentos a criança com suspeita de microcefalia. O RN foi encaminhado para hospital para realização dos procedimentos necessários a confirmação do diagnóstico e tratamento oportuno, além do acompanhamento e cuidados da enfermagem.

Na perspectiva de uma atenção adequada ao binômio, a Lei de Execução Penal (LEP) nº 11.942/09 assegura às mães presidiárias e seus bebês, condições mínimas de assistência à saúde com direitos à mulher e seus filhos em situação de cárcere, garantindo assistência qualifica para o cuidado materno-infantil

Os direitos não atingidos pelas penas restritivas de liberdade devem ser assegurados a todas as mulheres encarceradas e a seus filhos. É importante salientar que os filhos que convivem com essas mães não estão privados de liberdade e diante disso é necessário investir em medidas que diminuam a experiência do cárcere para eles, facilitando sua

convivência com a família e a sociedade, como também a sua rotina e acesso às políticas públicas extramuros que serão conduzidas por uma equipe de cunho interdisciplinar para garantia do seu bem-estar e saúde (MATOS; COSTA E SILVA; NASCIMENTO, 2019).

Geralmente, existe apenas uma penitenciária feminina em cada Estado, resultando na superlotação destas unidades que acabam tendo a responsabilidade de receber todas as gestantes presas de seu Estado. Nelas, a estrutura é um pouco melhor, pois há local reservado para estadia das mães com seus bebês. Por outro lado, nem sempre este lugar satisfaz todas as necessidades dos bebês, não oferecendo o mínimo exigido por lei para garantia de cuidados necessários a seu desenvolvimento e crescimento (CARNEIRO; VERÍSSIMO, 2016).

No estado de Alagoas não é diferente, existe apenas uma penitenciária feminina que conta com um espaço materno-infantil em um ponto estratégico próximo a unidade de saúde existente dentro do sistema prisional. Esta unidade conta com uma enfermeira que realiza consultas voltadas para assistência ao binômio. As consultas são realizadas rotineiramente, dando prioridade a ala materno-infantil atendendo as demandas e realizando as devidas intervenções, cuidados e encaminhamentos necessários para construção de uma assistência qualificada a saúde materno-infantil (ALVES et. al., 2016).

O acompanhamento dos recém-nascidos e crianças que precisam de uma assistência especializada dentro do sistema prisional, como a microcefalia, deve ter intervalos curtos para realização das consultas de puericultura, com foco principal nas alterações que a doença poderá causar, todas as observações devem ser registradas na caderneta de Saúde da Criança, bem como, deve ser seguidos de maneira criteriosa para que o seguimento e tratamento adequado possa ser realizado em tempo hábil. Neste contexto, a assistência de enfermagem deve ser realizada junto com uma equipe multidisciplinar, incluindo pediatras, neurologistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, para iniciar a consulta de forma precoce para resposta rápida da assistência ao agravo (MEDEIROS et al, 2018; BRASIL, 2016).

Dessa forma, a rede de serviço é necessária para que as mulheres encarceradas e seus filhos possam usufruir de forma a preservar a saúde e assistência adequada na prevenção e promoção de agravos. Com isso, casos de maior complexidade são encaminhadas para os hospitais de referência na rede para a efetividade e diminuição dos entraves que possam existir durante a assistência, e não prejudicar a assistência da rede.

Para que a articulação entre o sistema prisional e a assistência em rede possa acontecer é necessário que as diretrizes políticas e as práticas de saúde sejam garantidas e que todos os envolvidos, gestões municipal, estadual e federal, invistam em pesquisas e em elaboração de tecnologias que auxiliem na reformulação das práticas em saúde familiar, como também na integração das ações do cuidado aos agravos que possam vir acometer a saúde materno -infantil dentro do sistema prisional (FIGUEIREDO E MELLO, 2017).

O enfermeiro como profissional que faz parte da assistência direta a saúde materno-infantil, deve proporcionar os cuidados necessários juntamente com equipe multidisciplinar no processo de acompanhamento do recém-nascido na perspectiva de garantia de uma assistência qualificada e equânime para todas as mulheres e seus filhos dentro do sistema prisional (ALVES et. al., 2016).

5 | CONCLUSÃO

A articulação de uma rede de atendimento é necessária para a efetiva e regular atenção à saúde de pessoas vivendo em privação de liberdade, na perspectiva de elas continuem tendo acesso à saúde de forma integral e universal, contribuindo assim para promoção da saúde materno-infantil proporcionando uma melhor qualidade de saúde dentro de um ambiente tão insalubre e hostil.

Neste contexto, a atuação do profissional de enfermagem como identificador de agravos e articulador da rede é essencial para a agilidade e concretização do processo, pois sem esta assistência qualificada e identificadora não é possível garantir que o agravo possa ser descoberto, tendo seu acompanhamento, seguimento e tratamento em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

ALVES E.S.R.C. et al, Condições de vida e de saúde de mulheres em uma unidade prisional feminina, **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.10. n.(3):958-68, mar., 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/index>>.

CARNEIRO, Z.S.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. **Gestação e desenvolvimento de bebês em situação de cárcere**. Extensão em Ação, vol. 2, n.11, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/11829>>. Acesso em 28 ago 2019.

FIGUEIREDO, G.L.A; MELLO, D.F. **Atenção à saúde da criança no brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos**. Rev Latino-am Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, novembro-dezembro 2017.

GUIMARÃES, M.L; et al. **Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas**. Texto Contexto Enferm, vol. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003030017>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

_____. Lei nº 11.942 de 28 de maio de 2009. Altera a lei de Execução Penal. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2013.

LIMA, G.M.B.; PEREIRA NETO, A.F.; AMARANTE, P.D.C.; DIAS, M.D.; FERREIRA FILHA, M.O. **Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência**. Saúde em Debate [Internet]; 37(98):446-56, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a08v37n98.pdf>>. Acesso em 02 de set. de 2019.

MATOS, K.K.C.; COSTA E SILVA, S.P.; NASCIMENTO, E.A. **Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão**. Interface (Botucatu), vol. 23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/>>

Interface.180028>.

MEDEIROS, V.A.B.; BEZERRA, I.N.S.; ALVES, L.T.; FRANÇA, A.M.B. **Assistência de enfermagem ao neonato com microcefalia**. Cadernos de Graduação, Alagoas; v. 4 n. 2, p. 67-76, maio. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/5109>>. Acesso em 02 de set. de 2019.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Diretrizes para a convivência mãe-filho/a no sistema prisional**. Departamento Penitenciário Nacional - Brasília, 2016.

ORMEÑO, G.R.; STELKO-PEREIRA, A.C. **Filhos nascidos no cárcere e as dificuldades do exercício da maternidade em ambiente prisional**. PsicolArgum., vol. 33, n. 82, p. 432-445, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.082.AO07>>. Acesso: 28 ago. 2019.

SANTOS, D.S.S.; BISPO, T.C.F. **Mãe e filho no cárcere: uma revisão sistemática**. Rev baiana enferm, vol. 32, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.22130>> Acesso: 28 ago 2019.

THOMAS, A.B.; RIBAS, L.W.; BIRCK, M. **Os Filhos do Cárcere: a Situação das Crianças que Vivem em Estabelecimento Penal Feminino em Virtude da Pena Privativa de Liberdade Cumprida pela Mãe**. (RE) PENSANDO DIREITO, ano 7, n. 14, p. 233-253, 2017. Disponível em: <<http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/direito/article/view/549>> Acesso: 29 ago. 2019.

NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DO CAPSAD SOBRE O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA DURANTE A GESTAÇÃO

Data de aceite: 01/07/2020

Rosângela da Silva Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. LINK: <http://orcid.org/0000-0002-2541-5646>

Tharine Louise Gonçalves Caires

Universidade Federal de Goiás-UFG, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. LINK Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8496613891246021>

RESUMO: A Organização Mundial de Saúde recomenda abstinência do uso de álcool durante a gestação. **Objetivo:** discutir o consumo de bebida alcoólica durante a gestação e as orientações recebidas em consultas no Pré-Natal. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória utilizou o método Narrativa de Vida. Cenário da pesquisa: quatro Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas no município do Rio de Janeiro. Instrumento de coleta de dados: entrevista aberta com a questão norteadora: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com uso de bebida alcoólica durante gestação e as orientações recebidas no Pré-Natal”. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2016. Critérios de inclusão: maiores de 18 anos, ter

feito uso de bebida alcoólica durante gestação, estar em tratamento no CAPSAd. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa, sob nº 1.205.233. As entrevistas foram transcritas, na íntegra. **Resultados:** emergiu das narrativas a categoria Vulnerabilidade Feminina e o consumo de álcool por mulheres durante a gestação. O referencial teórico pautou-se em conceito de vulnerabilidade. As narrativas evidenciaram falta de informação sobre os malefícios que o álcool pode acarretar à gestante e ao feto. Gestantes omitem o consumo de álcool nas consultas de pré-natal. Receiam as críticas dos profissionais. Têm medo de matar o bebê por causa desse consumo, mas, continuam bebendo. Suspeitam que o tipo e a quantidade da bebida interferem na formação fetal. **Discussão:** A pesquisa possibilitou a compreensão das vulnerabilidades vivenciadas por gestantes que consumiram bebida alcoólica nas dimensões: social, individual e programática. **Conclusão:** este estudo permitiu discutir o consumo de bebida alcoólica durante a gestação e as orientações recebidas em consultas no Pré-Natal. O uso abusivo de álcool é um processo complexo, que envolve fatores psicológicos, culturais, sociais e organizacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Uso de álcool. Enfermagem. SAF.

LIFE NARRATIVES OF WOMEN USING CAPSAD ABOUT THE CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES DURING PREGNANCY

ABSTRACT: The World Health Organization recommends abstinence from alcohol use during pregnancy. **Objective:** discuss the consumption of alcoholic beverages during pregnancy and the guidelines received in consultations during the prenatal period. **Method:** Qualitative, descriptive, exploratory research used the Narrative of Life method. Research scenario: four Psychosocial Care Centers for alcohol and drugs in the city of Rio de Janeiro. Data collection instrument: open interview with the guiding question: “Tell me about your life that has to do with the use of alcoholic beverages during pregnancy and the guidelines received during prenatal care”. The interviews were carried out between February and May 2016. Inclusion criteria: over 18 years of age, having used alcohol during pregnancy, being treated at CAPSad. The project was approved by the Ethics and Research Committee, under No. 1,205,233. The interviews were transcribed in full. **Results:** The Female Vulnerability category and the alcohol consumption by women emerged from the narratives during pregnancy. The theoretical framework was based on vulnerability concepts. The narratives showed a lack of information about the harm that alcohol can cause to pregnant women and the fetus. Pregnant women omit alcohol consumption in prenatal consultations. They fear criticism from professionals. They are afraid to kill the baby because of this consumption, but they keep drinking. They suspect that the type and quantity of the drink interferes with fetal formation. **Discussion:** The research made it possible to understand the vulnerabilities experienced by pregnant women who consumed alcohol in the dimensions: social, individual and programmatic. **Conclusion:** this study allowed us to discuss the consumption of alcoholic beverages during pregnancy and who were being treated at CAPSad. Alcohol abuse is a complex process, involving psychological, cultural, social and organizational factors.

KEYWORDS: Pregnant women. Use of alcohol. Nursing. SAF.

1 | INTRODUÇÃO

Trata-se de recorte da Tese de doutorado intitulada: O consumo de bebida alcoólica durante a gestação na perspectiva de Afaf Meleis: contribuição para a enfermagem.

Existe na literatura uma lacuna em relação ao alcoolismo feminino. Os estudos não contemplam, na mesma proporção, a mulher alcoolista e as práticas de cuidados. Os temas estão centrados nos distúrbios clínicos, sociais e psíquicos manifestados pelo homem alcoolista e, raramente, fazem referência à mulher (SANTOS; SILVA, 2012).

Fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool por mulheres incluem: idade; trabalhar em ambientes de predominância masculina; ter parceiro com problemas relacionados ao uso do álcool; ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta; e fatos estressantes na infância ou adolescência como a morte de um dos

pais (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 2005).

O consumo de álcool pelas mulheres interfere em sua saúde mental e muitas vezes, está associado a problemas familiares, violência intrafamiliar e relações conturbadas (LIMA et al., 2010). Desse modo, muitas delas parecem encontrar, nesse consumo, o apoio emocional para suas angústias e preocupações (ESPER et al., 2013). Outros fatores também estão relacionados, como: preconceito, depressão, problemas alimentares (bulimia e anorexia nervosa) (PONCE et al., 2011).

No âmbito familiar, as repercussões negativas para o uso da bebida alcoólica pela mulher são ainda mais intensas. São marginalizadas, perdem sua credibilidade, o uso abusivo de bebida alcoólica interfere no desempenho dos papéis social e culturalmente esperados para uma mulher como: orientar, educar e proteger seus filhos e família (SANTOS; SILVA, 2012). Existe uma pressão social e familiar menor para que a mulher passe a beber, e uma pressão maior para que ela interrompa seu uso, caso seja excessivo (SEGRE, 2010).

As fases iniciais do uso abusivo de bebida alcoólica pela mulher, geralmente, negadas por ela (como também é pelo homem), e o consumo de álcool acontece às escondidas. Nessa fase inicial do uso abusivo, o diagnóstico poderia ser feito durante uma consulta de rotina realizada por enfermeiras ou ginecologistas, mas, em sua maioria, não acontece porque muitos não estão adequadamente treinados/preparados para essa tarefa (SEGRE, 2010).

Por outro lado, quando as mulheres relatam o consumo de bebida alcoólica e expõem situações características de uso ou abuso de álcool, dificilmente os profissionais da área da saúde reconhecem essa situação. Em 2011, um estudo com 10 mulheres moradoras da zona rural do município de Teresina apontou que elas até percebem o uso prejudicial de bebidas alcoólicas e que há uma compulsão pela ingestão, independentemente da hora, do local ou dos compromissos, porém, elas não entendem como uso abusivo, e os profissionais de saúde, também, não estão sendo capazes de detectar essa situação (MONTEIRO et al., 2011).

As gestantes costumam omitir o consumo de álcool durante a consulta de pré-natal devido ao estigma social, associado ao conceito de imoralidade, agressividade e comportamento sexual inadequado. Essas mulheres, geralmente, possuem sentimento de culpa e vergonha, além do medo de perder a guarda dos filhos (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007).

Estudo realizado em 2013, com 394 gestantes acompanhadas nas 25 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá, no Paraná, mostrou que 65 delas (16,5%) faziam uso de álcool e/ou cigarros; 9% cigarro, 6% álcool e 1,5% cigarro e álcool. Metade delas estava no segundo trimestre da gestação, não participavam do grupo de gestante (65,28%), e mais da metade declarou não ter recebido orientação sobre os danos ocasionados pelo uso de álcool e/ou cigarro durante a gestação por profissionais de saúde

(52,78%) (KASSADA et al., 2013).

Diante do exposto, foi estabelecido o seguinte objetivo: discutir o consumo de bebida alcoólica durante a gestação e as orientações recebidas em consultas no Pré-Natal.

2 | MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória de base compreensiva. Utilizou-se o método Narrativa de Vida para aprofundar o conhecimento da temática. Esse método resulta de uma forma particular de entrevista denominada “entrevista narrativa”, na qual o pesquisador pede a uma pessoa que lhe conte toda ou uma parte de sua experiência vivida (BERTAUX, 2010).

Os cenários de pesquisa, foram 04 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad: 01 na Zona Norte; 01 na Zona Sul; 02 na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

O instrumento de coleta das narrativas foi composto por duas etapas. Uma com a caracterização das participantes: identificação, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, idade atual, idade em que começou a beber, tempo de tratamento no CAPSad, abstinência (ou não) da bebida alcoólica, número de gestações, abortos e filhos, tipo de parto e realização de pré-natal (local e tipo de profissional). E uma entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com o uso de bebida alcoólica durante a gestação e as orientações recebidas no Pré-Natal”.

Conforme preconizado pelo método, procedeu-se à ambientação antes da coleta das narrativas. A ambientação propiciou estar sempre presente nos CAPSad, justamente com a intenção de aproximar a pesquisadora dos profissionais de saúde e, principalmente, das participantes do estudo.

As participantes falaram livremente sobre sua vida, emocionaram-se, misturaram histórias e fatos. E, nesses casos, foi preciso perguntar novamente, utilizando as próprias palavras já mencionadas pelas participantes, para que elas retomassem ao tema proposto.

A amostra intencional foi composta por 17 mulheres maiores de 18 anos que fizeram uso de bebida alcoólica durante a gestação e que se encontravam em tratamento no CAPSad.

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), tendo Parecer aprovado sob o número 1.205.233, em 28 de agosto de 2015. Está em concordância com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e, considerou o respeito pela dignidade humana e especial proteção às participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Todas as entrevistas foram transcritas, na íntegra, logo após a sua realização, preservando-se os erros e vícios da língua portuguesa.

Realizou-se a leitura flutuante das narrativas a fim de identificar aquelas que se

aproximavam por semelhança. Foram identificados 18 núcleos de sentidos contidos nas narrativas. Em seguida, verificou-se a ocorrência de repetição de expressões ou frases de mesmo sentido que consistem na pré-análise e a seguir realizou-se a análise temática. (Bertaux. 2010)

3 | RESULTADOS

As narrativas de vida das 17 participantes evidenciaram que metade da amostra era solteira; mais da metade concluiu o ensino médio; onze delas possuíam renda familiar superior a mil reais, e duas sobreviviam com poucos recursos respectivamente, (R\$156,00 e R\$272,00). Todas tinham mais de 30 anos; iniciaram o consumo de bebida alcoólica na infância e adolescência (10 e 17 anos); apenas uma mulher engravidou uma única vez e a maioria referiu abortos. Referiram falta de informação no Pré-Natal quanto ao uso de bebida alcoólica na gestação; apresentaram consumo abusivo de álcool mesmo em tratamento nos CAPSad; referiram medo do filho nascer defeituoso, omitiram no Pré-Natal o uso de bebida alcoólica para o profissional médico ou enfermeira.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Vulnerabilidade Feminina e o consumo de álcool por mulheres durante a gestação

A metade das participantes do estudo era solteira e apresentou maior ocorrência de consumo de bebidas alcoólicas na gestação. Este consumo estava associado, a outros fatores de risco para a ingestão de bebidas alcoólicas, como a baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e gravidez indesejada. Os fatores de ordem sociocultural, intimamente relacionados ao nível de formação educacional da população, influenciam o padrão e o grau de ingestão de álcool por mulheres (FREIRE et al., 2015; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2013)

Todas as participantes tinham mais de 30 anos e começaram a beber na infância e adolescência como identificado a seguir:

[...] porque eu não sei como que eu comecei a beber tanto assim.. eu era muito nova, aí de repente eu bebia 24h, eu bebia pra dormir... acordava e já bebia de novo (E1)

Eu comecei a beber eu tava na adolescência... essas coisas de criança, depois que saia da escola, com os colegas... aí eu gostei da bebida...e comecei a beber sempre... bebia muito... (E12).

As mulheres mais jovens são usuárias de álcool com maior frequência do que as idosas (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 2005). Evidencia-se a vulnerabilidade individual, decorrente do início precoce do consumo de bebida alcoólica e, este consumo precoce é um determinante para o uso abusivo. A Vulnerabilidade individual foi identificada com

o início do consumo de bebida alcoólica na infância e adolescência em decorrência da imaturidade da faixa etária, uma vez que apresenta nível de conhecimento e elaboração de ideias insuficientes para saber que o álcool é um risco para sua idade, e, se consumido de forma abusiva, é um risco para saúde e desencadeia diversas repercussões (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012).

Das 17 participantes apenas uma mulher engravidou uma única vez e a maioria referiu abortos espontâneos, que é uma das complicações do consumo do álcool na gestação. (MORAES; CARVALHO, 2014).

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco recomenda abordagem integral às mulheres, considerando-se questões de gênero, raça/etnia e classe social, e preconiza o manejo adequado de situações em que o indivíduo esteja vulnerável no processo saúde-doença, independentemente de ser em qualquer uma das dimensões: individual, social ou programática (BRASIL, 2010).

As narrativas evidenciaram falta de informação no Pré-Natal quanto ao uso de bebida alcoólica na gestação. Pesquisa realizada na Bahia, em 2014, sobre a vulnerabilidade de gestantes com histórico de álcool e outras drogas, mostrou que as gestantes não obtiveram informação, durante o acompanhamento do pré-natal, sobre o malefício do consumo de álcool e outras drogas (ARAUJO, 2014). Assim, com informações incompletas (e, em alguns casos, equivocadas) algumas mulheres, alcoolistas, tentaram diminuir o uso da bebida alcoólica. Em outros casos, mesmo não conseguindo parar o consumo, elas tinham noção (consciência) de que o álcool pode ser prejudicial ao bebê, como evidenciado nas narrativas a seguir:

Porque assim... ele nasceu menor... acho que devido ao uso do álcool, né? (E8)

É... eu fui diminuindo por conta própria, pra não transferir o álcool pra criança. Apesar de eu ter ensino superior, a gente sempre espera do médico, que ele nos alerte, nos dê detalhes sobre o que pode causar... mas infelizmente na época, até mesmo por eu desconhecer o alcoolismo como doença, e a médica também não ter percebido... então eu não tive uma orientação, embasada no quanto eu poderia estar danificando aquela vida. Com certeza hoje, com o conhecimento que eu tenho, eu não beberia. Eu achei que eu tive pouca informação [...]. (E9)

As narrativas evidenciaram que algumas participantes não estavam em abstinência alcoólica, apresentaram consumo abusivo de álcool mesmo em tratamento nos CAPSad, recebendo orientações, ajuda médica e multiprofissional. Não interromperam o consumo do álcool em suas vidas; conseqüentemente, não interromperam durante a gestação.

Referiram medo do filho nascer defeituoso. Conviveram com medo de gerar um filho malformado ou até mesmo a morte fetal durante toda a gestação, mas a maioria delas (11 participantes) referiu ter gerado um filho “saudável”, diante do seu entendimento de saúde: ausência de deficiência física. Todas as participantes, por serem dependentes da bebida alcoólica, não consideram o uso dessa substância como uma diversão ou um momento de lazer e descontração, pelo contrário, relataram que a bebida exerce um

poder sobre elas que as faz querer beber mais, sempre mais:

Por mais que eu achava que podia fazer algum mal pro bebê eu não parei...porque quando a gente é alcoólatra é difícil parar, sabe? Você pode até querer, mas é mais forte do que você. Não dá pra explicar... (E12)

Eu comecei a beber sem imaginar que eu ficaria viciada! A gente nunca imagina essas coisas... achava que tava tudo sob controle, que bebia quando eu queria e pronto... mas aí quando eu fiquei grávida a primeira vez eu tentei diminuir, mas não consegui [...] fiquei apavorada por causa disso... quando eu tentava diminuir eu ficava nervosa, saía brigando com todo mundo... brigando na rua... então eu não conseguia diminuir e continuei bebendo... (E13)

As narrativas das participantes E9, E12, e E13 denotaram que elas sabem que se deve realizar a abstinência no período gestacional e que tentaram diminuir o consumo. Estudo evidenciou que a mulher diminui a quantidade de bebida alcoólica durante a gestação, principalmente, ao saber que está grávida. Constataram que 44% bebiam pelo menos um drink por dia antes da gestação, sendo esse índice reduzido para 37% durante o primeiro mês, 21% durante o segundo mês e 14% ao final do terceiro mês de gestação. As mulheres que mantinham o consumo de bebidas, uma média de um drink por dia, até o final do terceiro trimestre representavam 5%. (SOUZA, RODRIGUES e CIAVAGLIA, 2013). Outro estudo mostrou que elas acreditam que essa prática pode afetar seu filho de alguma maneira e que outras não acreditam que o álcool pode ocasionar algum malefício ao feto durante o período gestacional (OLIVEIRA; SIMÕES, 2011).

Acreditam que as consequências do consumo da bebida alcoólica durante a gestação estão estritamente relacionadas à malformação, e elas não consideram, a possibilidade de um distúrbio neuro cognitivo.

Eu tenho um filho especial que já botou fogo na casa [...], mas eu acho que o problema dele não foi por causa da bebida... porque eu bebi em todas (refere-se às cinco gestações) e só ele nasceu assim. (E11)

Meus filhos são um pouco lentos na escola... têm dificuldade de aprender, repetem de ano... tenho que ficar cobrando deles... pra prestar atenção na professora [...], coisa de criança, sabe? (E14)

Eu percebo que meu filho desde que nasceu é mais agitado... não para quieto [...], mas isso devido a minha sogra que foi morar com a gente e ela é muito complicada. (E8)

Lentidão ou agitação são características comumente encontradas em filhos de mulheres que consumiram álcool na gestação. O álcool causa anormalidades estruturais e funcionais do cérebro, incluindo defeitos nos gânglios da base e no giro denteado do hipocampo (região cerebral crucial para memória, aprendizado e atenção). Os agentes psicotrópicos, como o álcool, são capazes de afetar o desenvolvimento do SNC durante quase toda a gestação. Efeitos tardios não são necessariamente manifestados por alterações morfológicas no SNC, mas, por mudanças sutis na capacidade intelectual, capacidade de aprendizagem, atenção e comportamento (ALEXANDRINO et al., 2016).

Estudos de imagens cerebrais, com ressonância magnética funcional, identificam alterações que explicam os baixos níveis de cognição, dificuldades motoras finas, perda da audição senso neural, incoordenação da deambulação, dificuldade da coordenação olho mão, pensamento abstrato, baixo desempenho escolar e mesmo baixo quociente de inteligência (QI), em crianças expostas ao álcool durante a gestação (MORAES; CARVALHO, 2014; REIS et al., 2015).

Esses dados são confirmados por estudos que demonstram que pequenas quantidades de álcool (menos que um drinque por semana) correlacionam-se com problemas de saúde mental clinicamente significativos, que parecem ser piores em meninas do que em meninos (ALEXANDRINO et al., 2016; BUCHER, 2015; MORAES; CARVALHO, 2014).

Os efeitos no feto podem apresentar uma gama muito ampla de alterações sutis até malformações devastadoras. Ao expor o feto a um teratôgeno, como o álcool, a mãe é moral e causalmente responsável pelo resultado, pois está demonstrado que crianças de mães dependentes de substâncias psicoativas apresentam risco elevado de doenças perinatais graves, como prematuridade, malformações, retardo no crescimento intra e extrauterino, sofrimento fetal e infecções, com sequelas neurológicas e respiratórias. O consumo de bebida alcoólica durante a gravidez, além de causar danos fetais ao desenvolvimento infantil, pode revelar alterações do desenvolvimento em todas as idades, ou seja, pode influir no ciclo de vida saudável de uma pessoa (NICCOLS, 2012).

As ações teratogênicas causadas pelo álcool durante a vida embrionária podem estar presentes imediatamente após o nascimento, na infância ou mesmo mais tarde, na fase adulta, especialmente se o dano envolve o SNC. Outras ações neuro tóxicas promovidas pelo álcool e seus derivados podem desencadear “malformações” morfológicas e/ou funcionais, comprometendo o SNC durante parte ou toda a vida dos indivíduos acometidos (ALEXANDRINO et al., 2016). Em síntese, a determinação da quantidade de álcool lesivo ao desenvolvimento embriológico e fetal é complexa e dependente de fatores que influenciam o pico da alcoolemia materna após seu consumo; uma vez que não foi determinada a quantidade segura de álcool que pode ser usada pela gestante, razão pela qual recomenda-se que ela se abstenha de beber (BUCHER, 2015).

A interdependência entre vulnerabilidade e risco reprodutivo é discutida no manual do Ministério da Saúde o qual ressalta que é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar (BRASIL, 2010).

Contudo, o que se observa é o desrespeito à recomendação do Ministério da Saúde; e, com a informação incompleta, a mulher acredita que o tipo de bebida e quantidade ingerida são fatores que estão diretamente proporcionais ao surgimento de malformação fetal. Assim, bebidas mais “leves”, como cerveja e vinhos, são menos maléficas do que pinga, vodca e uísque. Bem como o baixo consumo isenta ou diminui a possibilidade de

algum dano fetal em comparação ao alto e exagerado uso da bebida:

Eu não bebia tanto, eu bebia somente vinho. (E2)

A bebida alcoólica que eu mais usava era cerveja, mas tomava quente também, mais vinho, mas também era pouco. (E5)

Quando eu bebia, não era muito. Eu não exagerava como algumas que bebem pinga, vodca... tudo. (E6)

Evidenciou-se que ao informar ao médico que a acompanhou no pré-natal, que faziam uso de bebida alcoólica, as participantes não receberam informações corretas, observa-se a falta de preparo dos profissionais, em atuar com gestante visando à prevenção do uso e abuso de bebida alcoólica:

Eu fiz o pré-natal com 2 médicos, e os dois falavam para eu ponderar... eles falavam assim: "pondera, porque você não está com vício, não, mas precisa diminuir" ... (E8)

Aí conversei com a médica... falei que eu gostava de beber cerveja e ela falou: "ah, você pode tomar, uma vez por semana... uma latinha ou duas... nada de exagero... não beba destilado, sempre se alimente bem". (E9)

Eu cheguei a perguntar a médica do posto se eu podia beber... se ia passar pro bebê... ela disse que no final da gravidez não teria problema [...] mas teria que ser moderado, só que quem é viciado não consegue beber moderado, né? Se eu não conseguia parar, como eu ia conseguir beber moderado? (E14)

Vale destacar que o álcool pode afetar o feto em todas as fases da gestação e após o nascimento no período de lactância. Os danos pré-natais na época da concepção e nas primeiras semanas de gestação podem ser de natureza citotóxica ou mutagênica, levando a aberrações cromossômicas graves (ZILBERMAN et al., 2013).

No 1º trimestre, ocorre risco de malformações e dimorfismo facial, pois se trata de fase crítica para a organogênese. No 2º trimestre, há aumento da incidência de abortos espontâneos e, no 3º trimestre, o álcool lesa outros tecidos do sistema nervoso, como o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal. Ademais, pode causar retardo do crescimento intrauterino e comprometer o parto, aumentando o risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecônio no líquido amniótico, o que constitui forte indicação de sofrimento fetal (ZILBERMAN et al., 2013).

Quando as mulheres que estão amamentando consomem álcool, de forma geral, cerca de 2% é transferido para o leite materno. A concentração de álcool no leite é influenciada tanto pela quantidade ingerida, quanto por outros fatores relacionados à nutriz: função hepática, composição e volume do leite, fluxo sanguíneo para a mama e peso. Em relação ao lactente, é importante observar suas funções absorptivas e hepáticas. Nenhuma substância que cause dependência química deve ser ingerida pelas mães lactantes, não só pelos efeitos fisiológicos sobre a criança, mas, também pelos danos à

saúde física e emocional das mesmas (KACHANI et al., 2013).

A teratogenia do álcool está demonstrada em estudos experimentais. A maioria das substâncias farmacológicas e drogas como a nicotina, monóxido de carbono, maconha, cocaína, heroína, cafeína e o álcool atravessam a placenta e atingem o organismo fetal. Em mulheres grávidas que bebem, a placenta é totalmente permeável à passagem do álcool para o feto, ou seja, a alcoolemia fetal é bastante similar à materna. É pouco provável que um único mecanismo explique todos os efeitos nefastos da exposição do álcool *in útero*, porém, ainda não se identificaram marcadores que possam determinar a ação do álcool nos tecidos fetais (LOPES; ARRUDA, 2010; STREISSGUTH et al., 2014).

O álcool tem como efeito primário uma vasoconstrição no cordão umbilical e na placenta, o que pode incrementar a duração da exposição fetal devido à redução do fluxo sanguíneo. A exposição ao álcool tem muitos efeitos complexos na função da placenta e no crescimento e desenvolvimento fetal. O álcool cruza a placenta pelo sangue materno e vai para o líquido amniótico e para o feto. Em cerca de uma hora, os níveis de álcool no sangue fetal e no líquido amniótico são equivalentes aos do sangue da gestante (BUCHER, 2015).

As narrativas evidenciaram que as participantes omitiram o uso de bebida alcoólica para o profissional médico ou enfermeira em consultas no Pré-Natal. Como o consumo do álcool por mulheres é permeado de tabus, estigmas e preconceitos, muitas delas sentem-se ameaçadas e omitiram o consumo dessa substância.

Eu não falava pra médica que eu bebia... (E1)

Eu não falava nada que eu bebia... no meu pré-natal eu não falava.(E4)

É comum a mulher omitir essa informação. Esconde, o alcoolismo, principalmente, da sociedade. Normalmente, fica restrito ao âmbito familiar, conseqüentemente, retardam o tratamento adequado (KASSADA et al., 2013). As maiores dificuldades em se detectar o consumo de álcool em gestantes são: falta de atenção dada ao consumo de álcool no período gestacional, omissão da mulher devido à não aceitação da sociedade e medo de repreensão por parte dos profissionais, falta de informação dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres em idade fértil e gestantes (ZANOTI-JERONYMO et al., 2014).

O envolvimento das gestantes com o álcool e outras drogas é um fator que pode tornar o contexto social e individual da mulher mais vulnerável dificultando a experiência da maternidade. Esse envolvimento tornou-se questão de saúde pública, devido à expansão dessa conduta na população em geral, sobretudo entre as mulheres (BRASIL, 2009).

Muitas drogas, como o álcool, possuem um mecanismo biológico que atua na liberação do neurotransmissor dopamina, o que gera sensação de prazer. Portanto, esse mecanismo biológico é responsável, principalmente, pela manutenção do consumo da bebida, levando a mulher ao uso abusivo (BRASIL, 2011).

5 | CONCLUSÃO

A pesquisa atingiu ao objetivo proposto. Permitiu discutir o consumo de bebida alcoólica durante a gestação de mulheres que estavam em tratamento nos CAPSad. O uso abusivo de álcool é um processo complexo, que envolve fatores psicológicos, culturais, sociais e organizacionais.

As situações de vulnerabilidade individual, social e programática identificadas nesta pesquisa deram visibilidade à precariedade da qualidade de informações repassadas às mulheres durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, J. S. et al. Repercussões neurológicas nos fetos expostos a drogas lícitas durante a gestação: uma reflexão teórica. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 1, p. 82-89, jan./jun. 2016.

ARAÚJO, A. J. S. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante e Denise Maria Gugel Lavallée. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Justiça. **Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3**. 4.ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BUCHER, B. Alcoolismo feminino e gestação: prazer e deficiência andam juntos. **Rev. Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, v. 12, n. 1, 2015.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 4.ed. Porto Alegre: Atmed, 2005

ESPER, L. H. et al. Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 93-101, jun. 2013.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 979-984, dez. 2007.

FREIRE, T. M. et al. Efeito do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2015.

KACHANI, A. T. et al. Aleitamento Materno: quanto o álcool pode influenciar na saúde do bebê? **Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 249-256, 2013.

KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, 2013.

LIMA, H. P. et al. Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 496-503, 2010.

LOPES, T. D.; ARRUDA, P.P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico puerperal. **Saúde Pesqui.**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 79-83, jan./abr. 2010.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 567-572, 2011.

MORAES, L. F. M.; CARVALHO, R. H. S. B. F. Álcool, gravidez e síndrome alcoólica fetal: uma proposta de educação em saúde. **REBES**, Pombal, v. 5, n. 4, p. 1-6, out./dez. 2014.

NÓBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Dando voz às mulheres usuárias de álcool. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 71-80, jul./set. 2013.

NICCOLS, A. Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. **Brain Cogn.**, New York, v. 65, n. 1, p.135-142, 2012.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M, F. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 632-638, 2011.

PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Org.). Coletânea: **Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e promoção da saúde / Livro I: Da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá Editora, 2012. v. 4. 320p.

PONCE, J. C. et al. Consumo de álcool comórbido a transtornos alimentares: uma revisão de literatura. **Saúde Ética Just.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 29-38, 2011.

REIS, L. V. et al. Anomalias congênitas identificadas ao nascimento em recém-nascidos de mulheres adolescentes. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 28, n. 6, p. 708-714, nov./dez. 2015.

SANTOS, A. M. S.; SILVA, M. R. S. S. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 364-371, 2012.

SEGRE, C. A. M. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

SOUZA, G. T.; RODRIGUES, M. C.; CIAVAGLIA, M. C. Análise do grau de conhecimento da população sobre a teratogenia do álcool e a conduta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 49, n. 2, p. 287-304, abr./jun. 2013.

STREISSGUTH, A. P. et al. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, Baltimore, v. 25, n. 4, p. 228-238, 2014.

ZAONOTI-JERONYMO, D. V. et al. Repercussões do consumo de álcool na gestação—estudo dos efeitos no feto. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 40-46, mar./maio 2014.

ZILBERMAN, M. L. et al. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. **Can. J. Psychiatr.**, Ottawa, v. 48, n. 1, p. 5-13, 2013.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE EM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 19.06.2020

William Caracas Moreira

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos,
Piauí.

<https://orcid.org/0000-0003-2138-3445>

Myllena Maria Tomaz Caracas

Conselho Nacional de Secretários de Saúde
(CONASS), Fortaleza, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0002-0997-3904>

Bruno D'Paula Andrade

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Paraíba.

<https://orcid.org/0000-0002-8216-2913>

Jorge Felipe da Silva Bastos

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos,
Piauí.

<https://orcid.org/0000-0002-1024-6616>

Maryanna Tallyta Silva Barreto

Hospital Regional Eustáquio Portela (HREP),
Valença, Piauí.

<https://orcid.org/0000-0002-3829-0192>

José Nilton de Araújo Gonçalves

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos,
Piauí.

<https://orcid.org/0000-0002-1578-3656>

Cinthyia Leite Rodrigues de Moraes

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Paraíba.

<https://orcid.org/0000-0001-6786-0337>

Camila Sales Andrade

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Paraíba.

<https://orcid.org/0000-0002-9223-3690>

Aline da Silva Candeia

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Paraíba.

<https://orcid.org/0000-0003-3427-8185>

Eveline michelle Lima da Silva

Unidade de Pronto Atendimento Edson Queiroz,
Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/3055741304374602>

Layze Braz de Oliveira

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP,
Teresina, Piauí.

<https://orcid.org/0000-0001-7472-5213>

Inara Viviane de Oliveira Sena

Célula de vigilância epidemiológica - Secretaria
Municipal de Saúde, Sobral, Ceará.

<https://orcid.org/0000-0001-7759-5848>

RESUMO: Objetivo: O presente estudo visa analisar os dados epidemiológicos de casos de Sífilis em Gestantes no Pernambuco, estado do Nordeste brasileiro. Método: trata-se de um estudo epidemiológico de natureza descritiva e abordagem quantitativa, realizado a partir de dados coletados em plataforma virtual

do Ministério da saúde, de acesso gratuito, relacionados às notificações compulsórias de gestantes com sífilis no período de 2007 a 2018, observou-se a distribuição dos casos ao longo do período, foram realizadas análises descritivas das variáveis sócio demográficas e clínicas dos casos Resultados: Há prevalência de sífilis em gestantes na faixa etária adulta, raça parda e com grau de escolaridade inferior ao fundamental completo. Ainda demonstra que há uma demora em diagnosticar e notificar os casos de sífilis, uma vez que a detecção dos casos ocorre, prioritariamente, no terceiro trimestre da gestação, correspondendo principalmente a fase primária da infecção, e com desfechos relativamente desfavoráveis para a saúde pública do estado. Nesse cenário, os dados coletados demonstram que ao passar dos anos o número de casos de sífilis durante o período gestacional foram aumentando exponencialmente, sendo possível determinar uma linha linear crescente, com crescimento percentual médio dos casos (2007 a 2018) de 151%. Discussão: Diante dos achados, a maioria dos estudos que abordam a infecção por sífilis no período da gestação apresentam resultados que corroboram com os achados desta, excetuando-se pela variável da raça que pode ser atribuída a um fator característico da área de abordagem. Conclusão: Assim, entende-se que medidas devam ser tomadas, a fim da mudança nos indicadores do estado, e, espera-se que o estudo sirva de base tanto para a realização de outros, como para os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil.

PALAVRAS-CHAVE: gestantes, sífilis, estudos epidemiológicos.

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SYPHILIS AMONG PREGNANT WOMEN IN NORTHEAST BRAZILIAN STATE

ABSTRACT: Objective: The present study aims to analyze the epidemiological data of syphilis cases in pregnant women in Pernambuco, northeastern Brazil's state. Method: This is an epidemiological study of a descriptive nature and quantitative approach, carried out based on data collected on a virtual platform from the Ministry of Health, which is free of charge, related to the compulsory notifications of pregnant women with syphilis in the period from 2007 to 2018, observing the distribution of cases over the period, descriptive analyzes of the socio-demographic and clinical variables of the cases were performed. Results: There is a prevalence of syphilis in pregnant women in the adult age group, mixed race and with a level of education below the complete elementary level. It also demonstrates that there is a delay in diagnosing and reporting syphilis cases, since the detection of cases occurs, primarily, in the third trimester of pregnancy, mainly corresponding to the primary phase of the infection, and with relatively unfavorable outcomes for the public health of the country. In this context, the data collected demonstrate that over the years the number of syphilis cases during the gestational period has increased exponentially, making it possible to determine an increasing linear line, with an average percentage growth of cases (2007 to 2018) of 151%. Discussion: In view of the findings, most studies that address syphilis infection during pregnancy show results that corroborate with the findings of this, except for the race variable that can be

attributed to a factor characteristic of the area of approach. Conclusion: Thus, it is understood that measures should be taken in order to change the state's indicators, and it is hoped that the study will serve as a basis for the realization of others, as well as for managers, health professionals and the civil society.

KEYWORDS: pregnant woman, syphilis, epidemiologic studies.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença crônica, infectocontagiosa, transmitida por via sexual ou verticalmente pela gestação e possui casos confirmados em todos os países do mundo. É causada pela bactéria *Treponema pallidum*, da ordem *Spirochaetales* e família *Spirochaetaceae*. Quanto a sua morfologia, apresentam-se espiraladas, longas e flexíveis, medindo cerca de 0,1 mm de diâmetro x 10-20 mm de comprimento e possui alta capacidade de motilidade, facilidade em aderir às células e a quimiotaxia que contribui para seu grau patogênico. Essas características proporcionam ao patógeno a extrema aptidão à invasão com efetiva fixação e penetração celular (BRASIL, 2019).

No processo saúde-doença o patógeno possui um período de incubação variante de 3 a 90 dias, tendo em média 21 dias, fase denominada de latência. Durante a evolução da doença, e, logo após o período de latência, dar-se-á início do período de atividade do patógeno, apresentando características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (BRASIL, 2019).

No momento em que a sífilis é adquirida ou ativa durante o período gestacional da mulher, o patógeno expõe a complicações como o aborto espontâneo, prematuridade, morte fetal ou neonatal e danos ao conceito, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico (MAGALHAES et al., 2011).

No Brasil, desde 2005, a sífilis em gestantes tornou-se um grave problema de saúde pública, passando a ser incluída na lista de agravos de notificação compulsória da vigilância epidemiológica (MAGALHAES et al., 2011). De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis, realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2016, demonstrou-se que no ano de 2016 foram notificados 37.436 casos de sífilis em mulheres gestantes em todo o território nacional (BRASIL, 2017). Ainda mais preocupante quando avaliados de forma longitudinal, expondo que no período de 2005 a junho de 2019, foram notificados 324.321 casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2019).

A análise epidemiológica da taxa de manifestação da sífilis, mensurando o seu surgimento, denominada de taxa de incidência, e, a prevalência da sífilis, caracterizada pelo estudo do número de casos da doença em determinada população, torna o estudo relevante, ao tempo em que faz um diagnóstico populacional direcionado à essa doença, orientando os serviços de saúde a melhor abordagem desse grave problema de saúde pública.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis, atualmente denominadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) devem fazer parte da programação da assistência de saúde em todos os níveis de atenção à saúde, e, imprescindivelmente no nível da Atenção Primária de Saúde (APS). A sífilis, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser rastreada no primeiro e no último trimestre da gestação, visto que a maioria das mulheres infectadas é diagnosticada durante a gestação ou no momento do parto.

Embora a sífilis sendo um problema presente nos municípios brasileiros, estima-se que são notificados apenas cerca de 32% dos casos, o que reflete diretamente na qualidade dos serviços em atender as reais demandas da população (MAGALHAES et al., 2011). Portanto, os estudos demonstram, uma falha no rastreio da sífilis em gestantes no âmbito nacional, desse modo, pergunta-se: Conhecer o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante pode fornecer subsídios situacionais destinadas à adoção de estratégias interventivas para seu controle?

O exacerbado número de casos de sífilis em gestantes e as grandes consequências que estão atreladas a essa doença justificam a realização do presente estudo. Dessa forma, o estudo objetiva analisar os dados epidemiológicos desses casos em um estado do nordeste brasileiro como meio de viabilizar a identificação do diagnóstico populacional acerca dos casos de sífilis gestacional, considerando a população de abrangência desse estado.

2 | METODOLOGIA

Este estudo consistiu numa pesquisa epidemiológica, de natureza descritiva e abordagem quantitativa. Foi utilizado o portal do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), no qual encontra-se disponível os dados de notificação compulsórias integrado ao Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), direcionado à aba de epidemiológicas e morbidades, referentes aos casos de sífilis em gestantes. Os dados foram coletados em outubro e novembro de 2019, referentes ao período de 2007 a 2018. O estudo em Pernambuco possui uma população, de acordo com o senso do IBGE realizado em 2010, de 8.796.448 milhões de habitantes, estimada em 9.557.071 milhões no ano de 2019. Possui uma extensão territorial de 98.068,021 km² e tem 89,62 habitantes por km², no Nordeste brasileiro (IBGE, 2019)

Aos dados coletados no DATASUS, referentes aos casos de sífilis em gestantes durante os últimos 10 anos, foram empregados seleções referentes à frequência anual de sífilis em gestantes no Pernambuco, cruzando as seguintes variantes: raça, faixa etária, escolaridade, idade gestacional, esquema de tratamento, municípios, fases e complicações clínicas e o número de casos notificados com sífilis congênita.

Os dados foram exportados com o uso do tabulador TABNET disponibilizado pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS, e em seguida foram organizados e analisados

no software Excel Microsoft Office 2013. Realizaram-se análises estatísticas simples de frequência absoluta e percentual.

O presente estudo respeitou a lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 e o artigo 184 do código penal brasileiro que torna crime a cópia de texto, na forma completa ou parcial, sem a devida concessão de direitos autorais do autor/autores da obra. Ainda nesse contexto, o estudo não foi avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa, pois foi embasado na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, por tratar-se de um estudo cujo os dados são secundários e de livre acesso no sistema do DATASUS. Contudo, destaca-se que foram respeitados todos os preceitos éticos para a pesquisa nacionais e internacionais.

3 | RESULTADOS

No Brasil, de acordo com os dados obtidos por meio do DATASUS, houveram 259.217 mil casos de sífilis em gestantes dentre os anos de 2007 a 2018. Estes encontram-se distribuídos pelas cinco grandes regiões do país (gráfico 01).

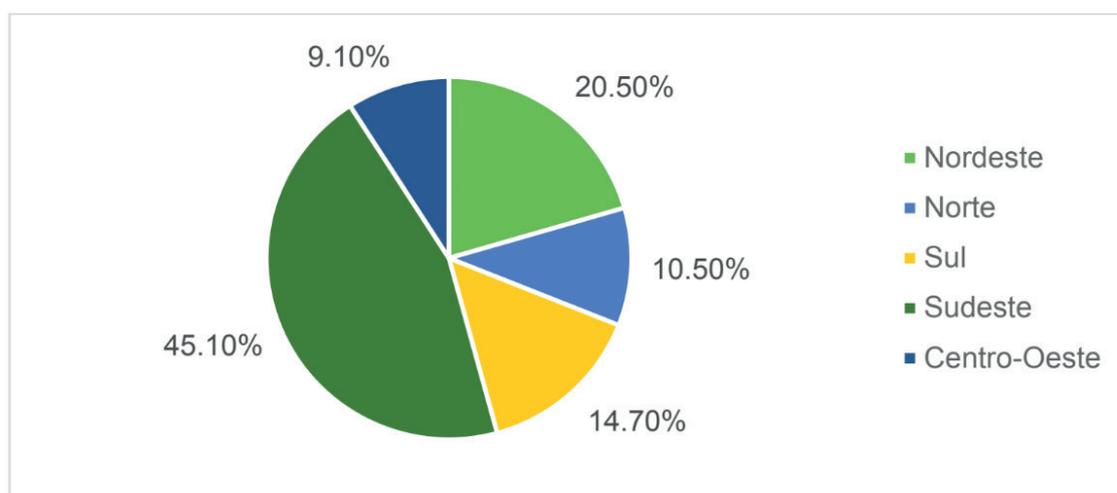


Gráfico 01. Distribuição dos casos de sífilis em gestantes nas Regiões do Brasil, 2007-2018. N= 259.217.

FONTE: DATASUS.

Sabendo que as três regiões com maior número de casos são o Sudeste, Nordeste e o Sul, com 45,10%, 20,50% e 14,70%, respectivamente. Optou-se por abordar o Nordeste, mesmo não constando maior número de casos na distribuição, pois, em comparação com as demais regiões, expressa um menor número de estudos direcionados à essa temática. Ainda nesse contexto, dentro dos nove estados da região abordada, após sorteio, o Pernambuco foi o estado foco deste estudo, dentre os anos já mencionados. Assim, constituindo um número de 8.543 casos de sífilis em gestantes, que corresponde à 16,1% do total de casos referente ao Nordeste brasileiro.

O Pernambuco, é um estado dividido em 185 municípios emancipados. Destes, Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda constam o maior número de casos notificados, correspondendo à 22,34%, 6,62% e 6,16% respectivamente. Esses municípios, somados, representam pelo menos $\frac{1}{3}$ do total de casos notificados em todo o estado, demonstrando zonas de maior frequência para o agravo.

Quanto a distribuição e relação de casos ao decorrer dos anos, é evidente que a sífilis em gestantes representa um desafio para a saúde pública do estado (gráfico 02).

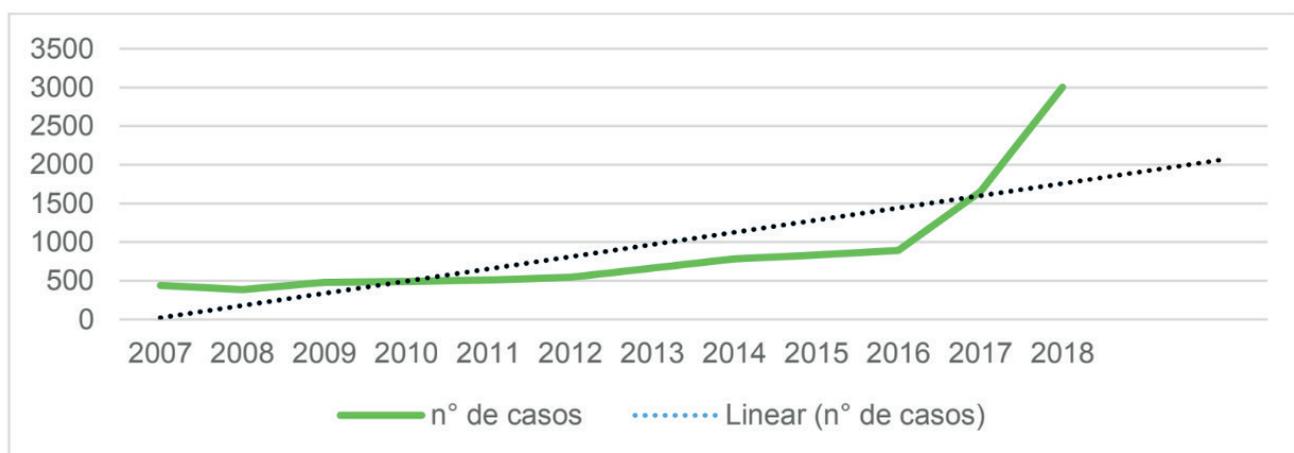


Gráfico 02. Distribuição dos casos de sífilis em gestantes por ano, no Pernambuco, 2007-2018. N= 8.543.

FONTE: DATASUS.

É indiscutível que o número de casos distribuídos por ano possui uma linha de tendência linear crescente, com destaque para os anos de 2018 (19,29%), 2017 (14,02%) e 2016 (10,45%), que quando somados, representam quase metade dos casos (43,76%) abordados nos 12 anos estudados. Ainda, vale ressaltar que de 2007 a 2018 houve um crescimento percentual médio de 151%. E, se por um lado o número de sífilis aumenta a cada ano, por outro, pode ser que o agravo só esteja sendo melhor detectado e/ou notificado ao decorrer dos anos.

Tendo em vista que os dados sociodemográficos são capazes de caracterizar o perfil dessas gestantes notificadas com sífilis, e, podem alertar para os principais fatores relacionados ao risco de contração dessa Infecção Sexualmente Transmissível (tabela 01).

VARIÁVEIS	N	%
	Faixa etária	
10-14	123	1,43%
15-19	2.144	25,09%
20-29	4.516	52,89%

30-39	1.579	18,48%
>40	177	2,07%
Ignorado	4	0,04%
Raça		
Pardo	5.271	61,70%
Branco	1.292	15,12%
Preto	741	8,67%
Amarela	93	1,08%
Indígena	38	0,46%
Ignorado	1.108	12,97%
Escolaridade		
Analfabeta	123	1,44%
1ª a 4ª série incompleta	795	9,31%
4ª série completa	467	5,47%
5ª a 8ª série incompleta	1.788	20,93%
Fundamental completo	506	5,93%
Médio incompleto	686	8,03%
Médio completo	989	11,58%
Superior incompleto	33	0,39%
Superior completo	50	0,58%
Não se aplica	482	5,64%
Ignorado	2.624	30,71%

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das gestantes notificadas com sífilis no estado do Pernambuco, Brasil 2007 a 2018. N= 8543.

FONTE: dados da pesquisa.

Conforme consta na tabela 1, no Pernambuco, há uma prevalência de sífilis em gestantes com idade entre 20 e 29 anos (52,89%), seguido daquelas entre 15 e 19 anos (25,09%), de cor da pele parda (61,70%), com grau de instrução inferior ao ensino fundamental completo (37,15%).

No que concerne à clínica apresentada nas fichas de notificações, sugestivos de indicadores como a adesão das mulheres ao pré-natal nos serviços de saúde, e, a capacidade de captação dos serviços de saúde para a assistência de saúde prestada para as gestantes, identificando, diagnosticando, notificando e tratando os casos de sífilis.

VARIÁVEIS	N	%
Idade gestacional		
1º Trimestre	1.732	20,27%
2º Trimestre	2.946	34,48%
3º Trimestre	3.220	37,70%
Ignorado	530	6,20%
Não informado	115	1,35%
Fase Clínica		
Primária	3.253	38,07%

Secundária	724	8,47%
Terciária	627	7,33%
Latente	772	9,03%
Ignorado	3.052	35,72%
Não informado	115	1,34%
Esquema de Tratamento*		
Penicilina	2.022	81,56%
Outro esquema	98	1,15%
Ignorado	114	1,33%
Não realizado	245	2,87%
Complicações Clínicas		
Aborto por sífilis	713	8,35%
Natimorto por sífilis	688	8,05%
Sífilis Congênita	14.361	168,10%

Tabela 2. Dados clínicos dos casos de sífilis gestacional no Pernambuco, Brasil 2007 a 2018. P= 8.543.

* No sistema, essa variável só passou a constar de 2014 a 2016, nesse caso, considera-se p= 2.479;

FONTE: dados da pesquisa.

Os dados constantes na tabela 2 sugerem uma dificuldade do sistema de saúde em diagnosticar e notificar os casos de sífilis em gestantes durante todo o pré-natal e principalmente na atenção aos exames preconizados pelo Ministério da Saúde no primeiro e terceiro trimestre da gestação, incluindo os testes rápidos. Assim, este estudo identificou que há uma maior taxa de detecção no terceiro trimestre da gestação, uma vez que 37,70% dos casos são notificados nesse período, tendo maior destaque a sífilis primária (38,07%) como fase clínica.

Nessa vertente, salienta-se que na tabela 2 constam três possíveis complicações clínicas para a infecção por sífilis durante a gestação, tais como: aborto, natimorto e a sífilis congênita. Logo, os abortos e natimortos causados pela sífilis somam 16,4% do total de casos, e, alarmantemente foram notificados cerca de 14.361 mil casos de sífilis congênita no estado (168,10%), durante os anos abordados. Esse número demonstra-se exponencialmente maior do que o número de gestantes notificadas com sífilis, reafirmando a falha do sistema de saúde em detectar, diagnosticar e notificar gestantes portadoras de sífilis na área de abrangência deste estudo.

Quanto a variável do esquema de tratamento, o sistema adotou esses dados apenas entre os anos de 2014 a 2016, tratando cerca de 2.479 casos de sífilis em gestantes principalmente pelo uso do esquema terapêutico da penicilina (81,56%).

Tendo em vista os resultados apresentados, cabe destacar a importância do conhecimento dos agravos, em específico a sífilis em gestantes, para a promoção da saúde pública do estado.

4 | DISCUSSÃO

O número alarmante de casos no estado em abordagem sugere que esse problema de saúde pública necessita receber uma atenção superior à aquela disponibilizada até então. Essa ideia é consolidada a partir da comparação com um estudo realizado no Sul do país, pois encontrou-se a prevalência na idade e atribui a ocorrência desse cenário aos déficits na assistência ao pré-natal e na vigilância em saúde direcionada as IST's (RAMOS; BONI 2018). Ademais, afirma-se a forte correlação entre a taxa de detecção de sífilis e a cobertura da estratégia de saúde da família, delineando que a Atenção Primária de Saúde possui potencial para a prevenção deste agravo (MÉLO et al., 2020).

Corroborando com outro estudo, realizado na Etiópia, em que reafirma a tardia à assistência dessas mulheres, e acrescenta como fator determinante a prevalência de múltiplos parceiros sexuais. No Brasil, atribui-se o aumento de notificação de casos de sífilis em gestante, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação do acesso e da distribuição do diagnóstico de sífilis em gestante no país por meio da política de saúde denominada Rede Cegonha, instituída em 2011, como também à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017. É provável ainda que o aumento dos casos possa estar relacionado à não realização ou a inefetivas ações de educação em saúde (GUIMARÃES et al 2018).

Em estudo realizado em Recife, identificou dentre outros fatores, a baixa escolaridade e a ocorrência de uma a três consultas pré-natais como fatores determinantes da infecção por sífilis em gestantes, tendo em vista que está relacionada ao risco à saúde, pois infere-se que o menor acesso à informação interfere na compreensão acerca da importância dos cuidados relacionados às medidas preventivas, prejudicando a interrupção na cadeia de transmissão, explicando o perfil sociodemográfico abordado na tabela 1 (CABRAL et al 2018).

De acordo com um estudo realizado no Paraná, há uma tendência linear no aumento de casos de sífilis em gestantes ao longo dos anos que abrange todas as macrorregiões brasileiras, corroborando com os resultados dispostos neste trabalho (FALAVINA; LENTSCK e MATHIAS, 2019).

A ascensão de casos de sífilis em gestantes, ainda é considerado um desafio em todo país, como evidenciado numa pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul, levando em consideração a sua população amostral, detectou uma soroprevalência de sífilis em gestantes de 4,4% (n = 29/661), sendo que 25 recém-nascidos foram soropositivos para a sífilis congênita, e cerca de 28% (n = 7/25) desses recém-nascidos apresentaram complicações por sífilis (BENEDETTI et al. 2019).

Embora os achados deste estudo afirmem que a maioria das gestantes só são detectadas no terceiro trimestre da gestação e procura basear-se na premissa do início

tardio ao pré-natal, atribui-se, este fato à falha de gestão e implementação da Atenção Primária de Saúde, reafirmando a relevância desse nível de atenção (CUNHA; BISCARO e MADEIRA, 2018). Entretanto, em outro estudo realizado na região Centro-Oeste do país, dentre os anos de 2013 e 2014, determinou que houve predomínio de gestantes que iniciam o pré-natal precocemente, ainda no primeiro trimestre da gravidez (ASSIS; ASCOLI, 2019).

Apesar disso, estudos buscam justificar a maioria dos diagnósticos de sífilis em gestantes notificadas durante o terceiro trimestre, pode sugerir diagnóstico tardio ou infecção durante o período gestacional e no tratamento inadequado dos parceiros sexuais dessas gestantes. A importância do tratamento oportuno é crucial, uma vez que as mulheres portadoras de sífilis que receberam tratamento no terceiro trimestre foram consideradas tratadas com sucesso no momento do parto (MACHADO; SILVA e PEREIRA, 2018; OLIVEIRA, PEIXOTO. 2019).

Quanto aos resultados apresentados acerca das complicações clínicas, estes, são contrários aos achados de um estudo realizado em Maringá – PR, localizado na região sul do país, detectando a ocorrência de casos de sífilis congênita em cerca de 50% das mulheres infectadas por sífilis durante a gestação (RAMOS; BONI, 2018). E, ainda em outro estudo, realizado no Noroeste Paulista, os dados de sífilis congênita foram bem menos expressivos quando comparados ao de sífilis em gestantes, revelando o adequado tratamento das gestantes portadoras de sífilis, dentro da área e período de estudo (JESUS et al., 2019).

Entretanto, é uma realidade a ser melhor investigada em se tratando do Nordeste, tendo em vista que este estudo considerou o número de casos de sífilis em gestantes exponencialmente inferior quando em comparação ao número de casos de sífilis congênita. Assim, caracterizando-o como um problema de saúde característico do estado do Pernambuco ou até mesmo da região. Ademais, cita-se um estudo realizado na capital Cearense que também apresentou desfechos desfavoráveis causados pela sífilis durante o parto (ARAUJO et al., 2019).

Ressalta-se que a variável referente ao esquema terapêutico da sífilis obedece ao protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2019). Ainda assim, na literatura, encontra-se a estrutura ineficiente da rede assistencial no tocante às Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como os reduzidos números de profissionais devidamente capacitados e a falta de equipamentos para suporte de emergência se necessário, como destacado por Machado, Silva e Pereira (2018).

Em vista disso, mesmo que este trabalho apresente um número significativo de gestantes que realizaram o tratamento com a penicilina, pouco se sabe quanto ao número de consultas, e o número de casos de sífilis congênita faz-nos acreditar que há um grande quantitativo de gestantes com o tratamento ineficaz para a sífilis, além de que há um

grande número de casos de gestantes que adquiriram a infecção, mas que não foram notificadas.

Em suma, dentre as limitações deste estudo, encontram-se a precariedade no detalhamento dos dados contidos no sistema, uma vez que as fichas de notificação dispõem de amplo espaço de preenchimento de dados, com as mais diversas variáveis. Ressalta-se ainda, que houve a presença de dados ignorados e/ou brancos.

5 | CONCLUSÃO

Em resumo, a sífilis em gestantes representa um problema sério de saúde pública para o estado do Pernambuco, por expor a gestante às complicações e pelo danos que podem atingir ao conceito. Esse problema embora seja evidenciado pelas numerosas notificações, ainda representa um desafio para os serviços de saúde e atuação dos profissionais do estado, uma vez que o rastreamento da sífilis na gestação é atividade

Ao longo dos anos percebe-se uma tendência de crescimento no número de casos de gestantes infectadas por sífilis, e apresenta um perfil sociodemográfico como um fator fortemente relacionado a ocorrência deste agravo. Assim, indica-se que o estudo sociodemográfico pode direcionar a atenção primária de saúde a investir esforços que possibilitem a minimização do número de casos e resolução desse problema de saúde pública.

O investimento dos gestores, a busca ativa, a atenção integral ao pré-natal, tratamento adequado do(s) parceiro(s) sexuais, a integralização da equipe multidisciplinar numa atenção interdisciplinar direcionado às gestantes, especialmente nas áreas que demonstram maior quantidade de casos poderiam transformar a realidade dos municípios, com possíveis impactos na redução número de casos de sífilis na gestação no estado.

Portanto, tendo em vista a importância na compreensão do território adstrito para os serviços de saúde, o presente estudo pode contribuir de forma positiva para planejamento em saúde a ser realizada no estado, e que sirva de base para futuras pesquisas, com vistas ao direcionamento da atuação dos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L. et al. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 19, n. 2, p. 421-429, 2019.

ASSIS, K. C.; ASCOLI, A. M. B. Avaliação da Assistência ao Pré-Natal nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Cassilândia-MS. *Rev. Bras. de Ciências da Saúde*, v. 23, n. 2, p. 143-154, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST. **Boletim Epidemiológico** – Sífilis, Brasília, v. 49, n. 35, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019> .

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente

Transmissíveis (IST). Brasília (DF), 2019.

CABRAL, B. T. V.; DANTAS, J. DA C.; DA SILVA, J. A.; OLIVEIRA, D. A. DE. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Revista Ciência Plural*, v. 3, n. 3, p. 32-44, 2018.

CUNHA, N. A.; BISCARO, A.; MADEIRA, K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de criciúma, Santa Catarina. *Arq. Catarin. Med.*, v. 47, n. 1, p. 82-94, 2018.

FALAVINA, L. P.; LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no estado do Paraná-Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 27, 2019.

GUIMARÃES T. A.; ALENCAR, L. C. R.; FONSECA, L. M. B. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq. Cienc. Saúde*, v. 25, n. 2., p. 24-30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.1023>

IBGE. Portal do Governo Brasileiro. Características. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características do Pernambuco. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama> .

JESUS, T. B. S. et al. Sífilis em gestante e congênita: Casos notificados de um município do Noroeste Paulista. *Rev. Nursing*, v. 22, n. 250, p. 2766-2771, 2019.

MACEDO, Vilma Costa de et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 51, n. 78, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>.

MACHADO, I. et al. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?. *Rev. Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 2, p. 249-255, 2018

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. ciências saúde*, v. 22, 2011.

MÉLO, K.C., SANTOS, A. G. G.D., BRITO, A. B., et al. Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics. *Rev. Soc. Bras. Med. Tropical*, Uberaba (MG), v. 53, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0199-2019>.

NASCIMENTO, D. S. F. et al. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Fam. Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, Rebeca Bezerra Bonfim; PEIXOTO, Alisse Maria Chaves de Lima; CARDOSO, Mirian Domingos. Sífilis em gestantes adolescentes de Pernambuco. Adolescência e Saúde, v 16, n. 2, p. 47-56, 2019;

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 2018.

RAMOS, Michelli Gouveia; BONI, Sara Macente. PREVALÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR. *Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 3, p. 517-526, 2018.

CASO CLÍNICO DE GESTANTE EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 01/07/2020

Luciana do Socorro Serrão Filgueira

Enfermeira docente do Centro Universitário
Metropolitano da Amazônia

Paulo Henrique Viana da Silva

Acadêmico de Enfermagem do Centro
Universitário Metropolitano da Amazônia

Romulo Roberto Pantoja da Silva

Acadêmico de Enfermagem do Centro
Universitário Metropolitano da Amazônia

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e busca organizar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo a obtenção da integralidade. As RAS são desenhadas de maneira a centralizar na APS a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um contínuo. O objetivo deste trabalho é descrever a Sistematização da Assistência de Saúde à paciente gestante acompanhada em uma Estratégia Saúde da Família em tratamento de Tuberculose Pulmonar. Paciente analisada no estudo de caso, teve como porta de entrada a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) no mês de março de 2019, referindo quadro

de tosse frequente por cerca de um mês, foi solicitado pela médica um Raio-X do pulmão, após resultado sugestivo para Tuberculose pulmonar. A paciente foi referida para a Unidade Municipal de Saúde onde foi acolhida pela enfermeira responsável pelo programa de Tuberculose na unidade. A mesma deu início ao tratamento de TB no mês de março de 2019 e se encontra no 5º mês de tratamento. Durante a elaboração deste estudo foi possível acompanhar o tratamento de uma cliente diagnosticado com tuberculose pulmonar. Com aprofundamento acerca do conhecimento sobre a patologia, foi possível auxiliar no tratamento esclarecendo as dúvidas sobre os efeitos das medicações, sinais e sintomas e da importância do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Tuberculose; cuidado pré-natal.

ABSTRACT: The Unified Health System (SUS) is organized through the establishment of Health Care Networks (RAS) and seeks to organize care by expanding access and longitudinally of care, with the objective of achieving comprehensiveness. The RAS are designed to centralize the coordination of care and ordering of the networks in PHC, seeking to provide a continuum. The aim of this paper is to describe

the Systematization of Health Care for pregnant patients accompanied by a Family Health Strategy in the treatment of Pulmonary Tuberculosis. Patient analyzed in the case study, had the 24-hour Emergency Care Unit (UPA) as the gateway in March 2019, reporting a frequent coughing condition for about a month, a lung X-ray was requested by the doctor. , after suggestive result for pulmonary tuberculosis. The patient was referred to the Municipal Health Unit where she was welcomed by the nurse responsible for the Tuberculosis program at the unit. She started TB treatment in March 2019 and is in the 5th month of treatment. During the preparation of this study, it was possible to monitor the treatment of a client diagnosed with pulmonary tuberculosis. With further knowledge about the pathology, it was possible to assist in the treatment by clarifying doubts about the effects of medications, signs and symptoms and the importance of treatment.

KEYWORDS: Nursing care; Tuberculosis; prenatal care.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e busca organizar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo a obtenção da integralidade. As RAS são desenhadas de maneira a centralizar na APS a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um contínuo coordenado de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente, de tal maneira que seja capaz de responder prontamente aos eventos agudos, como também manejar as condições crônicas de saúde. A paciente analisada no estudo de caso, teve como porta de entrada a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) no mês de março de 2019, referindo quadro de tosse frequente por cerca de um mês, onde lhe foi prescrito o uso de um antibiótico, após término do uso do antibiótico a mesma não apresentou melhora, resolveu voltar a UPA onde foi solicitado pela médica um Raio-X do pulmão, após resultado sugestivo para Tuberculose pulmonar (lesões nas regiões dos alvéolos). A paciente foi referida para a Unidade Municipal de Saúde Benguí II onde foi acolhida pela enfermeira responsável pelo programa de Tuberculose na unidade. A mesma deu início ao tratamento de TB no mês de março de 2019 e se encontra no 5º mês de tratamento.

2 | HISTÓRICO

Paciente: G.S.B.O

DN:10/05/1992

Sexo: Feminino

Secundigesta, 27 anos, compareceu a UBS para consulta de enfermagem. **Queixas:** Dor lombar, piroze, dispneia noturna, cólica intestinal e edemas em MMII ao acordar.

Paraense, solteira, católica, nível fundamental incompleto. Reside em casa de alvenaria (dois cômodos) com sua mãe e seu filho, rua asfaltada, com saneamento básico e coleta de lixo duas vezes por semana, usa água mineral para consumo e preparo de alimento. Renda familiar de um salário mínimo ao mês. **Antecedentes Familiares:** Nega HAS, DM, Neoplasias, Cardiopatias, Nefropatias e Pneumopatias. **Antecedentes Pessoais:** Refere tratamento anterior de Tuberculose em 2 episódios, o primeiro com 8 anos de idade, informa que realizou biópsia para estabelecimento do diagnóstico, classificada como Tuberculose na “região da garganta”, o segundo episódio com 17 anos, diagnosticada com Tuberculose pulmonar através de Raio-X. Nega HAS, DM, cardiopatias, alergias e cirurgias. **Antecedentes ginecológicos e obstétricos:** Menarca aos 13 anos, ciclo menstrual regular. Coitarca aos 14 anos. Nega uso de anticoncepcional e refere uso de preservativo esporadicamente. Último preventivo em março de 2019. Nega tratamento para IST. G2 P1 A0, gestação anterior há 5 anos atrás, parto vaginal sem intercorrências. Amamentou o primeiro filho até 1 ano e 6 meses. **Gestação atual:** Gravidez não planejada, porém com aceitação por parte do casal, DUM: 08/03/2019, DPP: 15/12/2019, IG: 26s6d, imunização atualizada, faz uso de medicações para o tratamento da Tuberculose e vitaminas (não lembra o nome). **Hábitos de vida:** Refere realizar 5 refeições ao dia, boa ingesta hídrica, sono e repouso prejudicados, funções fisiológicas de eliminação normais, refere não realizar atividade física, nega tabagismo, etilismo (parou ao descobrir gravidez) e uso de drogas ilícitas. **Patologia instalada:** Está realizando tratamento de Tuberculose Pulmonar diagnosticada através de raio-x, não apresenta boa adesão ao tratamento, é faltosa às consultas agendadas na unidade. No momento está na segunda fase do tratamento (manutenção), em uso de Rifampicina 150mg e Isoniazida 75 mg (4 comprimidos diariamente em jejum - 5º mês). **Ao exame físico:** Peso: 60 kg, Estatura: 160 cm, IMC: 23,4. PA: 110x70 mmHg, Pulso: 108 bpm, Respiração: 19 rpm, T: 36,3 °C. Glasgow 15, couro cabeludo íntegro, face simétrica, mucosa ocular normocorada, vias aéreas normais sem desvio de septo, cavidade oral sem alterações, região cervical, axilar e supra claviclar sem gânglios infartados, tórax simétrico, AP: Murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios, AC: Bulhas cardíacas normofonéticas, em dois tempos, mamas simétricas, mamilos protusos, presença de colostro a expressão, abdome gravídico, presença de linha nigra, AU: 22cm BCF: 130bpm MF +, membros inferiores sem edemas. **Conduta:** Orientações sobre a alimentação adequada, ingesta hídrica, elevação dos MMII, decúbito lateral esquerdo para o repouso noturno, importância da amamentação e cuidados com o RN, adesão correta ao tratamento de TB.

3 | PLANO ASSISTENCIAL

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PADRÃO DE NECESSIDADE HUMANA AFETADA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	PRESCRIÇÃO / INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Adesão inadequada ao tratamento	Terapêutica	Controle do regime terapêutico inadequado de tuberculose caracterizado pela quantidade de faltas relacionado a desmotivação ao tratamento	Que a paciente melhore sua adesão ao tratamento	Encorajar o paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e as dificuldades para adesão ao tratamento, Investigar coloração da urina, Investigar sobre efeitos colaterais, Orientar ao paciente sobre a interação medicamentosa com o álcool /outros medicamentos, Orientar o paciente sobre a importância do uso da medicação no horário e doses prescritas, Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura
Edema de MMII ao amanhecer	Hidratação	Edema postural de MMII na gestante caracterizado pelo relato colhido relacionado ao retorno venoso ineficaz	Que a paciente diminua a frequência de edemas de MMII	Orientar para elevação de MMII várias vezes ao dia, Esclarecer dúvidas da mulher quanto à presença do edema, Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar, investigar o tempo de aparecimento e características do edema, Orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema.
Dificuldade respiratória	Oxigenação	Respiração alterada caracterizado pelo relato de dificuldade respiratória relacionado a gravidez e TB pulmonar	Que a paciente obtenha melhora no seu padrão respiratório	Estimular aumento da ingestão hídrica ; Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado; Orientar repouso com a cabeceira elevada Retornar em dia e horário agendados
Refere acordar 2 vezes durante a noite com falta de ar	Sono e Repouso	Sono inadequado caracterizado pelo relato de episódios de dispneia a noite relacionado a dispneia noturna	Que a paciente obtenha melhora no seu padrão de sono e repouso	Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir, Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado, Orientar repouso na hora de dormir com a cabeceira elevada, Orientar evitar a ingestão de café, chá preto e chá-mate, Orientar o uso de roupa confortável e adequada à temperatura.

4 | FISIOPATOLOGIA

O *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch é o bacilo causador da Tuberculose (TB) descoberto por Robert Koch no ano de 1882, tendo sua transmissão pelo ar através de tosse ou espirro de portadores ativos da bactéria. A forma mais comum da doença é a tuberculose pulmonar. O bacilo pode infectar outros tecidos através da circulação sanguínea como ossos, pele, articulações, intestinos, rins, e ainda o Sistema Nervoso Central causando Tuberculose Meningoencefálica (NÓBREGA, 2014).

4.1 Controle do regime terapêutico inadequado

A tuberculose (TB) constitui-se em problema social e de saúde pública em todo o mundo, necessitando de medidas mais efetivas para adesão ao tratamento e conseqüentemente o seu controle. A adesão terapêutica é definida como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa no que concerne ao regime terapêutico proposto. Requer decisões e responsabilidades compartilhadas entre os usuários e a equipe de saúde que irá atender a singularidade de cada indivíduo bem como atuar nas orientações e esquemas terapêuticos. A Organização Mundial da Saúde preconiza que, para o controle da doença, a meta de cura seja igual ou superior a 85% e a de abandono seja menor do que 5% (SANTANA, 2019).

A enfermagem tem papel essencial no controle da tuberculose garantindo orientações para o paciente assegurando o Tratamento Diretamente Observado, evitando intercorrências que favoreçam o abandono, recidiva, falência, resistência, formas de transmissão do bacilo, e principalmente promovendo a adesão ao tratamento completo e adequado, sempre expondo as conseqüências possíveis da não adesão (SANTANA, 2019).

A quimioterapia foi proposta para ser a arma mais poderosa contra a TB, pois apenas ela intervém diretamente nos casos bacilíferos, reservatório principal de bacilos, termo definido por Canetti em 1959. As prescrições impróprias, falta de acompanhamento e a falta colaboração do paciente leva a um amplo aumento de mutantes resistentes, por isso se faz a associação de fármacos para neutralizar os bacilos resistentes naturalmente, diminuir o tempo e mimetizar a cura. Impedir a resistência é fator mais relevante para tratamento da tuberculose. A tuberculose é complexa, seu tratamento leva tempo e a resistência diminui a efetividade do plano terapêutico convencional (NÓBREGA, 2014).

4.2 Dificuldade respiratória

O principal órgão afetado é o pulmão, onde ocorre à colonização dos alvéolos pulmonares pela bactéria, as mesmas são fagocitadas por células que iniciam a ativação da resposta imune no hospedeiro. Entretanto, a bactéria pode se propagar para outras regiões do organismo, causando vários tipos de TB extrapulmonar, como é o caso da TB encontrada no fígado e na pleura (SILVA, 2015).

O agente é uma transição entre eubactérias e actinomicetos (estas bactérias têm organização filamentosa, muitas vezes ramificada), sendo constituído por bacilos imóveis, que não formam colônias, de dimensões variando entre 0,2 e 0,6 por 1 a 10 micras. O agente forma agrupamentos característicos de ramos longos e tortuosos, conhecidos como cordas, o que é importante para visualizar e diferenciar o bacilo em análises microscópicas (SILVA, 2015). O patógeno tem seu metabolismo voltado especialmente para a construção da cápsula que o protege de agentes químicos, podendo sobreviver

durante semanas ou meses sobre objetos inânimes. Seu tempo de duplicação é de 18 a 48 horas, sendo um parasita intracelular facultativo, com preferência pela infecção de macrófagos.

Os granulomas, que são novas massas de tecido cronicamente inflamados formados de bacilos vivos e mortos, são circundados por macrófagos, formando um muro de proteção. Eles são, então, transformados em uma massa de tecido fibroso, cuja porção central é chamada de tubérculo de Ghon ou nódulo primário (lesão pulmonar causada pela tuberculose). O material (bactérias e macrófagos) torna-se necrótico, formando uma massa semelhante a um queijo. Essa massa pode se calcificar e formar uma cicatriz de colágeno. Tais alterações nos tecidos respiratórios dificultam as trocas gasosas parcialmente (CHEEVER; HINKLE, 2016). Sintomática esta que se intensifica no processo da gestação devido a presença da dispneia recorrente das alterações fisiológicas da gravidez com elevação do diafragma devido ao crescimento uterino.

4.3 Sono inadequado

Devido tais fisiopatologias presentes, o padrão de sono e repouso é afetado devido aos intervalos de dispneias noturnos. O controle homeostático e circadiano são importantes marcadores do ciclo vigília sono. A arquitetura do sono é definida como a distribuição das fases em relação ao tempo, e a estrutura temporal do ciclo vigília sono como momento em que ocorre a vigília e sono dentro de uma quantidade de frequências que compõe essa alternância (SANTOS, 2015). O sono pode ser caracterizado em sono REM (com movimentos oculares rápidos) e sono NREM (sem movimentos oculares rápidos) com base no EEG, EOG, EMG (eletroencefalograma, eletro-oculograma e eletromiograma submentoniano, respectivamente). O sono é considerado eficiente quando a proporção de tempo em que o indivíduo dorme e o tempo que se manteve na cama é de 85% ou mais. Quando ocorre a privação total do sono em uma noite ocorre o efeito rebote nas duas noites seguintes, tal padrão de sono e repouso alterado afeta diretamente este mecanismo, causando uma arquitetura alterada do sono, cansaço, baixo rendimento no trabalho, nervosismo, alterações de intelecto, sonolência diurna e insônia à noite, até mesmo acidentes de trabalho e elevação do nível de estresse (ALMEIDA, 2017).

Ademais, estudos demonstram maiores expressões de cortisol e déficit na qualidade do sono associadas ao aumento do IMC (índice de massa corpórea) e na composição corporal, uma vez que outra cascata fisiológica de expressão hormonal (associadas à diminuição do hormônio anorexígeno leptina e aumento do hormônio orexígeno grelina) é ativada. Essa associação altera a ingestão alimentar elevando a fome e ingestão de alimentos, justificando mais uma vez o aumento do IMC (ARAÚJO, 2018).

4.4 Edema postural de MMII

Devido ao relato de edemas em MMII, segundo Barbosa, 2014 o edema é definido

como acúmulo de líquido no espaço intersticial. Na prática clínica, nos deparamos com pacientes com edemas de pequenas dimensões, localizados, por exemplo, em uma extremidade de um membro. Em outras situações, somos apresentados a pacientes com grandes edemas, envolvendo, inclusive, cavidades. Para que o edema ocorra, deve haver uma quebra dos mecanismos que controlam a distribuição do volume de líquido no espaço intersticial. Essa desregulação pode ser localizada e envolver apenas os fatores que influenciam o fluxo de fluido ao longo do leito capilar, ou, ainda, pode ser secundária a alterações dos mecanismos de controle do volume do compartimento extracelular e do líquido corporal total, o que, na maioria das vezes, ocasiona edema generalizado. A compreensão dos mecanismos formadores de edema é complexa e, em muitas situações, incompleta. Entretanto, o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos, envolvidos na formação do edema permite uma racionalização terapêutica na busca dos melhores resultados possíveis.

5 | CONCLUSÃO

A paciente permanece em acompanhamento de pré-natal e tratamento de Tuberculose. Durante a elaboração deste estudo foi possível acompanhar o tratamento de uma cliente diagnosticada com tuberculose pulmonar. Com aprofundamento acerca do conhecimento sobre a patologia, foi possível auxiliar no tratamento esclarecendo as dúvidas sobre os efeitos das medicações, sinais e sintomas e da importância do tratamento.

Desta maneira concluímos a relevância dos estudos clínicos para os discentes de Enfermagem, sendo instrumento relevante na qualificação para a atuação profissional e implementação da SAE que é ferramenta essencial na garantia de qualidade da assistência, buscando contribuir no processo de tratamento, reabilitação, prevenção e promoção da saúde do paciente, proporcionando segurança, aprofundamento do conhecimento científico e melhor desempenho nas atividades na prática da assistência, destacando o papel do enfermeiro e a importância desses profissionais em todos os ambientes de saúde.

REFERENCIAS

ALMEIDA, C. F. Sonolência diurna excessiva em profissionais e estudantes de Enfermagem. **Anais de Medicina**, Joaçaba, p. 115, 2017.

ARAÚJO DA SILVA, T.; FERNANDES DE FREITAS, G. Perfil sociodemográfico, sociocultural e acadêmico de estudantes de enfermagem em uma instituição privada de ensino. **Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades**, Granada, v. 22, n. 52, p. 129-141. 2018.

CHEEVER, H. Kerry; HINKLE, Janice L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13.ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.587-593.

COELHO, Eduardo Barbosa. Mecanismos de formação de edemas. **Faculdade de medicina de Ribeirão Preto – USP**, Medicina, Ribeirão Preto, 37: 189-198, jul. 2004, Simpósio: semiologia, Cap. 1.

SANTOS, T. C. M. M. **Sono e qualidade de vida de estudantes de enfermagem trabalhadores: contribuição da cronobiologia**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2015.

SILVA, Débhora Isis Barbosa; ASSIS, Felipe Arthur Gomes de. Elencando cuidados de enfermagem ao paciente etilista crônico e portador de tuberculose pulmonar: um relato de caso. **Rev. da Univers. Vale do Rio Verde, Três Corações**, v.13, n.2, p.169-175, 2015.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Roberta Liviane da Silva Picanço

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ), Curso de Pós-graduação em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8390530957910399>

Tamara Braga Sales

Universidade Federal do Ceará (UFC), Departamento de Estudos Interdisciplinares, Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1271092625107779>

Cláudia Patrícia Da Silva Ribeiro Menezes

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ), Curso de Pós-graduação em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, Fortaleza – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/6561374740599444>

Samara Gomes Matos Girão

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Materno-infantil, Fortaleza – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/2183899125740252>

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ), Curso de Pós-graduação em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4971314966906410>

Maíra Maria Leite de Freitas

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/5937781522737925>

Lucélia Rodrigues Afonso

Universidade Estadual do Ceará, Departamento de Saúde Coletiva, Fortaleza – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/2989851432731817>

Marcia Alves Ferreira

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ), Curso de Pós-graduação em Enfermagem
<http://lattes.cnpq.br/1942740321131413>

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo descrever a experiência e vivência da autora, durante seu cotidiano no trabalho no que se refere ao cuidado de enfermagem à gestante com síndromes hipertensivas da gestação. Trata-se de um relato de experiência sobre os cuidados de enfermagem nas síndromes hipertensivas da gestação (SHEG), o qual foi vivenciado em um hospital municipal de Santarém PA, com as gestantes internadas na clínica obstétrica no período de janeiro a agosto de 2019. As pacientes assistidas no referido hospital são usuárias do Sistema Único de Saúde sendo na grande maioria uma população de menor poder aquisitivo. Este estudo tem como propósito mostrar a importância dos cuidados de enfermagem nas síndromes hipertensivas da gestação, portanto uma assistência de enfermagem com qualidade

individualizada a essas pacientes é fundamental para que se estabeleça o diagnóstico e suas devidas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para mãe e filho. Através desta pesquisa espera-se contribuir com ações previsíveis, educativas, sociais nos serviços de saúde. Ao final desse estudo podemos afirmar que a hipertensão na gravidez é uma complicação potencialmente perigosa para a gestante, sendo uma das causas de maior incidência de morte materna. A gestante o companheiro e a família devem estar orientados quanto aos sinais e sintomas das síndromes hipertensivas na gestação (SHEG). Os sinais são motivos de preocupação, devendo ser pesquisados e avaliados através de consultas com maior frequência ao pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Síndromes Hipertensivas; Gestantes.

NURSING CARE IN HYPERTENSIVE SYNDROMES OF PREGNANCY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The presente study aims to describe the author`s experience during her daily work life with regard to nursing care for pregnant women with hypertensive syndromes during pregnancy. This is an experience report on nursing care in hypertensive syndromes of pregnancy (SHEG), which was experienced in a municipal hospital in Santarém PA, with pregnant women admitted to the obstetric clinic from January to August 2019. The patients assisted at the referred hospital are users of the Unified Health System, with the vast majority being a population with less purchasing power. This study aims to show the importance of nursing care in hypertensive syndromes of pregnancy, therefore nursing care with individualized quality to these patients is essential to establish the diagnosis and its appropriate interventions, providing a pregnancy with less risk for the mother and son. Through this research it is expected to contribute with predictable, educational, social actions in health services. At the end of this study, we can state that hypertension in pregnancy is a potentially dangerous complication for pregnant women, being one of the causes of the highest incidence of maternal death. The pregnant woman, the partner and the family must be informed about the signs and symptoms of hypertensive syndromes during pregnancy (SHEG). Signs are a cause for concern, and should be researched and evaluated through consultations more frequently during prenatal care.

KEYWORDS: Nursing care; Hypertensive Syndromes; Pregnant women.

1 | INTRODUÇÃO

Durante a gestação ocorrem alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas, no organismo feminino. Com isso o limite, da normalidade e a doença é um extremo criterioso e o desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade materno-fetal. (ARAÚJO et al, 2017).

As síndromes hipertensivas da gestação (SHEG) é uma complicação multissistêmica

de grande ocorrência de morbimortalidade materna e perinatal possuem uma elevada incidência e prevalência no Brasil, ocupando o primeiro lugar nas causas de morte materna, principalmente nas formas mais graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP. (AGUIAR et al, 2010).

Para Ferreira et al, (2016), em uma pesquisa no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as síndromes hipertensivas foram responsáveis por 325 óbitos, representando 20% das causas de mortes maternas e desse número 56% foram no período gestacional.

O Brasil mostra importantes dados oficiais da prevalência de hipertensão arterial em mulheres em idade fértil, representando a faixa etária de 18 a 24 anos uma porcentagem de 9,7%, na faixa etária de 25 a 34 anos 15,4% e na faixa de 34 a 44 anos 21%. A história de síndromes hipertensivas anteriores e hipertensão crônica configuram risco reprodutivo determinando uma especial atenção antes, durante e após a gestação (XAVIER et al, 2015).

A atuação do enfermeiro nos cuidados de enfermagem a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia contribui para minimizar as mortalidades, sendo assim uma humanização na assistência, programa a qualidade da atenção à saúde da gestante, a fim de garantir um suporte adequado ao pré-natal, parto e pós-parto (GUIDÃO et al, 2020).

Um acolhimento humanizado, passando conhecimento e sensibilidade, apoio e orientação devem ser fatores prioritários, pois o desconhecimento aumenta a assistência prestada ter êxito. Com todo conhecimento científico dos últimos anos, a síndromes hipertensivas da gestação (SHEG) continua sendo a síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetal sendo assim uma assistência individualizada é fundamental para um diagnóstico precoce (BRITO et al, 2015).

Para que haja um atendimento específico a gestante, o cuidado da enfermagem é essencial à atuação do profissional nos programas de pré-natal permite a identificação dos problemas. Os conhecimentos técnico e científico são vitais e decisórios nas condutas de diagnósticos e intervenções necessárias para o controle dos fatores de riscos e ao desequilíbrio emocional a gestante (GUIDÃO et al, 2020).

O interesse pela problemática e a escolha do referido assunto surgiu durante minha vida profissional onde tive a oportunidade de vivenciar as frequentes ocorrências no cotidiano hospitalar e por se tratar de uma patologia de grau maior na saúde pública que por muitas vezes pode ser preveníveis com diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Este estudo tem como propósito mostrar a importância dos cuidados de enfermagem nas síndromes hipertensivas da gestação, portanto uma assistência de enfermagem com qualidade individualizada a essas pacientes é fundamental para que se estabeleça o diagnóstico e suas devidas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para mãe e filho. Através desta pesquisa espera-se contribuir com ações previsíveis, educativas, sociais nos serviços de saúde.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência e vivência da autora, durante seu cotidiano no trabalho no que se refere ao cuidado de enfermagem à gestante com síndromes hipertensivas da gestação.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência qualitativo, descritivo e exploratório sobre os cuidados de enfermagem nas síndromes hipertensivas da gestação (SHEG), no qual foi vivenciado em um hospital municipal de Santarém PA, com as gestantes internadas na clínica obstétrica no período de janeiro a agosto de 2019. As pacientes assistidas no referido hospital são usuárias do Sistema Único de Saúde sendo na grande maioria uma população de menor poder aquisitivo.

Para Santos e Barreto et al (2017), relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa descritiva sobre uma reflexão de uma ação ou conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

De acordo como Minayo, (2006) na pesquisa qualitativa o pesquisador deve participar compreender e interpretar as suas pesquisas, considerando o sujeito do estudo, em determinada condição social, com suas crenças, valores e significados.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai ser investigado, facilitar a delimitação do tema a ser pesquisado, orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir uma nova possibilidade de enfoque para o assunto. Por meio da pesquisa exploratória, pode-se avaliar a possibilidade de desenvolvimento de um trabalho satisfatório, o que vai permitir o estabelecimento dos critérios a serem adotados, bem como dos métodos e das técnicas mais adequadas (PRESTES, 2007).

Para o relato foram utilizados registros em diários de campo a partir da observação participante durante 7 meses. Após os registros, com o foco de organizar melhor a descrição da experiência, foi desenvolvida uma fundamentação teórica e logo depois, foi descrita como é realizada a SAE, no lócus do relato. A interpretação e discussão dos dados teve suporte a literatura científica vigente presente em artigos científicos, manuais, e outros materiais.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 Fundamentação Teórica

Nas emergências obstétricas os enfermeiros são os primeiros profissionais a terem contato com as gestantes, no período de janeiro a agosto de 2019 em um determinado hospital de Santarém PA, na clínica obstétrica foi observado à demanda de atendimento

das gestantes internadas com síndrome hipertensa da gestação. Em média diária o hospital recebe cerca de 60 pacientes sendo entre elas partos normais, cesarianos, ameaça de aborto, abortos, trabalho de parto prematuro (TPP) e diabetes, entre outras complicações relacionada à gestação. E cerca de 5% a 10 % dos atendimentos são pacientes com alguma síndrome hipertensiva da gestação que na maioria das vezes necessitam de internação.

A assistência de enfermagem pautada em evidências científica, as coletas de dados detalhada, o exame físico criterioso a atenção aos valores pressóricos e outros sinais de pré-eclâmpsia como a detecção precoce dos casos, a coleta e o acompanhamento dos exames laboratoriais pertinentes principalmente a proteinúria de 24h, a avaliação fetal as intervenções corretas e rápidas como chamar ajuda, administrar oxigênio, estabelecer acesso venoso calibroso e iniciar a terapia e o controle até a alta hospitalar são ações primordiais dentro da clínica obstétrica (FERREIRA et al, 2016).

A síndrome hipertensa da gestação é uma patologia obstétrica que se caracteriza pela ocorrência de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria e ou edema de mãos ou face em gestantes após a vigésima semana de gravidez sendo mais frequente no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério (ZANATELLI et al, 2016).

A hipertensão arterial se dar pelo aumento da pressão arterial na gestação $\geq 140 \times 90$ mmHg, medidas confirmadas após 5 minutos em repouso, é a doença que mais acomete a gravidez, presente cerca de 5% a 10% na gestação. A proteinúria é considerada pela excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas. A relação do resultado da divisão do valor da proteína/creatinina urinária em coleta única de urina maior ou igual a 0,5 g/l é também alternativa para o diagnóstico (ROCHA et al, 2016).

De acordo com Brasil (2012) nas síndromes hipertensivas da gestação o edema ocorre de forma generalizada e de aparecimento súbito e que não desaparece com o repouso. Mediante a uma anamnese cuidadosa podemos avaliar os fatores de risco, o diagnóstico de hipertensão é feito quando ultrapassa os limites predefinidos.

Apré-eclâmpsia é o desenvolvimento gradual da hipertensão e proteinúria significativa com presença de edema de mãos e face geralmente ocorre após a 20^a semana gestacional ou quando associada à moléstia trofoblástica ou hidrópsia fetal com desaparecimento até 12 semanas pós-parto (ZANATELLI et al, 2016).

Na ausência de proteinúria, deve se observar os sinais de aumento da pressão acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. O aumento de peso é visto como sinal de retenção de fluido e pode ser considerado como evidência (OLIVEIRA et al, 2017).

Gestantes que apresentam hipertensão preexistente e com hipertensão arterial progressa, por mais de quatro anos, tem 25% maior chances de desenvolver pré-eclâmpsia. Entre as síndromes hipertensivas deve-se dar uma especial atenção a pré-eclâmpsia que pode ocorrer de forma isolada ou associada à hipertensão arterial e que

ocorre principalmente em primigestas (FERREIRA et al, 2016).

O surgimento de formas graves e severas caracterizado por quadro clínico de hemólise (H), elevação das enzimas hepáticas (EL), plaquetopenia (LP) chamado de Síndrome HELLP. A síndrome de HELLP caracteriza por proteinúria maior que 300mg em 24h, oligúria, edema pulmonar, creatinina sérica elevada, cianose, hemólise microangiopática, disfunção hepatocelular, trombocitopenia e oligoâmnio (BRITO et al, 2015).

De acordo com Moura et al. (2011) é a crise convulsiva sendo precedida pelo agravamento do quadro e por sintomas próprios da iminência de ecâmpsia: cefaleia, diplopia, dor em hipocôndrio direito e principalmente agitação psicomotora. Acomete o último trimestre ou puerpério imediato.

A Hipertensão crônica engloba qualquer doença hipertensiva presente antes da gravidez ou com aparecimento no primeiro trimestre da gestação, refere-se à hipertensão essencial, associada a história familiar, sobrepeso, obesidade, diabetes, sedentarismo e tabagismo (HERCULANO et al, 2011).

A pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crônica é quando a pré-eclâmpsia, se sobrepõe à hipertensão existente e os risco aumenta quando a gestante apresenta prejuízo da função renal, um dos fatores que inclui essa patologia é a primeira gestação (GIEHL et al, 2016).

A hipertensão gestacional é a hipertensão que surge pela primeira vez após a vigésima semana da gestação sem estar acompanhada de nenhum sinal, sintomas ou alteração laboratorial que indique a pré-eclampsia (FEBRASGO, 2017).

3.2 Sistematização dos Cuidados de Enfermagem

Sistematizar e organizar os cuidados permite ao enfermeiro identificar precocemente os fatores de riscos. As intervenções baseadas nos diagnósticos permitem ao enfermeiro viabilizar os cuidados relacionados aos problemas e de forma individual promover, recuperar, reabilitar com embasamento técnico científico pautado nas evidências (SILVA et al, 2017).

Vários fatores contribuem para a hipertensão arterial na gestação, mas segundo Zanatelli et al (2016) destaca a primeira gestação a idade materna acima de 40 anos e a hipertensão arterial crônica. Já Araújo et al (2017) agrupa os fatores de risco em sete categorias sendo tais em idade materna, etnia, fatores socioeconômicos e demográficos, antecedentes pessoais e familiares, sobrepeso e estado nutricional, hipertensão arterial crônica e Diabetes mellitus (DM).

Na pesquisa de Brito et al (2015), ressalta que o nível de escolaridade dificulta o relacionamento do profissional de saúde e pode levar a uma menor aderência as condutas preventivas e ao controle. A baixa renda pode levar a uma dificuldade maior no acesso á assistência por um serviço de saúde adequado.

Ao analisar o período de vivência na clínica obstétrica do referido hospital observou-se que as pacientes com maior prevalência as síndromes hipertensivas gestacional apresentavam o perfil entre idade materna tardia, fatores socioeconômicos, sobrepeso e estado nutricional, hipertensão arterial crônica.

De modo geral levando em consideração o perfil das gestantes atendidas podemos relacionar os cuidados de enfermagem elaborados pela pesquisadora e colocado em prática no período de trabalho na clínica obstétrica do referido hospital.

GESTANTES COM MAIOR PREVALENCIA A SHEG	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Idade Materna Tardia	Volume de líquidos excessivo relacionado à retenção em função da SHEG	Monitorar sinais vitais e BCF de 4/4h. Avaliar a localização e a extensão do edema. Pesquisar diariamente a paciente. Realizar balanço hidroeletrólítico. Monitorar os valores séricos e urinários de eletrólitos e proteínas.
Fatores Socioeconômicos	Ansiedade	Monitorar sinais vitais e BCF de 4/4h. Identificar o nível de ansiedade. Explicar todos os procedimentos. Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Encorajar a família a permanecer com a paciente. Encoraja a verbalização de sentimento e medo. Estabelecer confiança entre a paciente.
Sobrepeso e Estado Nutricional	Nutrição desequilibrada para mais que as necessidades corporais relacionados à obesidade.	Monitorar sinais vitais e BCF de 4/4h. Solicitar apoio a nutricional. Monitorar as refeições realizadas. Discutir as preferências alimentares. Oferecer dieta conforme orientação nutricional.
Hipertensão arterial crônica	Eliminação urinária prejudicada relacionada a alterações fisiológicas da gravidez e complicações da SHEG.	Monitorar sinais vitais e BCF de 4/4h. Monitorar ingestão e eliminação. Realizar sondagem conforme prescrição médica. Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, consistência, odor, cor e volume. Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária. Orientar a paciente e família a registrar o débito.

Quadro 1: Sistematização dos Cuidados de Enfermagem a paciente com SHEG.

Fonte: NANDA (2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo pode-se afirmar que a hipertensão na gravidez é uma complicação potencialmente perigosa para a gestante, sendo uma das causas de maior incidência de morte materna. A gestante o companheiro e a família devem estar orientados quanto aos sinais e sintomas das síndromes hipertensivas na gestação (SHEG). Os sinais são motivos de preocupação, devendo ser pesquisados e avaliados através de consultas com maior frequência ao pré-natal.

Destaca-se a importância à assistência pré-natal tem como objetivo detectar precocemente os sinais da doença hipertensiva. A verificação do peso e pressão arterial a cada consulta servirá para a avaliação sistemática da gestante, para acompanhamento durante a gestação e parto, deve atentar para o aparecimento de edema de face e dos dedos, cefaleia frontal e occipital e outras alterações como irritabilidade, escotomas, hipersensibilidade a estímulos auditivos e luminosos.

Diante do exposto desta pesquisa a gestante que apresenta algum tipo de síndrome hipertensiva moderada ou grave devem ser acompanhadas em serviços de obstetrícia, pela equipe multidisciplinar de saúde durante todo período gestacional sendo a prevenção o melhor tratamento.

A atuação o profissional de Enfermagem, nos programas de planejamento familiar e pré-natal, deve constituir uma importante oportunidade para orientar, sanar dúvidas e proporcionar uma assistência de forma integral, humanizada e individual a gestante.

Desse modo, o estudo teve seus objetivos alcançados, podendo a colaborar como fonte para realização de novas pesquisas, a fim de contribuir cientificamente com a temática e na qualidade sobre a síntese dos cuidados de enfermagem nas pacientes acometidas com as síndromes hipertensivas da gestação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.I.F; FREIRE, P.B.G; CRUZ, I.M et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a Pacientes com Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Rev. Rene Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 66-75, out/dez 2010.

ARAÚJO, I.F.M, SANTOS, P.A dos, SANTOS, P.A dos et al. Síndromes Hipertensivas e Fatores de Risco Associados a Gestação; **Revista de Enfermagem, UFPE online.**, Recife, v. 11, Supl. 10, p. 4254-4262, out. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: Manual Técnico** – 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, K.K.G; MOURA, J.R.P; SOUSA, M.J et al., Prevalência das Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação/SHEG. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online** v. 7, n. 3, ISSN 2175-5361; Rio de Janeiro, 2015, pp. 2717-2725.

FERREIRA, M.B.G; SILVEIRA C.F; SILVA S.R; SOUZA D.J; RUIZ M.T. Assistência de Enfermagem a Mulher com Pré-eclâmpsia e/ou Eclâmpsia: Revisão Integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.2, p.320-330, 2016.

FERBRASGO; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos; **Serie orientações e recomendações n. 08, ed. FEBRASGO**; São Paulo, 2017.

GUIDÃO, N.DB.N; VIEIRA, A.P.T, ALMEIDA, L.B.B et al. Assistência de Enfermagem no Cuidado às Gestantes com Complicações da Síndrome Hipertensiva Gestacional: uma revisão bibliográfica. São Paulo: **Revista Recen.** v. 10, n. 29, p.173-179, 2020.

GIEHL, C.T et al. A equipe de Enfermagem frente ao Processo de Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n2, 2016.

HERCULANO, M.M.S; SOUSA, V.E.C; GALVÃO, M.T.G et al. Aplicação do Processo de Enfermagem a Paciente com Hipertensão Gestacional Fundamentada em Ordem. Relato de experiência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 401-408, abr./jun. 2011.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Métodos e Criatividade**. 23. ed. Rio de Janeiro; Ed. vozes; 2006.

MOURA, M.R.M; CASTRO, M.P; MARGOTTO, P.R. et al. Hipertensão Arterial na Gestação – Importância do Seguimento Materno no Desfecho Neonatal. **Com. Ciências Saúde** – 22 sup 1: S 113-S 120, 2011.

NANDA; **Diagnóstico de Enfermagem**; North American Nursing Diagnosis Association; Definições e Classificação 2015-2017; Porto Alegre; Artmed, 2016.

OLIVEIRA, G.S; PAIXÃO, G.P.N; FRAGA C.D.S et al. Assistência de Enfermagem na Síndrome Hipertensiva Gestacional em Hospital de Baixo Risco Obstétrico. **Rev. Cuid.** v. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017.

PRESTES, M.L.M. **A pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico**: do planejamento aos textos, da escola à academia. 3. ed., 1. Reimp. – São Paulo: Rêspel, 2007.

ROCHA, E.S.S; NUNES, C.R; CARDOSO M.S.L.V.D, et al. Sistematização da Enfermagem na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em Adolescentes. **Rev. Interd. Pensamento Científico**. v. 2, n. 2, p. 209-227, 2016.

SANTOS, J; BARRETO T.S.S; MENEZES M.O. Assistência de Enfermagem à Gestante com Pré-eclâmpsia: Relato de Experiência. **Internation Nursing Congress**. v. 12, n. 9, p. 14, 2017.

ZANATELLI, C; DOBERTEIN, C; GIRARDI, J.P et al., Síndromes Hipertensivas na gestação: Estratégias para a Redução da Mortalidade Materna. **Revista Saúde Integrada**, v. 9, n. 17, 2016.

SIGNIFICADO DO PLANO DE PARTO: PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 02/04/2020

Tâmem Luiza Borba

Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ -
Maternidade Escola
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4094323710063323>

Geiza Martins Barros

Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ -
Maternidade Escola
Rio de Janeiro - RJ
<http://lattes.cnpq.br/7541151984964312>

RESUMO: Descrever a percepção dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à mulher grávida acerca do Plano de Parto. Pesquisa exploratório-descritiva qualitativa. Foram entrevistados 24 profissionais de um ambulatório especializado na assistência pré-natal em uma Maternidade Federal da cidade do Rio de Janeiro/RJ, entre Dezembro de 2018 e Janeiro de 2019. Utilizou-se a Análise de Conteúdo categorial temática. Emergiram quatro categorias: Perspectivas da equipe; O planejado e o inesperado; Treinamento – o cenário e seus enfrentamentos; Estímulo à confecção do plano de parto. Para a maioria dos profissionais

o plano de parto é um instrumento positivo e complementar no processo de gestar e parir. O estudo proporcionou o aprofundamento do conteúdo, promovendo reflexões das práticas em transformação junto dos profissionais inseridos no Cuidado de Atenção Pré-Natal.

PALAVRAS-CHAVE: humanização da assistência; cuidado pré-natal; parto humanizado.

MEANING OF THE BIRTH PLAN:

PERSPECTIVES OF THE HEALTH TEAM

ABSTRACT: To describe the perception of the health professionals involved in the care of the pregnant woman about the Birth Plan. Qualitative exploratory-descriptive research. Were interviewed twenty-four professionals from an ambulatory specialized in prenatal care at a Federal Maternity Hospital in the city of Rio de Janeiro, RJ, between December 2018 and January 2019. Thematic Categorical Content Analysis was used. Four categories emerged: Team perspectives; The planned and the unexpected; Training - the scenario and it's confrontations; Stimulus to confection of the birth plan. For most professionals, the birth plan is a positive and complementary tool in the process of gestating and giving birth. The study provided

the deepening of the content, promoting reflections of the practices in transformation among the professionals inserted in the Prenatal Care.

KEYWORDS: Humanization of assistance; prenatal care; humanizing delivery.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente o Plano de Parto (PP) teve sua aparição na Europa, sendo descrito na literatura desde a década de 1980. Sua proposta inicial foi informar e proteger as mulheres frente à crescente influência da medicalização do parto na sociedade Norte-Americana e Europeia (LOTHIAN, 2006). No ano de 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) promoveram uma conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto e nascimento. O encontro resultou em recomendações que compreendiam desde a valorização da mulher e suas escolhas durante o processo do pré-natal (PN) ao puerpério, envolvendo a presença e treinamento da equipe multiprofissional, iniciativas para o estímulo do vínculo mãe e recém-nato e análises das rotinas de intervenções com ambos (WHO, 1985).

A Política Nacional de Humanização, proposta em 2003 no Brasil, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários a fim de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de trabalho e afeto, além propor inovações nas práticas de saúde, por meio do acolhimento e da gestão participativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No contexto do Estado do Rio de Janeiro, a Assembleia Legislativa aprovou em 2016 a Lei nº 7.191, dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde do Estado e elenca os direitos da gestante no momento de parturição, inclusive os relacionados ao local de atendimento, profissionais e autonomia. Nela, a elaboração do PP é caracterizada como um instrumento que garante o auxílio integral em consonância com os princípios de humanização da assistência (RIO DE JANEIRO, 2016).

Nessa conjuntura, estudos com resultados positivos versam sobre a relação do planejamento com bons resultados maternos e neonatais, ao analisar os escores de Apgar e o início precoce da amamentação. Os estudos ressaltam a influência positiva do documento no processo de parturição e seus desdobramentos, valorizando o princípio da autonomia da figura feminina (LOPEZOSA ET AL, 2017; CORTÉS ET AL, 2015).

Frente à relevância do plano de parto e nascimento, faz-se necessário o incentivo à sua elaboração por parte dos membros da equipe de saúde no cuidado PN. Tal iniciativa cabe como estratégia para a retomada do protagonismo feminino no momento da parição no âmbito hospitalar. Alguns autores descrevem o ato de planejar como uma prática que acompanhou a trajetória da humanidade, uma exigência do ser humano ao pensar sobre algo possível de se realizar. No uso da razão, o indivíduo imagina suas ações antes de executá-las e, assim, o planejamento está presente no cotidiano desde as atividades

diárias até os objetivos complexos (MENEGOLLA; SANT'ANA, 1991).

No contexto gestacional, o plano de parto e nascimento corresponde ao planejamento feito pela mulher, com as preferências de cuidados no momento do parto. O objetivo é tornar o parto uma experiência planejada previamente por aqueles que irão vivenciá-lo. Ele traduz a expectativa da mulher e/ou acompanhante(s) frente à ocorrência do nascimento de seu filho (LOPEZOSA ET AL, 2017).

Partindo do pressuposto de que a construção desta ferramenta deve ser conjunta a um profissional de saúde, a fim de que as dúvidas sejam esclarecidas, os saberes fortalecidos e os cuidados qualificados, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à mulher grávida acerca do plano de parto e nascimento? Em busca de respostas para essa questão, foi estabelecido como objetivo desse estudo: Descrever as percepções e conhecimentos da equipe de saúde em relação ao PP.

Acredita-se que o estudo traz subsídios importantes a fim de compreender o modelo de atenção ao pré-natal, com a possibilidade de reflexão dos profissionais quanto ao protagonismo da mulher e seu direito de escolha em um modo de atenção humanizado.

2 | MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, em uma maternidade pública federal na cidade do Rio de Janeiro.

Foram incluídos os profissionais que realizam consulta de pré-natal ou atendem as mulheres grávidas no Ambulatório. Os critérios de exclusão foram: colaboradores com atuação em ambulatórios especializados (cardiologia, psiquiatria, nutrologia, diabetes, doença trofoblástica gestacional e outros), que participam de grupos de pesquisa específicos, que estavam de férias ou licença e alunos de graduação. Dentre um total próximo de 50 pessoas, foram entrevistados 24 profissionais de saúde, englobando as seguintes categorias profissionais: enfermagem, medicina, psicologia e nutrição. Os profissionais foram selecionados por conveniência e o número de participantes foi definido pela saturação de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas a partir de um questionário. O questionário possuía questões abertas e fechadas, contendo dados sociodemográficos e profissionais, informações relacionadas às expectativas e percepções, além de conhecimentos acerca do PP e nascimento. O contato inicial com os profissionais ocorreu no devido ambiente de trabalho, durante o período laboral, antes, depois ou nos intervalos das consultas. As entrevistas foram concedidas no próprio consultório ou, seguindo a vontade do participante, em outra sala que garantia a privacidade necessária dentro do ambulatório, sendo transcritas no ato e relidas ao entrevistado a fim de se obter o registro fiel.

Para a análise e discussão do material utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, nos procedimentos metodológicos: categorização, inferência, descrição e interpretação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009). A fim de preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelo sistema alfanumérico, utilizando-se a letra inicial da palavra “entrevistado” seguida de uma ordem numérica: (E1), (E2)...(E24).

O estudo seguiu a normatização para atividades de pesquisa e intervenções com os seres humanos, pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a inclusão dos participantes do estudo após a autorização mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), CAAE: 02807218.8.0000.5275, por meio do parecer nº 3042958, em 28 de novembro de 2018.

3 | RESULTADOS

Participaram do presente estudo vinte e quatro profissionais, vinte e um (87,5%) eram do sexo feminino e três (12,5%) do sexo masculino, todos com idades entre vinte e quatro e quarenta e nove anos. Dentre residentes de obstetrícia, de saúde perinatal e staffs, sete possuem mestrado em diferentes campos da saúde e quatro são especialistas em atenção obstétrica ou materno-infantil. Além disso, cinco são enfermeiros, treze médicos, três nutricionistas e três psicólogos. O tempo de formação acadêmica variou entre um e vinte e sete anos. Cabe ressaltar que as consultas de pré-natal são realizadas exclusivamente pela equipe médica, agregando as demais áreas de saúde conforme o prosseguimento da gestação.

Quando questionados com relação ao conhecimento sobre o PP, vinte (83,3%) responderam conhecer, enquanto quatro (16,6%) afirmaram desconhecer o mesmo. Nesses casos, foi feita uma breve explicação e a entrevista teve prosseguimento. Das entrevistas emergiram quatro categorias temáticas: 1. Perspectivas da equipe; 2. O planejado e o inesperado; 3. Treinamento – o cenário e seus enfrentamentos; 4. Estímulo à confecção do plano de parto.

3.1 Perspectivas da equipe

Nesta categoria abordamos a percepção dos profissionais de saúde quanto à implantação e implementação do plano de parto no serviço de saúde. Valorizou-se a etapa por ser um momento no qual as propostas se materializam com a atuação dos agentes implementadores. A implementação é reconhecida como variável na explicação do insucesso em atingir metas estabelecidas, ao antecipar problemas e considerar aqueles que surgem durante o processo (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

De forma geral, os profissionais responderam acreditar que o plano de parto pode auxiliar a mulher/acompanhante/familiar de modo positivo, no período que corresponde ao

trabalho de parto, ao parto e ao período de cuidados com os neonatos, em consonância com o modelo de humanização:

No parto humanizado a mulher se sente mais confortável, sente menos dor, mais acolhida pela equipe, mais segura e tem menos estresse no trabalho de parto (...). A escolha do acompanhante, analgesia, no pré parto servem de auxílio para amenizar a dor, como o uso de aromaterapia, massagem, decidir a posição para parir (E6).

O PP foi identificado por alguns dos profissionais como uma ferramenta de auxílio ao trabalho de parto e cuidados neonatais pelo seu caráter instrutivo, possível de perceber nas seguintes falas:

(...) quando a mulher faz o PP, ou procura saber sobre, ela está mais orientada, por saber o mínimo dos direitos dela e vai se sentir mais segura. Acredito no PP que é discutido com a equipe para fazer os acordos (...) (E9).

Acho que quando a mulher vem preparada e já conhece os passos do que vai acontecer ela se sente mais segura, ela e o acompanhante. Claro que cada parto é um parto, mas as partes primordiais você consegue prever como vão acontecer, se sentir acolhida é parte do processo e não só paciente (E15).

Como demais benefícios para as mulheres/bebês, foram citados: a promoção de segurança, o conforto/ambiência, o acolhimento, a garantia de direitos e a formação de vínculos.

Posições que querem ficar, métodos não farmacológicos para alívio da dor. Explico dos cuidados imediatos com o bebê, direito e deveres do acompanhante de livre escolha, escolher alguém que as deixe calmas e tranquilas (E9).

Escolher a posição para ganhar o bebê, uma música, um aroma, se ela vai fazer o primeiro banho do bebê, quem vai acompanhar, iluminação, meia luz, luz acesa (E15).

Oriento a pensar como gostariam que fosse o parto, incentivo a conversar com a enfermagem, médicos e participar do Cegonha Carioca (...) (E24).

Em contraponto, outros discursos referem-se às percepções, expectativas e desejos que de alguma forma não são contemplados na proposição do PP. Dentre os profissionais que alegaram discordar do plano de parto, alguns ressaltam a importância da comunicação:

(...) isso deve ser construído durante o pré-natal através da relação construída com a equipe durante o pré-natal. Eu acredito no que é conversado, no que a paciente fala e não em um papel. Mas deve ser respeitado o desejo da paciente (E7).

(...) entendo a necessidade de querer o PP devido à violência obstétrica que muitas sofreram. Acho importante não definir regras e sim conscientizar e conhecer seu corpo, porque você não pode garantir que aquilo vai ser cumprido. Concordo que quanto mais hands off melhor (E8).

A declaração, no entanto, remete aos fundamentos do PP, como a construção conjunta ao grupo de trabalho durante as consultas de pré-natal, com o propósito de troca dos saberes por meio do diálogo. Neste caso, o profissional referiu discordar do planejamento do parto por escrito (PP), ainda que sustente os mesmos princípios

propostos pelo material.

Outra apreciação no que se referem ao PP foi expressa:

Eu não oriento o PP, mas explico sobre os procedimentos, o direito de doula, acompanhante, as rotinas da maternidade. Dieta, direito de ingerir o que quiserem, analgesia (direito de solicitar), exercícios para o trabalho de parto. Oriento exercícios para o períneo no pré-natal (E17).

O profissional E17 afirmou não orientar o PP, mas ressalta instruir quanto aos direitos e cuidados requeridos, com base nas boas práticas de atenção. Pode-se inferir que mesmo não estimulando a confecção do PP de forma física e diretiva, o profissional o fomenta, uma vez que o conhecimento advindo desta interação é capaz de auxiliar no planejamento por parte da mulher/acompanhante.

Outros relatos apontam a necessidade do trabalho em conjunto, a fim de estabelecer uma relação de confiança entre equipe e gestante.

(...) orientar que elas têm o direito de não querer analgesia, que aceitem sugestões, posicionamentos, para contribuir com o trabalho de parto e criar a relação com a paciente, evitando complicações. Por exemplo, quando a mulher vem com doula e não quer conversar com o médico, comunicação só por intermédio da doula (E8).

(...) as vezes o mais importante é a formação de laços com a equipe, as vezes temos um parto muito bom com práticas não consideradas humanizadas. Porque as relações que se criam no momento do parto são tão importantes quanto as intervenções ou não, porque a mulher precisa se sentir presente e ser incluída (E21).

A fala de E8 evidencia a existência de entraves na comunicação, a qual é fator fundamental na terapêutica. Pensando no arcabouço do PP, na importância da conversa e formação de vínculo em um momento prévio ao parto, talvez, esse entrave interacional pudesse ser desconstruído através do conhecimento do instrumento em discussão. Ele possibilitaria que acordos bilaterais fossem estabelecidos, além de facilitar uma boa relação entre os integrantes da equipe, a mulher grávida, seu acompanhante e/ou doula.

O discurso de E21 contribui na qualificação de sentido às relações e à comunicação, ao mesmo tempo em que desconsidera a relevância do conhecimento com base nas boas práticas de atenção. Apresenta-se, novamente, um paradoxo na fala dos entrevistados, uma vez que, as tecnologias leves e a inclusão da mulher na proposição dos cuidados integram os princípios das boas práticas.

3.2 O planejado e o inesperado

Alguns dos relatos demonstraram questionamentos quanto ao desconhecimento da mulher ao produzir o documento, o que, segundo os entrevistados, pode prejudicar a relação com a equipe e expor a gestante à frustração diante dos resultados, conforme relatos a seguir:

(...) a maioria das mulheres não tem noção do que é o plano de parto, embora elas leiam sobre parto isso é muito individual. As vezes elas chegam com o PP e no meio do caminho mudam de ideia, principalmente primigesta, por não ter experiência, primeiro

apresentam um PP engessado e depois ignoram o plano (E8).

(...) acho que o mais importante é elas terem noção de que alguns requisitos que elas colocam dependem muito do momento(...). Porque se for algo que tenha indicação precisa ser conversado para ficar um clima bom e o PP perde o seu motivo/razão. Elas precisam ter orientação e ter fundamento nas escolhas (E18).

(...) se você fica como único plano possível, isso acaba gerando para a mulher uma frustração muito grande, se acontece diferente do planejado e com sofrimento psíquico. Acho que o mais importante é preparar a mulher para o melhor parto possível para ela e o bebê, pois é só um plano, nem sempre é aquilo que acontece (E21).

Algumas considerações mencionadas pelos profissionais acima, como o desconhecimento da mulher e PP engessado, podem significar ausência de orientações dos profissionais que as assistem, uma vez que, são direitos dos usuários. Diversos podem ser os motivos que as impedem de conhecer antecipadamente o local e os profissionais que irão acompanhá-las, prejudicando, assim, a formação de vínculo com a equipe e a compreensão dos materiais e tecnologias à disposição no momento de parir.

3.3 Treinamento – o cenário e seus enfrentamentos

A fala dos profissionais remete a possibilidade de aprimorar esse eixo de conhecimento. Quando solicitadas estratégias de treinamento da equipe a maioria se mostrou receptivo e explanou contribuições fundamentadas na prática da unidade hospitalar.

Orientar a equipe a ler sobre PP, devido ao desconhecimento. Existem evidências científicas da atuação conjunta para um melhor desfecho perinatal. Curso de aprimoramento reforça o que é estabelecido no PP, fazer com que a equipe entenda a evidência científica, a fim de evitar resistência (E3).

Treinamento em serviço, no caso do ambulatório onde nem todos os profissionais conhecem o centro obstétrico, seria interessante. Orientar a teoria e associar com a prática conhecendo a unidade e o que dispõe para a mulher (E15).

Treinamento que mostre a elaboração do PP, mostrar que não vai tirar a autonomia do médico, que pode ser conversado com o médico e equipe. Aulas expositivas e dados de pesquisa sobre a percepção da mulher com PP (E17).

Com as entrevistas foi possível identificar a existência de treinamento sobre assuntos gerais na unidade. Dos vinte e quatro entrevistados, dezoito afirmaram ter recebido algum treinamento enquanto atuando no local. Com relação à frequência, quatro afirmaram ser semanal, dois, trimestral, três, semestral e nove, anual. É importante observar a diversificação da frequência dos treinamentos, o que pode representar treinamentos específicos das categorias profissionais.

Partindo do reconhecimento de que os entrevistados possuem conhecimentos válidos para serem veículos de troca, foram solicitadas sugestões para a composição do PP, a fim também de compreender o entendimento sobre o mesmo. Obtivemos respostas alinhadas ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), no entanto, o que mais se evidenciou foi a preocupação em incluir possíveis intervenções que porventura se mostrem oportunas.

Reconhecimento dos sinais de início de trabalho de parto, benefícios e desvantagens do parto normal e parto cesárea (...) (E19).

Métodos não-farmacológicos, alimentação pré, intra e pós-parto (parto normal e parto cesárea), episiotomia, possíveis intervenções (fórceps, vácuoextração), aleitamento materno imediato (E4).

3.4 Estímulo à confecção do plano de parto

Quando indagados a respeito do incentivo à confecção do documento, oito (33,3%) profissionais afirmaram abordar a temática com as gestantes da unidade, enquanto dezesseis (66,6%) referiram não utilizar dessa prática. Dentre os dezesseis, doze afirmaram que se sentiriam aptos mediante treinamento, enquanto quatro mantiveram a opinião contrária.

Na questão da pesquisa: Qual a sua sugestão para estímulo à confecção pelas usuárias? As respostas contemplaram sugestões envolvendo orientação e educação. Conforme é possível perceber nos relatos a seguir:

Durante a consulta de pré-natal, desde o primeiro contato, não deve deixar para o final da gestação (E2).

Acho bom ter um modelo com os pontos principais, uma série de perguntas e trabalhar em cima daquilo (E5).

(...) temos a visita do Cegonha, porque é uma oportunidade em que elas estão aqui, ou até mesmo no acolhimento, para elaborar ao longo do pré-natal (E11).

Argumentar porque aquilo faz diferença, que é um direito dela de esclarecer mais para a equipe que vai atender no trabalho de parto, para um bom relacionamento e mostrar quem é essa gestante (18).

É possível perceber, nas falas, a forma que alguns profissionais se demonstram solícitos à orientação, com sugestões possíveis de serem avaliadas para aplicabilidade no local.

4 | DISCUSSÃO

Uma pesquisa realizada na Espanha sobre o cumprimento dos planos de parto e seus respectivos resultados maternos e neonatais concluiu que existe relação direta entre o grau de desempenho do PP e a obtenção de melhores resultados. Acompanhado por diminuição nas taxas de cesárea e bons testes de avaliação do RN. Os autores evidenciam a observação na prática clínica, elencam o planejamento como uma contribuição ao parto natural e fisiológico, pois favorece a comunicação com os profissionais e promover maior satisfação (LOPEZOSA; MAESTRE; BORREGO, 2017).

Trabalhos realizados com puérperas acerca das contribuições da realização do PP, ratificam o quanto as mulheres se tornam munidas de informações sobre a assistência

ao parto no processo de construção do documento. Tendo como resultado a vivência de melhores condições físicas e emocionais, com o estabelecimento de relações de respeito com os profissionais que as acolhem (RODRIGUES, 2017; MOUTA ET AL, 2017).

Uma revisão integrativa quanto às repercussões do PP culminou na formação de três evidências: (i) a construção do documento influencia positivamente no processo de parto e desfechos; (ii) as expectativas irrealistas podem causar insatisfação com a experiência do parto e (iii) prestadores de cuidado desempenham papel central no apoio à realização e cumprimento do plano. Os autores evidenciam que a satisfação com o parto é diretamente proporcional ao grau de cumprimento das escolhas maternas, com a tendência de as mulheres sentirem-se frustradas e insatisfeitas quando o parto não ocorre conforme planejado. Ressaltam, também, a existência de estudos que sugerem a denominação “Plano de Parto” imprópria, por estimular a crença de que o nascimento pode ser planejado e ignorar a natureza dinâmica do parto (MEDEIROS ET AL, 2019).

Diversos estudos defendem a elaboração do documento (PP) como conferência de confiança e aquisição de saberes. Os artigos evidenciam a necessidade de construção conjunta à equipe e o compartilhamento com os profissionais da assistência, de modo a compreender a singularidade feminina. Pesquisadores expõem que a execução das atividades referidas no plano é algo dinâmico, conferindo à gestante o poder de recriar a forma como ela quer que aconteça seu parto no momento de parir. Dessa forma, enfatizam o documento como uma tecnologia viva, possui dinamicidade e é adaptável (CORTÉS ET AL, 2015; MENEGOLLA; SANT’ANNA, 1992; MOUTA ET AL, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, os profissionais acreditam no benefício da inclusão do PP e enfatizam a necessidade de desenvolver um método em conjunto para a sua efetiva implementação. Acreditam nos treinamentos como promoção de capacidades e que, por conseguinte, gerariam maior adesão. A amostra abrangeu profissionais com atuação direta no cuidado materno e neonatal e foi possível observar um conhecimento superficial a respeito da temática. Infere-se a necessidade de maior estímulo ao PP, uma vez que siga as recomendações expostas pelo MS e por seu impacto na qualidade da atenção.

O instrumento é utilizado por gestantes com o objetivo de auferir resultados positivos na experiência do parto, sendo o seu processo de construção uma forma de estreitar laços e promover relações de confiança entre usuárias e equipe. Em razão disso, o PP é indicado como fator relevante no processo de gestar e parir, no qual a mulher possui ao seu lado uma equipe qualificada que a possibilite compreender suas transformações fisiológicas, estando consciente das suas escolhas e cuidados gestacionais.

REFERÊNCIAS

- CORTÉS, Maria Suárez et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583 Acesso em 20 set 2018.
- DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde debate**, v. 39, n.104, jan/mar, pág. 210-225, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>. Acesso em 10 jun 2019.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, pág. 17-27, jan, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 15 nov 2018.
- LOPEZOSA, Pedro Hidalgo; MAESTRE, Maria Hidalgo; BORREGO, Maria Aurora Rodriguez. O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.2007.2953. Acesso em: 20 set 2018.
- LOTHIAN, Judith. Birth plans: The good, the bad and the future. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 35, pág. 295-303, mar-abr, 2006. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34351-3/abstract](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34351-3/abstract). Acesso em 2018 set 27.
- MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em 16 fev 2019.
- MENEGOLLA, Maximiliano. SANT'ANNA, Ilza Martins. **Por que planejar? Como planejar?** Petrópolis: Editora Vozes, 1991.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1ª edição. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
- MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, n. 31, mar, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000400305. Acesso em 19 mar 2019.
- RIO DE JANEIRO. Lei n. 7191, de 6 de Janeiro de 2016. **Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências**. Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), Rio de Janeiro. Republicada em 19 Jul 2016. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7?OpenDocument>. Acesso em 20 set 2018.
- RODRIGUES, Milene Silva. **Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto**. 102 f. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2017. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/971M.PDF>. Acesso em 16 fev 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate Technology for Birth, **Lancet**. 1985 aug; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>. Acesso em 27 set 2018.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: ABORDAGEM NA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 02/04/2020

Manuela Costa Melo

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS),
Curso de Enfermagem, Brasília-DF. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2018-1801>.

Luana Nunes Lima

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF),
Brasília-DF. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4620-9400>.

Lara Mabelle Milfont Boeckmann

Universidade de Brasília (UnB), Departamento
de Enfermagem, Brasília-DF. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1213-559X>.

Luciana Melo de Moura

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF),
Brasília-DF. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4514-2171>.

Ruth Geralda Germana Martins

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF)
Brasília-DF. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6687-1560>

Ana Socorro de Moura

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF),
Brasília-DF. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8297-4156>

Amanda Costa Melo

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
(SESBA), Salvador-BA. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3282-5918>.

RESUMO: Objetivo: comparar, na perspectiva, de crianças e de profissionais de saúde, acerca da compreensão de cuidado prestado pelo profissional em unidade pediátrica. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na teoria das representações sociais. Participaram sete crianças, cinco enfermeiras e sete técnicas de enfermagem. Dados foram obtidos por registro fotográfico seguido de entrevista individual e anotações no diário de campo. Utilizou-se *software* webQDA para categorização dos dados e para análise das informações a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** As representações do cuidar desvelaram-se em duas categorias temáticas: significados do cuidado imaterial e significados do cuidado material. **Discussão:** Os cuidados imateriais referem-se à afabilidade, ao ser cuidador, aos acompanhantes, à comunicação, à responsabilidade e à cooperação. Os cuidados materiais referem-se à alimentação, à brinquedoteca, ao ambiente, às atribuições profissionais e aos procedimentos. **Considerações finais:** Ao comparar a perspectiva, este estudo representou considerações relevantes à enfermagem e reforça reflexividade acerca do que significa cuidar da criança hospitalizada, e assim aumentar o escopo de possibilidades de

intervenções na perspectiva do cuidado centrado na criança e família.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização; Criança; Saúde da criança; Cuidado da Criança; Pesquisa qualitativa.

NURSE'S ROLE IN THE CARE OF HOSPITALIZED CHILDREN: APPROACH IN SOCIAL REPRESENTATION

ABSTRACT: Objective: to compare, from the perspective, of children and health professionals, about the understanding of care provided by the professional in a pediatric unit. **Method:** This is a qualitative study, based on the theory of social representations. Seven children, five nurses and seven nursing technicians participated. Data were obtained by photographic record followed by individual interview and notes in the field diary. WebQDA software was used to categorize the data and to analyze the content analysis technique for information analysis. **Results:** The representations of care were revealed in two thematic categories: meanings of immaterial care and meanings of material care. **Discussion:** Immaterial care refers to affability, to being a caregiver, to companions, to communication, responsibility and cooperation. Material care refers to food, playroom, environment, professional attributions and procedures. **Conclusion:** When comparing the perspective, this study represented relevant considerations to nursing and reinforces reflexivity about what it means to care for hospitalized children, and thus increase the scope of possibilities for interventions in perspective of child-centered care and family.

KEYWORDS: Hospitalization; Child; Child Health; Child Care; Qualitative Research.

1 | INTRODUÇÃO

As crianças ao adoecerem vivenciam experiências estressoras, como medo e ansiedade além dos desconfortos da própria doença, e com a situação da hospitalização, costuma ser a primeira crise enfrentadas por elas. Suas reações, nesses casos, dependem, principalmente, da fase de desenvolvimento em que estão; se já vivenciaram experiência com hospitalização; sua capacidade de enfrentamento inata ou adquirida; a gravidade do diagnóstico; e sistemas de suporte disponíveis (SILVEIRA, PAULA & ENUMO;2019).

O atual modelo de atenção à saúde da criança é centrado nela e em sua família. Esse modelo percebe a criança como inserida em uma família, e no seu contexto socioambiental, e a equipe multiprofissional – que inclui enfermeiras e técnicas de enfermagem – no qual, muitas vezes, não se preocupam com os fatores estressores causados pela internação, apenas à situação clínica das crianças e os cuidados diários, e nesses, a família é incluída (MIRANDA *et al*;2015). As crianças são as melhores fontes de informação acerca de suas vivências e seus significados com relação ao cuidado recebido, no decorrer da hospitalização (SANTOS *et al*,2016).

Sendo o cuidado, a essência da enfermagem, este estudo utiliza-se o conceito estabelecido por Carol Thomas (THOMAS;1993), e assim, em uma definição ampla, ela define que o cuidado, inclui toda maneira de trabalho centrado nas pessoas. Portanto, o cuidado, pode ser conceituado como empreendimento de ações que tocam o ser humano em sua essência e enfocam sua importância tanto a quem o recebe, como a quem o oferta (FALKE, MILBRATH & FREITAG;2018).

Portanto, este estudo justificou-se pela necessidade desenvolver pesquisas que reforcem a relevância do cuidado, no decorrer da hospitalização, pois a família e o profissional de saúde são fatores essenciais, na aquisição de habilidade e competência para atuarem, com segurança, diante da hospitalização infantil.

Considerando que o cuidado precisa ser significativo tanto a criança, como ao profissional de enfermagem, este estudo, questiona-se: existe relação entre a perspectiva da criança e do profissional, acerca do cuidado prestado? E assim, possui como objetivo: comparar, na perspectiva, de crianças e de profissionais de saúde, acerca da compreensão de cuidado prestado pelo profissional em unidade pediátrica..

2 | METODOLOGIA

2.1 Aspectos éticos

Foram asseguradas todas as exigências preconizadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF, com parecer nº 2.897.875 e CAAE 93090218.5.0000.5553, de 17 de setembro de 2018.

2.2 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa. Fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS) (MOSCOVICI;2003). Essa teoria foi criada por Moscovici. É entendida como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o meio em que estão inseridos e que vai determinar seus comportamentos e práticas, e orientar as ações e relações sociais. O objeto da TRS são as representações que envolvem o conhecimento elaborado e difundido entre os sujeitos sociais, suas práticas e suas significações (de objetos, pessoas e acontecimentos). O pressuposto dessa teoria é investigar o que pensam, por que pensam e como pensam os participantes de um estudo.

2.3 Procedimentos metodológicos

A coleta de dados foi conduzida na unidade pediátrica de um hospital público vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), pertencente

a Coordenação da Regional Central de Saúde. Nessa unidade atendem crianças e adolescentes de 0 a 13 anos incompletos, com doenças clínicas e cirúrgicas, e também com necessidades especiais de saúde. Realizada entre fevereiro e agosto de 2019.

A população do estudo foi selecionada por conveniência. Estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: profissionais de enfermagem com atuação, na unidade pediátrica, por mais de seis meses; e o das crianças, hospitalização há pelo menos 12 horas. E como de exclusão: interrupção do participante por mais de dez minutos, durante a entrevista, e/ou não conseguir manusear o equipamento fotográfico. Para garantir o anonimato, os participantes foram designados pelas letras C (Criança), E (Enfermeiro) e TE (Técnico de Enfermagem), seguidas de números de 1 a 19.

O contato inicial foi realizado com os pais, e assim a aproximação com as crianças, e com os profissionais de enfermagem. Ao abordar o participante, foi disponibilizada uma câmera instantânea, para registro fotográfico, de no máximo 10 poses, e ser possível apresentar a representação do que seria o cuidado. Após a finalização desses registros, a entrevista era iniciada com as informações sociodemográficas e a questão disparadora: conte-me, diante, do registro fotográfico realizado por você, porque essas fotografias significam cuidado. No total foram realizados, aproximadamente, oito registros fotográficos por participante e as entrevistas duraram cerca de 40 minutos cada.

A escolha desse recurso, máquina fotográfica, reforça que cada vez mais há complexidade de metodologias capazes de considerar os olhares e prismas sobre um mesmo objeto, que possui várias formas de ser contemplado e, por diversas vezes, impossível de ser visto em sua totalidade a partir de apenas um ângulo (TUZZO & BRAGA;2016); que o processo de comunicação humana é multimodal e multicódigo; e que conteúdo imagético, pode atingir mais intensamente as informações das dimensões valorativas e afetivas, principalmente quando relacionado a parte verbal da representação social, optou-se pela abordagem metodológica de alinhar as imagens produzidas pelos participantes da pesquisa aos comentários verbais destes (MEDINA FILHO;2013).

As entrevistas foram gravadas na íntegra, transcritas e organizadas por três pesquisadoras com o apoio do *software* webQDA; posteriormente, realizou-se cruzamento para buscar maior confiabilidade do processo. Também foi registrado, no diário de campo, anotações que se destinou a informar as impressões constada no ambiente e nos participantes.

O tratamento dos dados, foi realizado a partir da análise de conteúdo, que para Laurence Bardin (BARDIN;2011), é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Para manter o rigor metodológico no estudo, foi utilizada como ferramenta de apoio *The Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) (O’BRIEN *et al*;2014).

3 | RESULTADOS

Participaram 19 pessoas, sendo sete crianças, cinco enfermeiras e sete técnicas de enfermagem. As crianças participantes desta pesquisa, tinham entre sete e 10 anos, habitavam e estudavam no Distrito Federal, Brasil; apenas uma estava vivenciando sua primeira experiência de hospitalização; e apenas uma era do sexo feminino. Todas as participantes, profissionais de enfermagem, eram do sexo feminino; três delas atuam na unidade pediátrica por escolha, e nenhuma possui especialização em enfermagem pediátrica. Enquanto participantes, técnicas de enfermagem, uma delas cursa graduação em enfermagem; duas possui graduação em outros cursos superiores, que não enfermagem; e apenas duas não foram atuar na unidade pediátrica, por escolha.

No entendimento da primeira “**Significados do Cuidado imaterial**”, emergiram diferentes narrativas, principalmente no que concerne ao envolvimento afetivo entre criança e profissional. Identificamos que os significados deste tipo de cuidado permeiam a afabilidade, as percepções de ser cuidador, o acompanhante, a comunicação, a responsabilidade e a cooperação.

A afabilidade foi expressa como ações subjetivas, que acontecem, que são desejadas, ou ainda negadas durante a hospitalização infantil. As crianças expressam sua satisfação quanto à expressão física de afeto, inclusive por meio do sentimento de cuidado personalizado, todavia, os profissionais divergem acerca desse tipo de expressão o que demonstra que essa é uma decisão individual e não inerente à atuação:

Eu a acho essa tia legal porque ela me abraça, me beija. Ela beija todo mundo aqui, e eu gosto de abraço e beijo (C6).

Essa criança aqui veio toda alegre falar comigo, virou minha amiga. Quando os pacientes vêm, se despede, dá beijo, para mim é muito bom, muito gratificante. (E5).

A gente tem que desenvolver maneiras para fazer com que a criança tenha o cuidado que ela necessita, mas, que não seja traumatizante (T1).



Registros fotográficos – arquivo pessoal.

A presença do acompanhante emergiu nas falas dos participantes, representando alguém que acompanha de perto a hospitalização da criança, que com ela mantém vínculo afetivo e que pode colaborar ou atrapalhar a atuação da equipe multiprofissional.

[...] Essa daqui é minha mãe. Eu gosto muito dela. Ela que está com a dor nas costas. É a única que me ajuda (C6).

A pediatria precisa de acompanhantes calmos, que estão seguros [...] o acompanhante fica muito cansado, brigando com a equipe, muitas vezes é cansaço (E4).

O acompanhante, ao contrário do que muita gente fala, ajuda muito, não acho que atrapalha. O acompanhante ajuda porque ele sabe como era o paciente antes de estar doente, porque o profissional não sabe, só sabe do momento da doença (T3).

Apenas por meio da comunicação se consegue explicar situações tão comuns aos profissionais e destacamos que apesar das potencialidades, a efetiva comunicação é cercada de dificuldades:

Pediram o exame, mas, ninguém falou para ela onde que é feito, então isso gera ansiedade nela e eu acho que é papel de toda a equipe dar esse tipo de informação, é papel de quem estiver perto. Mas, eu acho que nós, profissionais da saúde, estamos perdendo a capacidade de escutar. Não pergunta se a pessoa tem alguma dúvida. Tem gente que é muito humilde, às vezes tem vergonha de perguntar [...] (E4).

É difícil também quando a mãe fica perguntando para a gente quando a criança vai embora. [...] Eu falo com a criança só quando ela não é pequena, porque quem tem que falar com criança pequena é a mãe. Quando é uma criança grande que já entende, aí eu falo para os dois (T6).



Registros fotográficos – arquivo pessoal.

A significância da responsabilidade foi evidenciada nas falas das crianças e das profissionais, apesar de bases conceituais diferentes - dever de assumir as consequências dos próprios atos e de outrem pelas profissionais, e como sinônimo de confiança pelas crianças.

Tem um negócio aqui no meu braço com meu nome, que serve para as médicas não me confundirem e não me darem medicação errada (C2).

[] a criança não sabe a importância da identificação, o risco que a criança tem por não ficar identificada. Você tem que explicar tudo, o porquê você identifica. Explica que não é só para a criança ter um rótulo, é para ela não ter risco de ser roubado, para a enfermagem não ter dúvida na hora de uma medicação (E5).

A gente não pode errar porque é a vida do paciente, a gente tem que zelar por ele (T6).

Na segunda temática “**Significados do Cuidado material**” evidenciaram narrativas acerca da brinquedoteca, do ambiente, das atribuições profissionais e dos procedimentos.

Para a criança, a hospitalização é uma extensão da sua rotina e atividades que ela já fazia habitualmente vivenciadas durante essa experiência e promovem bem estar, como é o exemplo da alimentação.

Essa foto é da brinquedoteca, porque a televisão ajuda a gente a saber o que está acontecendo no mundo fora daqui e os livros porque ajuda a gente a aprender (C2).

Brincar é uma coisa que a criança tem que fazer pelo menos 2 horas por dia, porque isso serve para mexer com o cérebro dela, eu vi numa reportagem. [...] está relacionado com o aprendizado das crianças (E6).

Uma criança ficar deitada, olhando para o teto, sendo medicada não vai dar certo. Quando você tem uma brinquedoteca e pode tirar a criança daquele foco de hospital, e aproximar da rotina que ela tinha em casa, dos brinquedos, ela vai espairecer, na classe hospitalar, não só pela parte da pedagogia, que funciona muito bem aqui no hospital, mas, pela parte lúdica, que tira a criança do foco do hospital (T1).



Registros fotográficos – arquivo pessoal.

O ambiente hospitalar, e todos os materiais envolvidos no processo de cuidado à criança hospitalizada, são evidenciados, pois ao passo que se prolonga a imersão da criança no ambiente hospitalar ela observa atentamente as estruturas (físicas e virtuais) e atribui significados a elas.

[...] não tem uma cadeira decente para o acompanhante. [...] Minha mãe está com dor de costa. [...] Essa foto aqui é da sala. Aqui tem tudo certinho, tudo que preciso. Lá que tem esse negócio aqui. também aqui tem algodão para passar antes de furar (C7).

O que prejudica hoje o cuidado da enfermagem é a estrutura, a falta de insumos, de recursos humanos, [...] (E1).

Essa foto representa medicação, sala de medicação e organização (T1).

Os procedimentos, corriqueiros na unidade, necessários à parte das hospitalizações e por vezes invasivos também estiveram presentes nos discursos das crianças e dos profissionais, mas, de forma divergente.

Eu acho que não precisa tirar sangue, porque é chato e dói e eu choro. Quando eu vou tirar sangue alguém tem que me segurar porque senão eu fujo (C5).

[...] Explica que a partir dessa coleta de sangue a gente está tentando saber qual é o diagnóstico dela, e que se a gente não coletar não vai dar para saber por que ela está doente, e pergunta se ela gosta de estar doente (E1).

[...] mostra um cateter nasal, porque quando a criança não está respirando direito, a gente tem que ficar sempre atento (T4).

4 | DISCUSSÃO

Frequentemente a doença e a hospitalização são as primeiras crises enfrentadas pelas crianças. Suas reações são influenciadas pela idade, fase de desenvolvimento, experiência prévia com a enfermidade, a separação ou a hospitalização, capacidade de enfrentamento inata ou adquirida, gravidade do diagnóstico e sistemas de suporte disponíveis.

Enquanto participantes, as crianças, neste estudo, estão na fase do desenvolvimento do período concreto, e assim, permite o pensamento lógico, imerso em raciocínio, de forma que elas compreendam os eventos vivenciados e se percebam como indivíduos ativos no mundo (CEVOLANE *et al*,2017). Todavia, as narrativas são complexas, o que dificulta o estabelecimento da comunicação efetiva, e exige que o profissional esteja disposto a transmitir as informações possibilitando sua genuína compreensão, e assim, reduzir o estresse da hospitalização (TEREZAM, REIS-QUEIROZ & HOGA;2017).

Enquanto, para os profissionais de enfermagem, a empatia é um aspecto relevante nas representações. Inicialmente, vale dizer que empatia não se trata de fazer pelo outro o que gostaria que fizessem por si, mas, sim, fazer pelo outro o que ele deseja, naquele momento; a empatia trata da habilidade de compreender o que o outro sente. Uma possibilidade ao desenvolvimento dessa habilidade é não jogar previamente, escutar ativamente, atentar-se aos aspectos da comunicação (verbal e não verbal).

Na primeira temática “Significados do Cuidado imaterial” emergiram diferentes narrativas acerca do significado de cuidado, principalmente no que concerne ao envolvimento afetivo entre criança e profissional. Sabe-se que o ser humano tem internalizada a possibilidade de troca de afeto, logo, durante a hospitalização a criança pode transferir suas necessidades emocionais às novas pessoas inseridas no seu universo³. Ademais, alguns profissionais de enfermagem acreditam que o afastamento emocional é uma forma eficiente de se proteger do sofrimento (SANTOS *et al*,2017).

Ratificamos que ao passo que alguns profissionais tendem ao distanciamento da criança teme-se a perda da correta identificação de suas necessidades, o que pode prejudicar o reestabelecimento da sua saúde. Faz-se necessário reforçar que a Política Nacional de Humanização aponta a escuta qualificada, inclusive além das expressas queixas e necessidades do outro, como necessária nos serviços de assistência à saúde. Pois apenas assim alcança-se o nível ideal de atenção integral à saúde (SILVEIRA, PAULA & ENUMO;2019).

Nas narrativas alguns aspectos imateriais foram relevantes como representações significativa sobre o cuidado, tais como: comunicação efetiva, relevância da presença do acompanhante, responsabilidade profissional e trabalho multiprofissional.

O ato de comunicar-se é essencial para o desenvolvimento das atividades profissionais junto à família e à criança no cuidado durante a hospitalização. A comunicação pode ser

entendida como prática social produto da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala, escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes, toque, entre outras manifestações (SILVEIRA, PAULA & ENUMO;2019), seja como forma de expressão de necessidades; possibilidade de explicação de procedimentos e consequente sentimento de segurança por parte da criança e sua família; e fortalecimento de vínculo entre família-criança-profissional.

A presença do acompanhante desvela-se como atendimento de necessidades afetivas da criança, e de cooperação e objeto de cuidado dos profissionais de enfermagem. Sua presença é relevante durante a hospitalização da criança. Quando o profissional possui competências técnicas e científicas, habilidade de comunicação, ele faz uso dessa no empoderamento da criança/acompanhante acerca do processo em que está inserido, e consequentemente estabelece um vínculo de confiança (SANTOS *et al*,2017).

O ato de responsabilizar-se foi significativo para todos os participantes, sendo sinônimo de confiança para a criança e de dever para as profissionais – que valorizam a correta identificação da criança, o funcionamento estrutural da unidade, os registros em prontuário e a colaboração na formação de novos profissionais. A responsabilidade aparece nas falas das profissionais e está intimamente ligada ao seu código de ética (CEVOLANE *et al*;2017), aprovado em 1958 e que conta com atualizações periódicas, sendo a última de 2017, que dá suporte às suas ações e auxilia-o em suas escolhas a partir da descrição de direitos, deveres, proibições, infrações e penalidades e da aplicação das penalidades (TEREZAM, REIS-QUEIROZ & HOGA;2017). Na fala das crianças, a responsabilidade desvela-se como confiança nas profissionais.

O trabalho em equipe também é valorizado pelos profissionais. Entende-se por equipe a atuação coletiva, de transformação em uma multiplicidade de conceitos, caracterizada por conexões pelas quais os processos de saúde são realizados. As práticas em equipe só podem ser consolidadas e embasadas em cooperação mútua e harmônica quando há interação, comunicação e empatia, respeitando os diferentes saberes interdisciplinares((PERUZZO *et al* ,2018). Destaca-se que o registro em prontuário é um dos canais de comunicação mais eficazes na transmissão de informações (MASSOCO & MELLEIRO;2015).

Na segunda temática “Significados do Cuidado material”, foram desveladas narrativas sobre os significados do cuidado relativos à brinquedoteca, ao ambiente, aos profissionais e aos procedimentos. Para a criança, a hospitalização é uma extensão da sua rotina, e atividades que ela já fazia habitualmente, vivenciadas durante essa experiência promovem bem estar (BRASIL;2017). A brinquedoteca, cuja instalação nos estabelecimentos com internação pediátrica é obrigatória no território brasileiro, é uma ferramenta poderosa no processo de melhora da criança. Sendo a infância o período de mais intenso desenvolvimento, e este possível apenas por meio do brincar, é de suma importância que haja um espaço destinado a esse processo (PERUZZO *et al* ,2018;

LUCIETTO et al,2018).

Os incômodos acerca das estruturas também são percebidos pelas profissionais de enfermagem, entretanto, com consequências diferentes para essas, pois a estrutura do serviço e consequente condições de trabalho em crise, são apontadas como fatores geradores de prejuízo à saúde – biopsicossociocultural e espiritual. Por conseguinte, a organização é prejudicada no ambiente de trabalho, que passa a ser ainda mais desagradável, o que resulta em queda na qualidade do serviço, aumento do absenteísmo, desgaste do profissional, e desequilíbrio no desenvolvimento das atividades (SARTORETO & KURCGANT;2017).

Com relação as atribuições profissionais, foram evidenciadas as divergentes percepções. Alguns estudos sugerem que a sobrecarga vivenciada pela equipe de enfermagem está relacionada a falta de reconhecimento das atribuições específicas da sua profissão (SOUZA *et al*;2016). Tão logo o profissional seja capaz de conhecer suas competências, a equipe terá maior familiarização a respeito das suas atribuições, o que consequentemente diminuirá o acúmulo de cargas multiprofissionais e proporcionará efetividade e aumento da qualidade na prestação de serviços.

Deve-se considerar que na hospitalização as crianças nem sempre são capazes de entender, e raramente alguém se dispõe a explicar os processos envolvidos na hospitalização, assim, podem expressar os sentimentos negativos vividos por elas durante essa experiência por meio de choro, raiva e agressões – comportamento percebido pelas enfermeiras como falta de colaboração. Dessa maneira, sugere-se que os profissionais de enfermagem invistam na criação de vínculo e confiança, para se aproximar da criança e de sua família; e que se possível faça uso do brincar, com vistas a descontrair a criança e estimular seu desenvolvimento (FALKE *et al*;2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi alcançado e evidenciou os aspectos da hospitalização que apesar de notadamente de influência negativa no desenvolvimento da criança e na busca de equilíbrio por parte dos acompanhantes – considerando essa experiência como estressante e capaz de desencadear muitas mudanças e necessárias adaptações – merecem ser apresentados aos profissionais para que mudanças na prestação do cuidado sejam possíveis. Sendo possível às profissionais de enfermagem, reflexão acerca da sua prática. Fomenta reflexividade acerca do que significa cuidar da criança hospitalizada, e promove a construção consciente de novas formas de cuidar, ao expandir as possibilidades de aprendizagem, compreensão, atuação e resolução de problemas relacionados ao cuidado à saúde da criança.

Apontamos como limitação deste estudo o fato de que todas as profissionais de enfermagem serem do sexo feminino, e sendo o referencial teórico-metodológico a TRS

infere-se que culturalmente esse fato possa interferir nas representações sociais. Essa limitação pode ser minimizada com a realização de novas análises em diferentes cenários de cuidado à saúde da criança, de forma a promover constante reflexividade sobre esse fenômeno.

Vale ressaltar a importância de novos estudos acerca da temática, metodologias bem traçadas, que identifiquem aspectos do cuidado, que tornem essa vivência na hospitalização, por vezes inevitável, mais agradável, no intuito de qualificar os profissionais no assistência à criança hospitalizada. Sobre o até aqui discorrido apoia-se a possibilidade de que o cuidado seja uma experiência melhor para quem cuida e para quem é cuidado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução nº 564/2017 de 6 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

CEVOLANE, Lucas; SANTOS, Ana Paula Teixeira dos; VINCO, Gabriela Freitas; FAZOLO, Laureandro da Cruz; DONATELLI, Sabrina Marinato; & CANAL, Fabiana Davel. Desenvolvimento humano: um esboço da perspectiva de Jean Piaget. **Revista Dimensão Acadêmica**, v.2, n.1. 2017. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/revista-dimensao-academica-v02-n01-artigo-05.pdf>.

FALKE, Ana Cláudia Seus; MILBRATH, Viviane Marten; & FREITAG, Vera Lucia. Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem na abordagem à criança hospitalizada. **Rev. Contexto & Saúde**, v.18,n.34, 2018. Doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.34.9-14>

LUCIETTO, *Grasiele Cristina*; LIMA, *Lívia Tatiana de Souza*; GLERIANO, *Josué Souza*; Silva, *RONDINELE Amaral da*; & BORGES, *Angélica Pereira*. Brinquedoteca como ferramenta auxiliar no cuidado hospitalar: percepção de profissionais de enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**; v.12, n.10, p.88-103.2018. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudDesenvolvimento/article/view/870>.

MASSOCO, Eliana Cristina Peixoto; & MELLEIRO, Marta Maria. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Mineira de Enf.**; v.19, n.2, p.187-91. 2015. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150034>.

MEDINA FILHO, Antonio Luiz de. Importância das imagens na metodologia de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.2, p.263-71.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/03.pdf>

MIRANDA, *Angela Rodrigues de*; OLIVEIRA, *Amanda Rodrigues de*; TOIA, *Leticia Mitsui*; & STUCCHI, *Hebe Karina de Oliveira*. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**.; v.17, n.1, p.5-9. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/12890>.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2003. ISBN: 9788532628961.

O'BRIEN, BC; HARRIS, IB; BECKMAN, TJ; REED, DA; & COOK, DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. **Academic Medicine**.; v.89, n.9, p.1245-51. 2014. Doi: doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.

PERUZZO, Hellen Emília; BEGA, Aline Gabriela; LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; PERES, Aida Maris; & MARCON, Sonia Silva. The challenges of teamwork in the family health strategy. **Esc. Anna Nery**. v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>

SANTOS, Larissa Suelem Batista dos; COSTA, Kalidia Felipe de Lima; LEITE, Amélia Resende; LEITE, Ilana Deyse Rocha; SARMENTO, Natália Texeira; & OLIVEIRA, Giselle dos Santos Costa. Emotional perceptions and reactions of nursing professionals assisting children with cancer. **Rev enferm UFPE on line.**;v.11,n.4,p.1616-23. 2017. Doi: [10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201709](https://doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201709)

SANTOS, Priscila Mattos dos; SILVA, Liliâne Faria da; DEPIANTI, Jéssica Renata Bastos; CURSINO, Emília Gallindo; & RIBEIRO, Circéa Amália. Nursing care through the perception of hospitalized children. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 4, p. 646-653.2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>.

SARTORETO, Isabela Saura, KURCGANT, Paulina. Satisfação e insatisfação no trabalho do Enfermeiro. **Rev. Brasileira de Ciências da saúde.**;v.21,n.2,p.181-88. 2017. Doi: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n2.23408>.

SILVEIRA Kelly Ambrosio; PAULA, Kely Maria Pereira de; & ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Stress Related to Pediatric Hospitalization and Possible Interventions: An Analysis of the Brazilian Literature. **Trends Psychol.**;v.27, n.2,p.443-58. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2019.2-11>.

SOUZA, Geisa Colebrusco de; PEDUZZI, Marina; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; & CARVALHO, Brígida Gimenez. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>.

TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jessica; HOGA, Luiza Akiko Komura. The importance of empathy in health and nursing care. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n. 3, p. 669-670, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>.

THOMAS, Carol. De-constructing concepts of care. **Sociology**. London.; v.27,n.4,p.649-69. 1993. Available from: <https://www.jstor.org/stable/42855270?seq=1>.

TUZZO, Simone Antoniaci & BRAGA, Claudomilson Fernandes. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa.**;v.4,n.5,p.140-158.2016.Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/38/31>.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE ALTO RISCO

Data de aceite: 01/07/2020

Bianca Machado Cruz Shibukawa
Universidade Estadual de Maringá.

Gabrieli Patricio Rissi
Universidade Estadual de Maringá.

Kayna Trombini Schmidt
Universidade Estadual de Maringá.

Priscila Garcia Marques
Universidade Estadual de Maringá.

Ieda Harumi Higarashi
Universidade Estadual de Maringá.

RESUMO: Objetivo: avaliar o desenvolvimento de crianças de alto risco que foram acompanhadas num centro de referência. Método: estudo tipo coorte retrospectivo. Definiu-se como grupo exposto: crianças de alto risco com internamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) superior a 48 horas e, grupo não exposto: crianças de alto risco que não passaram por internação em UTIN. A coleta de dados ocorreu em 2018, por meio de avaliação de prontuário eletrônico. Utilizou-se instrumento estruturado, contemplando informações referentes às variáveis independentes e aos registros dos marcos neuropsicomotores por meio da Escala de Denver II. Resultados: Dos 808 prontuários analisados, 442 foram alocados

no grupo exposto e 366 no grupo não-exposto. O risco relativo de crianças desenvolverem algum tipo de déficit quando internadas em UTIN superior a 48 horas é de 4,3 em relação aos não-expostos, sendo que o mais prevalente foi o déficit de motricidade ampla. Conclusões: ressalta-se que para ser capaz de prever as alterações a saúde desde a atenção primária é importante conhecer os parâmetros considerados normais e compreender todo o contexto histórico e de vida da criança, priorizando, assim, intervenções precoces que possibilitem o alcance do seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Infantil; Saúde da Criança; Continuidade da Assistência ao Paciente; Deficiências do Desenvolvimento.

HIGH RISK CHILDREN'S DEVELOPMENT ASSESSMENT

ABSTRACT: Objective: To assess the development of high-risk children who were followed at a referral center. Method: retrospective cohort study. The following group was defined as: high-risk children hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) longer than 48 hours and, non-exposed group: high-risk children who were not admitted to the NICU.

Data collection took place in 2018, through the evaluation of electronic medical records. A structured instrument was used, including information regarding independent variables and neuropsychomotor landmarks records using the Denver II Scale. Results: Of the 808 charts analyzed, 442 were allocated to the exposed group and 366 to the unexposed group. The relative risk of children developing some type of deficit when hospitalized in NICUs longer than 48 hours is 4.3 in relation to the unexposed ones, and the most prevalent was the wide motor deficit. Conclusions: It is noteworthy that in order to be able to predict changes in health from primary care, it is important to know the parameters considered normal and to understand the whole historical and life context of the child, thus prioritizing early interventions that enable the achievement of their health maximum potential for growth and development.

KEYWORDS: Child Development; Child Health; Continuity of Patient Care; Developmental Disabilities.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL DE ALTO RIESGO

INTRODUÇÃO

O cuidado a saúde da criança nos primeiros anos de vida estabelece a base para o crescimento e desenvolvimento adequados. Estima-se que cerca de 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morrem a cada ano, decorrente de doenças comuns na primeira infância e de complicações neonatais¹.

No Brasil, a mortalidade infantil em menores de cinco anos apresentou uma importante redução, com decréscimo em sua taxa de 67,7% entre os anos de 1990 a 2015, passando 52,5 para 17,0 óbitos a cada mil nascidos vivos. O Estado do Paraná também apresentou declínio de 56,9%, com taxas de mortalidade em 1990 e 2015 de 32,1 e 13,8 a cada mil nascidos vivos, respectivamente².

Contudo, embora as evidências da redução da mortalidade infantil no Brasil se tornem relevantes, ressalta-se que as taxas permanecem altas para um país em desenvolvimento, já que as principais causas de mortalidade são evitáveis com acompanhamento apropriado, pois são resultantes das condições da gestação, parto e nascimento².

O crescimento e desenvolvimento infantil são uns dos principais indicadores de avaliação da saúde da criança, sendo afetados por diversos fatores. São caracterizados por uma evolução progressiva desde a concepção até a adolescência, sendo o crescimento relacionado a mudança de peso e tamanho, e o desenvolvimento pela aquisição de habilidades motoras, cognitivas, sociais e de linguagem³⁻⁴.

Atualmente crianças menores de cinco anos que vivem em países em desenvolvimento estão mais expostas a fatores de risco que afetam o seu crescimento e desenvolvimento⁵. Esses fatores decorrem das condições socioeconômicas mais precárias em que estes

países se encontram, afetando principalmente o desenvolvimento motor, cognitivo e social⁶.

Diante desta vulnerabilidade é indispensável que a criança seja acompanhada desde o nascimento, permitindo a identificação de necessidades especiais e a realização de intervenções adequadas. Neste contexto, o enfermeiro se constitui como o principal protagonista, pois diante das consultas de puericultura, pode-se realizar precocemente a identificação dessas necessidades para que a criança tenha um desenvolvimento saudável, logo, o acompanhamento deve ser sistemático e contínuo para que seja possível, além da implementação de intervenções, a realização da promoção e recuperação da saúde da criança^{1,6-7}.

O registro adequado de informações referentes aos parâmetros e avaliações individuais realizados pela equipe de saúde na caderneta da criança, configura-se como um importante cuidado na assistência ao paciente, pois fornece subsídios para fortalecer a continuidade do cuidado da assistência à criança. Há evidências científicas da importância do registro correto, já que as inadequações dos registros e até mesmo a falta deles foram apontados como uma fragilidade no acompanhamento à criança, visto que muitas alterações de desenvolvimentos são subnotificadas prejudicando as ações de intervenção precoce¹.

Assim, o Programa Rede Mãe Paranaense contribui no sentido de favorecer o acompanhamento das mulheres, com ações voltadas para a assistência no pré-parto e puerpério, além dos cuidados com a criança, envolvendo desde a busca ativa das gestantes à estratificação de risco e acompanhamento até o primeiro ano de vida da criança⁸⁻⁹.

Neste contexto, objetivou-se avaliar o desenvolvimento de crianças de alto risco que foram acompanhadas por equipe multidisciplinar em um centro de referência da Rede Mãe Paranaense.

MÉTODOS

Estudo do tipo coorte retrospectiva, no qual, definiu-se como grupo não exposto: crianças classificadas como alto risco e encaminhadas para acompanhamento no Centro de Referência da Rede Mãe Paranaense, já o grupo não exposto, é composto por crianças classificadas como alto risco, que ficaram internadas em UTIN superior a 48 horas e que foram encaminhadas para acompanhamento no mesmo centro de referência.

Os dados são referentes ao acompanhamento ambulatorial de crianças no período de janeiro 2015 a janeiro de 2018, ano o qual iniciou-se o processo de registro sistematizado das consultas das crianças no ambulatório. Os dados foram coletados nos meses de junho a outubro de 2018, por meio de avaliação de prontuários eletrônicos das crianças de alto risco atendidas em consulta ambulatorial no Centro de Referência da Rede Mãe Paranaense do Noroeste do Estado do Paraná.

Para tal, utilizou-se um instrumento estruturado, elaborado pelos pesquisadores, contemplando informações referentes às variáveis independentes (sexo, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer e internação em unidade de terapia intensiva neonatal por período superior a 48 horas) e aos registros dos marcos neuropsicomotores (motricidade ampla, motricidade fina-adaptativa, comportamento pessoal-social e linguagem).

A classificação de desenvolvimento neuropsicomotor já havia sido realizada no momento da consulta ambulatorial e registrada conforme a avaliação da equipe multiprofissional, utilizando como referencial a Escala de Denver II. O teste de Denver II avalia o desenvolvimento integral como um processo dicotômico: criança com risco ou criança normal. São avaliadas quatro esferas do desenvolvimento neuropsicomotor, sendo elas: motricidade ampla, motricidade fina-adaptativa, comportamento pessoal-social e linguagem¹⁰.

Os itens de desenvolvimento, correspondentes à motricidade, avaliam o estado de maturação do sistema nervoso em desenvolver e controlar os aspectos motores. Sobre o comportamento pessoal-social, é avaliado o comportamento diante dos estímulos culturais. Já em relação à esfera de linguagem, avalia-se a percepção e a resposta frente aos sons e imagens¹⁰.

Os critérios de inclusão utilizados foram: crianças de alto risco pertencentes aos municípios atendidos pelo Centro de Referência supracitado, que passaram por avaliação em consulta ambulatorial e tenham registro no prontuário eletrônico acerca do desenvolvimento neuropsicomotor.

A amostra total contemplou a coleta de dados de 841 prontuários. Entretanto, foram excluídos 33 devido à ausência de registro do desenvolvimento neuropsicomotor, delimitando para 808 a amostra de estudo submetida à análise estatística. Os dados foram inseridos no Programa Microsoft Excel 2016 e, posteriormente, analisados com regressão logística, bem como cálculos de estatística descritiva, por meio do Programa Estatístico R, versão 3.1.2.

Todos os preceitos éticos e legais foram seguidos, conforme as Resoluções 466/2012¹¹ e 510/2016¹² do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Este estudo foi aprovado pela instituição de saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer de número 2.287.476.

RESULTADOS

A amostra total correspondeu a 808 prontuários, os quais 442 crianças foram alocadas no grupo exposto e 366 no grupo não-exposto. Nos dois grupos, o sexo prevalente foi o masculino, com 56,3%. Em relação às características de nascimento nos grupos não exposto e exposto, a média de peso foi de 2,5 kg e a média da idade gestacional ao nascer correspondeu a 36 e 35 semanas, respectivamente, conforme podem ser visualizados na

Tabela 1.

Características de nascimento	Grupo exposto		Grupo não-exposto	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	193	43,7	160	43,7
Masculino	249	56,3	206	56,3
Idade gestacional				
< 28 semanas	12	2,7	-	-
28 a 36 semanas	191	43,2	154	42,1
37 a 41 semanas	153	34,6	115	31,4
Não consta no registro	86	19,5	97	26,5
Peso ao nascer				
< 1500 g	53	11,9	30	8,2
1501 g a 2499 g	110	24,9	96	26,2
> 2500 g	184	41,7	134	36,7
Não consta no registro	95	21,5	106	28,9

Tabela 1. Caracterização das crianças de alto risco dos grupos expostos e não-expostos, quanto ao sexo, idade gestacional de nascimento e peso ao nascer. Maringá-PR, 2015 a 2018.

Do total de prontuários analisados, 62 (7,7%) crianças apresentaram algum tipo de déficit, sendo 61 registros de déficits de motricidade ampla, 25 de linguagem, 25 de comportamento pessoal-social e nove apresentaram déficit de motricidade fina-adaptativa. Dos quais 52 crianças eram pertencentes ao grupo exposto, gerando e risco relativo de 4,3. Observou-se que algumas crianças apresentaram mais de um tipo de déficit, como foram apresentados na Figura 1.

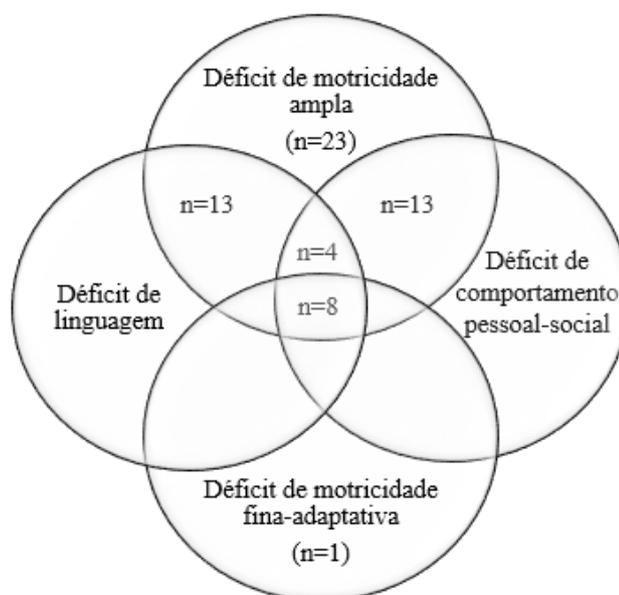


Figura 1. Déficits registrados nos prontuários eletrônicos das crianças de alto risco acompanhadas pelo centro de referência da Rede Mãe Paranaense, Maringá – PR, 2015 a 2018.

n= número de crianças que apresentou déficit.

Ao avaliar os déficits que estiveram associados nos registros, torna-se relevante destacar que, das oito crianças que apresentaram todos os tipos de déficit, quatro eram portadoras de malformações congênitas e não eram prematuras. O déficit de motricidade fina-adaptativa apresentou o menor número de ocorrências quando comparado aos demais e, déficits de linguagem e comportamento pessoal-social ocorreram sempre associados a outros tipos de déficit.

As alterações no crescimento, por se tratarem de valores absolutos mensuráveis com gráficos e percentis pré-definidos, podem ser facilmente identificáveis em consultas de rotina. Entretanto, a avaliação do desenvolvimento ocorre por meio de observação clínica, a qual necessita do auxílio de instrumento padronizado a fim de contribuir na acurácia dessa avaliação.

	OR	Erro-padrão	Valor P	Sensibilidade	Especificidade
Déficit motor				82%	49,5%
UTIN > 48 horas	4,33	0,39	0,0002		
Déficit linguagem				100%	41,8%
UTIN > 48 horas	7,45	0,75	0,0074		
Déficit psicossocial				59,1%	82,9%
UTIN > 48 horas	5,02	0,63	0,0105		
Sexo	2,83	0,47	0,0281		
Déficit adaptativo				83,3%	86,4%
Peso	9,09	0,84	0,0089		

Tabela 2. Variáveis associadas aos déficits presentes nas crianças de alto risco, segundo regressão logística e respectivos valores de odds ratio, erro-padrão, valor P, sensibilidade e especificidade, Maringá-PR, 2015 a 2018.

OR (IC 95%) = Razão de chances (Intervalo de confiança em 95%); Odds ratio (95% confidence interval).

Os valores de sensibilidade e especificidade foram extraídos da curva ROC.

Conforme apresentado na Tabela 2, quando avaliadas as variáveis de interesse e os tipos de déficit por meio da regressão logística, considerando-se o intervalo de confiança de 95%, a variável internação em UTIN por período superior a 48 horas foi significativa para o modelo, exercendo influência no risco para desenvolver déficit de motricidade ampla, de linguagem e comportamento pessoal-social.

A variável sexo também foi significativa para ocorrência de déficit de comportamento pessoal-social, pois de acordo com a Odds Ratio, crianças do sexo feminino tem 2,83 vezes mais chances de desenvolver este déficit em relação às crianças do sexo masculino. Quanto ao déficit de motricidade fina-adaptativa, apenas a variável peso apresentou significância, sendo que a cada grama que a criança ganha, aumenta em 9,09 vezes a chance de ela desenvolver déficit de motricidade fina-adaptativa.

Em termos preditivos (Receiver Operating Characteristic Curve - ROC), o modelo possui boa habilidade para prever corretamente a ocorrência de déficits motor, psicossocial

e adaptativo, apresentando alta sensibilidade. Contudo, ao avaliar a especificidade do modelo, apenas os déficits psicossocial e adaptativo apresentam resultados de acurácia satisfatória.

DISCUSSÃO

Os fatores associados ao desenvolvimento de crianças, estratificadas como alto risco pela linha guia do Programa Rede Mãe Paranaense, apresentou-se com média de peso de 2,5kg e idade gestacional inferior a 37 semanas, nos dois grupos.

Verificou-se que 92,7% (746) das crianças analisadas não apresentaram atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, resultado que coaduna com um estudo realizado em uma comunidade ribeirinha do Pará, o qual evidenciou que a maioria das crianças possuem desenvolvimento neuropsicomotor dentro da normalidade¹³.

Os resultados apontaram que 7,7% (62) das crianças da amostra apresentaram algum tipo de déficit, sendo que o mais prevalente foi o déficit de motricidade ampla, seguido do déficit de linguagem, comportamento pessoal-social e motricidade fina-adaptativa.

Os fatores associados ao desfecho desfavorável de crianças avaliadas pelo Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II (TTDD II) podem ser relacionados, com significância estatística, ao nível de pobreza, escolaridade paterna, principal cuidador da criança e planejamento da gravidez, pois foram as principais características inter-relacionadas ao atraso no desenvolvimento em 77,74% das crianças avaliadas no Norte do país, porém não foi encontrado estudo na literatura até o momento da escrita deste artigo que relate o risco relativo de alteração de crescimento em crianças internadas em UTIN¹⁴.

Um estudo realizado em creches das redes públicas e privada e que utilizou o TTDD II, identificou suspeita de atraso no desenvolvimento de 35% da população estudada, sendo 31% linguagem, 12,7% motor-adaptativo, 12,2% pessoal-social e 4,2% motricidade ampla, com associação significativa ao tipo de creche, sendo mais prevalente a suspeita de atraso das creches estaduais, seguido das municipais e em menor porcentagem nos particulares⁴.

Neste contexto, foi possível perceber que o peso corporal anormal do bebê e o tempo de privação à estimulação ambiental causado pelo tempo de internação em UTIN, podem causar déficit de motricidade ampla, o qual se não tratado com atenção e cuidado na estimulação, podem ser preditores importantes no desenvolvimento da linguagem, comportamento pessoal-social e da motricidade fina-adaptativa.

Ao focar no acompanhamento e detecção de crianças com atrasos no desenvolvimento, os programas de intervenção precoce se mostram mais eficientes, uma vez que, concentram-se no cuidado centrado na família, sendo coordenado e planejado e, mesmo que a criança mantenha limitações significantes nas suas habilidades de vida diária, a

intervenção precoce aumenta as habilidades familiares e melhora o desenvolvimento funcional da criança^{13,15}.

Este apoio profissional também contribui para que os pais compreendam o prognóstico em longo prazo e sejam capazes de se ajustar às necessidades das crianças, as quais se encontram mais propensas a terem problemas físicos e mentais, necessitando de serviços de saúde com maior frequência¹⁶.

Em relação ao déficit de linguagem, observou-se que os resultados coadunam com a literatura encontrada, sendo que as crianças de risco apresentam diminuição da fala nos primeiros anos de vida, logo, evidencia-se a necessidade do estímulo proveniente do diálogo no binômio mãe-filho para a constituição lexical inicial da criança¹⁷.

Quanto ao déficit de motricidade fina-adaptativa, apenas a variável peso apresentou significância. Entretanto, este foi considerado um fator impreciso, visto que, pela característica dos pacientes atendidos no Centro de Referência da Rede Mãe Paranaense, as crianças com maior peso eram aquelas que possuíam algum tipo de síndrome ou paralisia cerebral, o que pode explicar esse dado, já que este perfil de criança geralmente apresenta sobrepeso no primeiro ano de vida¹⁸.

As características que abrangem as necessidades assistenciais de crianças e adolescentes com alterações no seu desenvolvimento são muito variáveis e sofrem interferência de doenças de base e das limitações. Essas crianças estão ainda sujeitas às infecções e problemas gerais específicos dessa fase da vida¹⁹.

Espera-se que essas crianças com necessidades especiais realizem acompanhamento multiprofissional e recebam diversos tipos de tratamento ao longo da vida. É essencial que seja criado um vínculo com a equipe de saúde que realiza esse atendimento. Um estudo realizado com crianças portadoras de doenças crônicas identificou que a construção desse vínculo entre família e profissional está intimamente ligada à resolutividade encontrada na rede de atenção à saúde, de forma que esta seja para a família uma referência de cuidado contínuo, além de encontrarem ali escuta ativa e apoio emocional²⁰.

O cuidado às crianças com doenças crônicas, no âmbito hospitalar, ressalta a importância dessas mesmas qualidades primordiais, assim como o acolhimento da criança e da família, inclusive como fator fortalecedor no enfrentamento das implicações geradas pela doença, corresponsabilização no cuidado do outro e adaptação à situação vivenciada²¹.

CONCLUSÕES

Os resultados permitiram identificar que os principais fatores associados ao desenvolvimento de crianças de alto risco, acompanhadas pelo Programa Rede Mãe Paranaense, estão relacionados à internação em cuidados intensivos por tempo superior a

48 horas. Evidenciou-se também que os principais desfechos desfavoráveis relacionados ao desenvolvimento infantil foram déficit de motricidade ampla, de linguagem, de comportamento pessoal-social e de motricidade fina-adaptativa, respectivamente.

O foco do cuidado à criança deve visar a manutenção da saúde, incluindo fatores nutricionais, psicossociais, imunização, saúde bucal e prevenção de acidentes que podem interferir no seu crescimento e desenvolvimento. Para ser capaz de prever as alterações a saúde desde a atenção primária é importante conhecer os parâmetros considerados normais e compreender todo o contexto histórico e de vida da criança, priorizando assim intervenções precoces que possibilitem o alcance do seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. Reichert APS, Vieira DS, Santos NCCB, Albuquerque TM, Collet N, Vaz EMC. Growth and development surveillance: analysis of records in the child health handbook. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2016 Oct/Dec [cited 2019 Ago 29]; 21(4):1-9. Available from: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653833007/html/index.html>.
2. França E, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, *et al.* Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 May [cited 2019 Feb 16]; 20 (1): 46-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500046&script=sci_arttext&tling=en.
3. Sabatés AL, Mendes LCO. Perfil do crescimento e desenvolvimento de crianças entre 12 e 36 meses de idade que freqüentam uma creche municipal da cidade de Guarulhos. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2007 Abr/Jun [cited 2019 Feb 16]; 6(2):164-170. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4143>.
4. Pinheiro JMF, Tinoco LS, Rocha ASS, Rodrigues MP, Lyra SO, Ferreira MAF. Childcare in the neonatal period: evaluation of neonatal mortality reduction pact in Rio Grande do Norte, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 14]; 21(1): 243-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100243.
5. Silva REG, Halpern R. Neuropsychomotor development: an approach in day care centers in the northern region of Brazil through the Denver II Test. *Journal of Amazon Health Science* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 8]; 2(2): 2-20. Available from: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/ahs/article/view/614/pdf>.
6. Sanders LSC, Pinto FJM, Medeiros CRB, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Infant mortality: analysis of associated factors in a capital of Northeast Brazil. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 23]; 25 (1): 83-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2017005001108&script=sci_abstract&tling=pt.
7. Reichert APS, Rodrigues PF, Cruz TMAV, Dias TKC, Tacla, MTGM, Collet N. Mothers' perception about the relationship with nurses in the child consultation. *Journal of Nursing UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 6]; 11(2):483-90. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30501&indexSearch=ID>
8. Caldeira S, Luz MS, Tacla MTGM, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, *et al.* Nursing care actions in the Paranaense Mother Network program. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Feb 8]; 21: e992. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>.

9. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. 7 ed. Paraná, 2018.
10. Frankenberg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of Denver developmental screening test. *Pediatrics*. 1992 Jan; 89 (1): 91-7.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 12 dez 2012.
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016. Procedimentos metodológicos característicos das áreas de Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* 24 mai 2016.
13. Pantoja APP, Souza GS, Nunes EFC, Pontes LS. Effect analysis of environmental factors on the children's Amazon community neuropsychomotor development. *Journal of Human Growth and Development [Internet]*. 2018 Nov [cited 2019 Mar 28]; 28(3):232-39. Available from: <https://www.journals.usp.br/jhgd/article/view/152158/148849>.
14. Guerreiro TBF, Cavalcante LIC, Costa EF, Valente MDR. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. *J Hum Growth Dev [Internet]*. 2016 May [cited 2019 Feb 10]; 26(2): 181-9. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822016000200008.
15. Marini BPC, Lourenço MC, Barba PCSD. Systematic literature review on models and practices of early childhood intervention in Brazil. *Rev Paul Pediatr [Internet]*. 2017 Sept [cited 2019 Mar 28]; 35(4):456-63. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n4/en_0103-0582-rpp-2017-35-4-00015.pdf.
16. The Royal Australasian College of Physicians. Paediatric and Child Health Division. Early Intervention for Children with Developmental Disabilities; 2013 Aug. 12 p.
17. Crestani AH, Moraes AB, Souza APR. Association analysis between child development risks and children early speech production between 13 and 16 months. *Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal [Internet]*. 2015 Feb [cited 2019 Feb 23]; 17(1): 169-176. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100169.
18. Abreu LC. Obesity-related conditions in secondary interface of growth and development. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum [Internet]*. 2011 [cited 2019 Feb 25]; 21(1): 7-10. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100001.
19. Miranda LP, Rosa R, Figueiras ACM. Children and adolescents with developmental disabilities in the pediatric outpatient clinic. *Jornal de Pediatria [Internet]*. 2003 [cited 2018 Nov 16]; 79(1): 33-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000700005&script=sci_abstract&tlng=pt.
20. Silva MEA, Reichert APS, Souza SAF, Pimenta EAG, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the healthcare network. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2018 [cited 2019 Feb 8]; 27(2):e4460016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000200313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
21. Machado NA, Nóbrega VM, Silva MEA, França DBL, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in children and adolescents: professional-family bond for the promotion of social support. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2018 [cited 2019 Feb 8]; 39:e2017-0290. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472018000100434&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

RISCOS BIOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/07/2020

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Cleisiane Xavier Diniz

Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Regina dos Santos Sousa

Academica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Fátima Helena do Espírito Santo

Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

Fernanda Farias de Castro

Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Cássia Rozária da Silva Souza

Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

RESUMO: Objetivo: Determinar os fatores de riscos biológicos e comportamentais para doenças cardiovasculares em adolescentes.

Método: Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa em uma amostra de 60 adolescentes de 14 a 17 anos de uma Escola Adventista, na cidade de Manaus, Amazonas. Foram aplicados questionários com questões

fechados para investigar fatores de risco para DVCs em adolescentes. **Resultados:** Em relação às características sociodemográficas, observou-se um predomínio de adolescentes do sexo feminino (56,7%), idade de 16 anos (28,3%), cor parda (63,3%), morando com os pais (66,7%), renda entre 1 a 2 salários mínimos (65,0%). Na avaliação do peso, foi encontrado média de 56 kg, com variação entre 42 kg e 90 kg. Em relação à altura, obteve-se uma média de 1,62m, com variação entre 1,45m a 1,73m. Verificou-se que 93,3% dos adolescentes apresentaram padrões normais de IMC e somente 6,7 % apresentaram sobrepeso. Níveis insuficientes de atividade física foram encontrados entre as meninas (84,0%) e maior consumo de álcool entre os meninos. Foi encontrada Pressão Arterial elevada em 35,0% do grupo, sendo 66,7% nos meninos, com os demais mantendo média da PAS e PAD de 115,4 mmHg e 78,6 mmHg, respectivamente. Quanto ao histórico familiar de DVCs, 55,0% dos pais foram identificados como diabéticos e hipertensos. **Conclusão:** pode-se perceber a necessidade de estratégias intervencionistas em saúde em ambiente escolar para tornar esses adolescentes mais saudáveis, incorporando hábitos alimentares saudáveis e praticando atividade física de forma regular.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Cardiovascular; Saúde dos Adolescentes; Fatores de Risco.

ABSTRACT: Objective: To determine the biological and behavioral risk factors for cardiovascular diseases in adolescents. Method: Descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach in a sample of 60 adolescents aged 14 to 17 years old at an Adventist School, in the city of Manaus, Amazonas. Questionnaires with closed questions were applied to investigate risk factors for CVDs in adolescents. Results: Regarding sociodemographic characteristics, there was a predominance of female adolescents (56.7%), age of 16 years (28.3%), brown color (63.3%), living with their parents (66.7%), income between 1 to 2 minimum wages (65.0%). In the weight assessment, an average of 56 kg was found, with a variation between 42 kg and 90 kg. Regarding height, an average of 1.62 m was obtained, with a variation between 1.45 m and 1.73 m. It was found that 93.3% of the adolescents had normal BMI patterns and only 6.7% were overweight. Insufficient levels of physical activity were found among girls (84.0%) and higher alcohol consumption among boys. High blood pressure was found in 35.0% of the group, 66.7% in boys, with the others maintaining mean SBP and DBP of 115.4 mmHg and 78.6 mmHg, respectively. As for the family history of CVDs, 55.0% of parents were identified as diabetic and hypertensive. Conclusion: it is possible to perceive the need for interventional health strategies in a school environment to make these adolescents healthier, incorporating healthy eating habits and practicing physical activity on a regular basis.

KEYWORDS: Cardiovascular Diseases; Adolescent Health; Risk factors.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) fazem parte da classe de doenças que afetam o coração e as artérias, alterando o funcionamento do sistema cardíaco, que é o responsável por transportar oxigênio e nutrientes para as células executarem suas funções. A aterosclerose é a principal característica dessas doenças, devido ao acúmulo de placas de gorduras nas artérias, impedindo desta forma a circulação do sangue, sendo suas causas de origem biológica ou comportamental ⁽¹⁾.

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um grande e importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, dentre elas estão as cardiovasculares (DCV) como importantes indicadoras de mortalidade em todo o mundo. Alguns estudos epidemiológicos têm demonstrado que a maioria das DCVs (cerca de 60-85%) ocorre devido à exposição de um conjunto de fatores de riscos modificáveis e/ou comportamentais (obesidade, sedentarismo, tabagismo, hábito alimentar) e não modificáveis ou biológicos (idade, sexo, herança familiar para hipertensão e diabetes)^(2,3).

Embora as manifestações clínicas das DCVs raramente se manifestem na adolescência, os comportamentos de risco que aceleram o desenvolvimento destas

doenças iniciam-se nesta faixa etária, podendo persistir até a fase adulta. A ocorrência desses fatores de risco nesse período da vida, principalmente de forma simultânea (co-ocorrência), tem-se mostrado como um forte marcador de DCVs na idade adulta⁽⁴⁾.

A falta de atividade física constante, seguida de um elevado acúmulo de massa corporal, e também de um maior tempo em frente à televisão, computadores, vídeo games, e ainda de horas irregulares de sono e do aumento do consumo de gorduras, massas e lanches do tipo *fast food*, tem sido as condições e os principais fatores que causam o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na infância e na adolescência^(5,6).

A adolescência é caracterizada como uma fase propícia para o desenvolvimento de ações de intervenção voltadas para combater DCVs, através de hábito alimentar saudável e da realização de atividade física regular, uma vez que as evidências mostram que estas doenças podem ter origem ainda nesta fase da vida. Além das várias ocorrências de fatores de risco de origem biológica adquiridos ainda nas fases iniciais da vida tendem a persistir até a maioridade, elevando o risco de morbimortalidade na fase adulta.

Com base nisso, a identificação dos fatores de risco cardiovascular é de fundamental importância e devem ser feitas de forma precoce, para que se realize o monitoramento e estratégias de promoção da saúde para os adolescentes. Assim, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, e transversal, pois analisam dados em um determinado ponto no tempo. A pesquisa foi desenvolvida com 60 adolescentes de faixa etária de 14 a 17 anos, em uma escola privada de ensino, na cidade de Manaus, Amazonas.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: possuir idade entre 14 e 17 anos, interesse em participar da pesquisa, assinando o Termo de Assentimento (TA) e seus pais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos adolescente com alguma manifestação de sofrimento psíquico durante a entrevista; não demonstrar possibilidade de participar da pesquisa (dificuldades de ordem cognitiva). Para a realização da pesquisa, seguiu-se todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (Nº do parecer: 2.576.329). Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o TA e seus pais o TCLE.

Os dados foram coletados entre os meses de abril a dezembro de 2018, por meio da aplicação de questionários fechados para investigar a presença de fatores de risco cardiovasculares biológicos e comportamentais, abordando questões relacionadas ao

perfil sociodemográfico, medidas antropométricas e história familiar de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão, sendo uma parte do questionário destinada à avaliação do perfil alimentar.

As aferições de pressão arterial sistólica e diastólica (PAS e PAD) foram realizadas com os adolescentes em posição sentada, com pernas descruzadas, após cerca de 15 minutos de repouso, utilizando-se esfigmomanômetro manual com braçadeira de dimensões adequadas à estrutura dos adolescentes. Foram classificados com pressão elevada os adolescentes com valores de pressão arterial média $2PAD + PAS/3$ acima de 95. Para a verificação das medidas antropométricas de peso e altura, utilizou-se uma balança e uma fita métrica. A coleta de dados se deu, após a aprovação da carta de anuência pela diretora da escola.

A tabulação dos dados foi realizada no *software* Microsoft Excel® 2007 e analisados com apoio do pacote estatístico IBM SPSS® versão 19.0. Os dados obtidos serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos mostrando a média e porcentagem dos dados obtidos.

RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas dos adolescentes, observou-se que as variáveis apresentam valores adequados considerando-se a avaliação geral e por sexo. A tabela 1 mostra um predomínio de adolescentes do sexo feminino (56,7%), com idade de 16 anos (28,3%), porém com as demais faixas muito próximas, cor parda (63,3%), morando com os pais (66,7%), e uma renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (65,0%).

Variáveis (n = 60)	Fi	%
Sexo		
Masculino	26	43,3
Feminino	34	56,7
Idade		
14 a < 15 anos	14	23,3
15 a < 16 anos	14	23,3
16 a < 17 anos	17	28,3
17 a < 18 anos	15	25,0
Raça		
Branca	13	21,7
Negra	7	11,7
Parda	38	63,3
Amarela	2	3,3
Com quem mora		
Pais	40	66,7

Avós	15	25,0
Tios	5	8,3
Renda		
1 a <2 SM	39	65,0
2 a <4 SM	18	30,0
≥ 4 SM	3	5,0

Tabela1- Distribuição segundo a frequência dos dados sociodemográficos dos adolescentes da pesquisa. Manaus – AM, 2018.

*SM= salário mínimo

Fonte: pesquisa de campo

A presente pesquisa buscou avaliar dados do peso e altura dos adolescentes onde foram encontrados valores médios de peso de 56 kg, sendo o valor mínimo encontrado de 42 kg e o valor máximo de 90 kg. Em relação à altura dos adolescentes, obteve-se valores de 1,45m a 1,73m respectivamente como valores mínimos e máximos encontrados, com uma média de 1,62m.

Nos resultados do cálculo do IMC, verificou-se que 93,3% dos adolescentes avaliados apresentam IMC dentro dos padrões normais, ou seja, considerados eutróficos. Apenas 6,7 % dos avaliados apresentou sobrepeso e nenhum baixo peso e obesidade, conforme a tabela 2.

Variáveis (n = 60)	fi	%
IMC		
Baixo Peso	0	0,0
Eutróficos	56	93,3
Sobrepeso	4	6,7
Obesidade	0	0,0

Tabela 2 – Distribuição segundo o IMC dos adolescentes da pesquisa. Manaus – AM, 2018.

*IMC= Índice de massa corporal

Fonte: Pesquisa de Campo

Foi questionado se os adolescentes praticavam algum tipo de atividade física: 56,7% responderam que sim, com práticas esportivas na própria escola como futebol, queimada e vôlei. Alguns referiram práticas de esporte nas academias. No entanto, o percentual que não pratica nenhum tipo de atividade física (43,3%) é considerado bastante alto para uma faixa que tem essa atividade programada como obrigatória dentro da escola.

Dentre os níveis de insuficiência de atividade física, pode-se observar que o sexo masculino apresenta 16,0% e o sexo feminino 84,0%, demonstrando que os meninos são fisicamente mais ativos do que as meninas. Quanto ao uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana, encontrou-se os seguintes resultados: 64,3% dos meninos e

35,7% das meninas ingerem bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana (Figura 1).

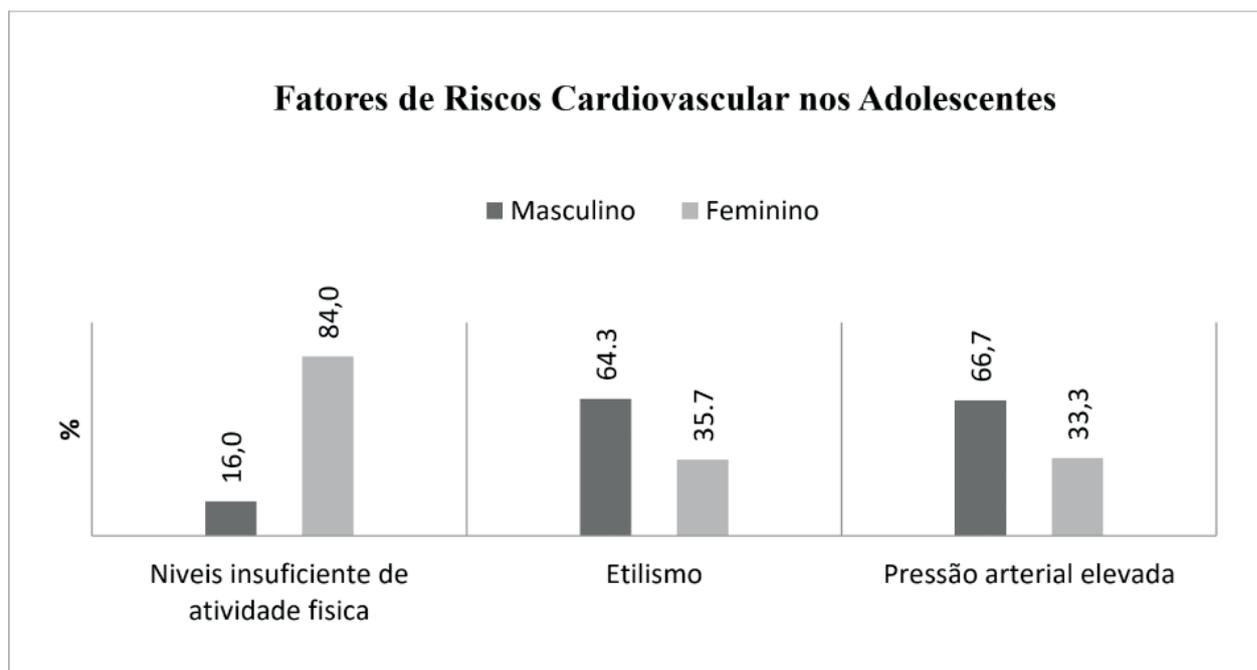


Figura 1 - Prevalência dos fatores de riscos, por sexo, dos adolescentes da pesquisa. Manaus – AM, 2018

Fonte: Pesquisa de Campo

Também foi avaliado o nível da pressão arterial, e a prevalência de PA elevada em todo o grupo foi de (n=21) 35,0%. A média da PAS e da PAD foi de 115,4 mmHg e 78,6 mmHg, respectivamente. Os níveis tensionais elevados por sexo encontrados foram: 66,7% do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino (Figura 1).

Na Tabela 3 estão descritos dados do histórico familiar (pai ou mãe) dos adolescentes para a presença de fatores de risco biológicos como: hipertensão e diabetes. Observa-se que 55% dos pais são hipertensos e diabéticos, não havendo diferença entre pai e mãe

Variáveis (n = 60)	Sim (%)	Não (%)	Não sabe (%)
Histórico Familiar			
Pai e/ou Mãe hipertenso	33 (55,0)	19 (31,7)	8 (13,3)
Pai e/ou Mãe diabéticos	33 (55,0)	20 (33,3)	7 (11,7)

Tabela 3 – Distribuição segundo os fatores de riscos relacionados ao histórico familiar dos pais dos adolescentes da pesquisa. Manaus – AM, 2018.

*IMC= Índice de massa corporal

Fonte: Pesquisa de Campo

DISCUSSÃO

Foram abordados 60 adolescentes de uma escola privada, afim de avaliar a presença de fatores de risco cardiovascular. Observou-se a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares numa faixa etária bastante precoce. A prevalência apresentada neste grupo pode ser explicada pelo fato de que os adolescentes incorporam hábitos que podem persistir até a fase adulta, e também pela presença dos fatores biológicos, fazendo com que a preocupação seja maior, em detectar, de forma precoce, esses fatores prevenindo complicações⁽⁷⁾.

O Sobrepeso e a obesidade são condições clínicas que envolvem múltiplos fatores, acarretando em diversos malefícios à saúde do adolescente. No entanto, neste grupo pesquisado, os resultados do Índice de Massa Corporal (IMC) revelaram um percentual alto de indivíduos eutróficos. Esses resultados corroboram com outros estudos realizados sobre o índice de massa corporal em adolescentes, os quais se pode observar que os adolescentes apresentaram valores considerados normais para a idade e sexo⁽⁸⁾. Esses resultados nos fazem ver que existem adolescentes que se preocupam com sua saúde, controlando seu ritmo alimentar. Os riscos de eventos cardiovasculares na vida adulta estão associados com o aumento da idade, ou seja, cada unidade aumentada no IMC aumenta o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares futuros.

O sedentarismo pode aumentar o risco de os adolescentes apresentarem DCVs em fase adulta, sendo assim, é fundamental o estímulo precoce de atividade física ainda na infância e adolescência, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares⁽⁹⁾. O resultado da pesquisa mostra que os níveis elevados de inatividade física são mais prevalentes no sexo feminino (84,0%), esse resultado não possibilita a identificação das causas do problema, mas revelam um quadro que se torna preocupante observado entre os adolescentes e por isso a necessidade de serem adotadas medidas preventivas. Em um estudo semelhante realizado por Santos e Souza⁽¹³⁾ revelou um resultado não muito discrepante em relação ao resultado da pesquisa, com um percentual de (57,5%) principalmente no sexo feminino, tornando-se um quadro crítico, pois mais da metade dos adolescentes do estudo não desenvolvia nenhum tipo de atividade física.

A diminuição da prática de atividades físicas nas escolas deve-se, em parte, ao aumento do tempo diante da TV ou do computador, aumentando desta forma a prevalência de sobrepeso em adolescentes⁽¹⁰⁾. Por meio dos resultados apresentados, percebe-se que os meninos são mais ativos que as meninas.

De todos os dados apresentados, o que mais chamou a atenção foi a ocorrência de uso de bebida alcoólica, com prevalência de 64,3% no sexo masculino e 35,7% no feminino. Diferente de um outro estudo realizado com adolescentes, o etilismo esteve presente em 13,6% no geral dos avaliados somente em adolescentes⁽¹¹⁾. A ingestão de bebidas alcoólicas, apesar de não ser um comportamento constante entre os adolescentes,

apresentou um alto consumo, sendo que metade da amostra referiu ingerir bebida alcoólica de forma eventual. Tal consumo está relacionado à ocorrência de importantes efeitos metabólicos que influenciam bastante para a ocorrência de eventos cardiovasculares^(2,11). Com isso pode-se perceber que o consumo de bebida alcoólica cresce bastante entre os adolescentes mesmo que socialmente, elevando o risco de apresentarem doença cardiovascular na maioridade.

A prevalência da PA elevada encontrada nos adolescentes do estudo foi de (35,0%) demonstra que, independentemente da localidade, tais prevalências se divergem entre os adolescentes e jovens. Em estudos realizados na região metropolitana de Recife (PE), foi relatada prevalência de 17,3%; Aracaju, Sergipe, 15%; em Londrina-Paraná, 18,6%. As diferenças desses valores podem estar atribuídas ao ponto de corte utilizados nas pesquisas, também às diversas faixas etárias investigadas nos estudos e ainda ao número de aferições da PA⁽¹²⁾.

No presente estudo, observou-se que os adolescentes do sexo masculino (66,7%), mostraram maior prevalência de PA elevada do que os do sexo feminino. Os mesmos apresentaram valores de pressão arterial média (PAM) igual ou maior que 95 para idade e sexo, sendo o valor normal para medida casual, inferior a 90 para idade e sexo. A literatura mostra que em homens adultos, são encontrados maiores níveis pressóricos, decorrentes do estilo de vida inadequado durante adolescência, como a ingestão alimentar com alto teor de sal⁽¹²⁾. Contudo, ainda não se pode apontar a causa desses dados elevados de níveis pressórico, mas se supõe que meninos possuem menos restrições à ingestão de alimentos com alto teor de sódio e gordura do que as meninas. Esses fatores necessitam de investigação mais aprofundada.

Outros estudos também chamam atenção devido o início da hipertensão arterial sistêmica (HAS) que começa ainda na infância e/ou adolescência, sendo que o caráter silencioso da doença contribui para que os sintomas só apareçam com elevada frequência na maioridade ou após elevados níveis pressóricos, fazendo com que as medidas preventivas e o diagnóstico da doença ainda na infância sejam mínimos diante da magnitude do problema⁽¹³⁾.

Quanto ao histórico familiar, o resultado da pesquisa mostrou prevalência de 55,0% dos pais com hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Em estudo semelhante realizado por Santos e Souza⁽¹³⁾, revelou que 75,9% dos indivíduos tem um parente diagnosticado com hipertensão. Com isso podemos perceber que a presença de marcadores de risco no histórico familiar determina um maior perigo para o desenvolvimento de DCVs em crianças e adolescentes, visto que a família, além de compartilhar material genético, que não deixa de ser um fator não modificável para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, se tem ainda a influência do estilo de vida e dos hábitos alimentares e culturais.

Os principais marcadores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovascular é a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes em indivíduos com idade precoce. Tais fatores

estão quase sempre relacionados a aspectos comportamentais, por isso é necessário que a prevenção das doenças cardiovasculares seja iniciada ainda na infância, e que os profissionais da saúde estejam atentos para identificar e intervir precocemente sobre esses fatores, compreendendo a necessidade da modificação de seus hábitos alimentares e de vida ⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que os maiores fatores de risco cardiovasculares em adolescentes estão relacionados a falta da prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, aumento dos níveis tensionais e histórico familiar dos pais relacionados à hipertensão e diabetes. Esses dados mostram a necessidade de estratégias intervencionista no ambiente escolar para tornar esses adolescentes mais saudáveis.

A adolescência é uma fase de grande importância, devido às mudanças físicas e psicossociais que ocorrem de forma acelerada, facilitando assim o desenvolvimento de fatores de risco, e também por ser uma fase relevante na aquisição de comportamentos, dos quais permanecem inalterados ao longo da vida. É durante essa fase da vida que os adolescentes adquirem comportamentos que poderão resultar em efeitos para toda a vida, fato que fundamenta a importância da necessidade de intervenções por meio da promoção da educação em saúde, a fim de reduzir as chances desses indivíduos desenvolver algum evento de natureza cardiovascular durante a fase adulta.

Com base nesses achados, percebe-se a necessidade de formulação de estratégias de prevenção para esses adolescentes, visando assim à promoção para a mudança no estilo de vida, incorporadas por hábitos alimentares saudáveis e também mudanças no comportamento quanto ao controle do seu peso corporal e a realização de atividade física de forma regular. Sendo assim, futuras pesquisas devem considerar estudos longitudinais para determinar, de forma mais clara, a correlação destas variáveis.

REFERÊNCIAS

Brunner LS, Suddarth D. Manual de Enfermagem Médico-cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Cardiovasculares. Ministério da Saúde; 2016. <Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/cerca-de-17-5-milhoes-pessoas-morrem-de-doencas-cardiovasculares-todos-os-anos>.> Acessado em 26 de março de 2019.

Lima RF et al. Impacto da Intervenção Nutricional sobre o Prognóstico Clínico de Pacientes com Risco de Doenças Cardiovasculares Elevados. Anais VIII SIMPAC. 2016; 8(1): 494-500

Guedes RF et al. Fatores de Risco no Desenvolvimento da Aterosclerose na Infância e Adolescência. HU Revista. 2016; 42(2):159-164.

Freire AKS et al. Panorama no Brasil das Doenças Cardiovasculares dos Últimos Quatorze Anos na Perspectiva da Promoção à Saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2017; 11(9):21-44.

Silva CV, Alcântara DS. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Revista Amazônia Science & Health*. 2016 Jan/Mar; 4(1):41-48.

Brito BB et al. Doenças Cardiovasculares: Fatores De Risco Em Adolescentes. *Cogitare Enfermagem*. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08.

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(1):7-17

Silva GF. Fatores de Risco Para o Desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Escolares do Ensino Público: Um Estudo de Caso. Trabalho de conclusão de curso (Educação Física) – Universidade Federal de Rondônia, 2013, 62 fls.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estadísticas Sanitarias Mundiales Una instantánea de La salud mundial. 2012. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70887/1/WHO_IER_HSI_12.1_spa.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

Martins INS. Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e adultos jovens do Distrito Federal. 2013. 47 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013.

Silva DAS et al. Pressão arterial elevada em adolescentes: prevalência e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(11):3391-3400.

Santos IFM, Souza IB. Fatores de Risco Cardiovascular Entre Crianças e Adolescentes de Uma Escola Pública em Salvador, Bahia. *Revista Diálogos & Ciência (D&C)*. 2017; 3, 40 (17):97-116

O SIGNIFICADO DA HISTERECTOMIA PARA MULHERES EM PRÉ-OPERATÓRIO À LUZ DO PENSAMENTO DE MARTIN HEIDEGGER

Data de aceite: 01/07/2020

Anna Maria de Oliveira Salimena

Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/8473049207261249>

Marcela Oliveira Souza Ribeiro

Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/3173653105654003>

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora da Faculdade de Enfermagem. Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/8487200141914711>

Thais Vasconcelos Amorim

Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/7449298103537972>

Rafael Carlos Macedo Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre pelo Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/3211178834441261>

Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares

Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/9741690748663143>

Layla Guimarães Paixão Oliveira

Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/2002030325379552>

Nayara Costa Farah

Universidade Federal de Juiz de Fora. Graduanda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/1534182572692841>

Camila Silva Torres Militão

Universidade Federal de Juiz de Fora. Enfermeira do Hospital Universitário – Juiz de Fora – MG

CV: <http://lattes.cnpq.br/4778963509439127>

Alice Teixeira Caneschi

Universidade Federal de Juiz de Fora. Enfermeira do Hospital Universitário – Juiz de Fora – MG

CV: <http://lattes.cnpq.br/7381805106232703>

RESUMO: A histerectomia consiste no procedimento cirúrgico de retirada do útero, que, se por um lado representa a resolução

de um problema biológico, por outro traz uma série de questionamentos psicoemocionais sobre a condição de ser mulher tradicionalmente presente desde os primórdios. **Objetivo:** Compreender o significado da mulher em pré-operatório de histerectomia. **Método:** pesquisa de natureza qualitativa, utilizando-se abordagem fenomenológica com o referencial de Martin Heidegger realizada em um hospital de ensino da Zona da Mata Mineira. Os depoimentos de 14 mulheres ocorreram em encontros norteados pela empatia, nos meses de agosto a outubro de 2017. **Resultados:** A Compreensão Vaga e Mediana, permitiu compreender a mulher e evidenciou ansiedade, preocupações e medos: da cirurgia, da anestesia e das mudanças que poderiam ocorrer após a cirurgia. Algumas revelaram tristeza e sentimento de mutilação frente a retirada do útero. A Compreensão Interpretativa desvelou que devido a necessidade cirúrgica o *ser-aí-mulher* apresenta diversos medos, pois a cirurgia representa aquilo que se teme, o *amedrontador*. A mulher então se mostra temerosa nesse momento de sua vida, vivenciando o *pavor, horror e terror*. **Considerações Finais:** o fenômeno vivenciado pela mulher em pré-operatório de histerectomia é singular, compreendido de maneira peculiar por cada uma delas. É importante ressaltar que a enfermagem tem papel fundamental no acolhimento e orientações no momento pré-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da mulher; pesquisa qualitativa; fenomenologia; enfermagem.

THE MEANING OF HISTERECTOMY FOR PRE-OPERATING WOMEN IN THE LIGHT OF MARTIN HEIDEGGER'S THOUGHT

ABSTRACT: Hysterectomy consists of the surgical procedure to remove the uterus, which, on the one hand, represents the resolution of a biological problem, on the other, it raises a series of psycho-emotional questions about the condition of being a woman traditionally present since the beginning. **Objective:** To understand the meaning of women in the preoperative period of hysterectomy. **Method:** qualitative research, using a phenomenological approach with the reference of Martin Heidegger carried out in a teaching hospital in Zona da Mata Mineira. The testimonies of 14 women took place in meetings guided by empathy, from August to October 2017. **Results:** The vague and average understanding, allowed to understand the woman and showed anxiety, concerns and fears: of surgery, anesthesia and the changes that could occur after surgery. Some showed sadness and a feeling of mutilation when the uterus was removed. The Interpretative Understanding revealed that due to the surgical need, the being-there-woman presents several fears, because the surgery represents what is feared, the frightening. The woman then appears to be fearful at that moment in her life, experiencing dread, horror and terror. **Final Considerations:** the phenomenon experienced by women in the preoperative period of hysterectomy is unique, understood in a peculiar way by each of them. It is important to emphasize that nursing has a fundamental role in welcoming and providing guidance in the preoperative period. **KEYWORDS:** women's health; qualitative research; phenomenology; nursing.

INTRODUÇÃO

As cirurgias ginecológicas representam um elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados no mundo, experienciadas de maneira particular para cada mulher (Silva, Vargens, 2016). A histerectomia consiste no procedimento cirúrgico de retirada do útero, podendo ser realizada por indicações de causas malignas ou benignas (Aarts et al, 2015). É indicada por médico após um estudo sobre suas vantagens e desvantagens de acordo com cada situação e avaliada a possibilidade de tratamentos alternativos (Ministério da Saúde, 2019), além de considerar o ponto de vista da paciente sobre o tratamento (Salimena,2019). É considerada como o procedimento cirúrgico ginecológico não obstétrico mais realizado nos países desenvolvidos (Silva, Vargens, 2016).

A histerectomia consiste no procedimento cirúrgico de retirada do útero, que, se por um lado representa a resolução de um problema biológico, por outro traz uma série de questionamentos psicoemocionais sobre a condição de ser mulher tradicionalmente presente desde os primórdios, pois o útero foi uma representação significativa para as mulheres devido as funções sexuais e sociais, atribuindo a mulher o papel doméstico e da maternidade (Aarts et al, 2015; Rocha et al, 2015). A remoção do útero, além dos sentimentos de angústia e receios que normalmente permeiam o período pré-operatório, pode causar forte impacto psicológico na vida da mulher, devido a sua função reprodutiva e por ser um órgão ligado a feminilidade e sexualidade (Silva, Vargens, 2016).

Neste contexto, as alterações corporais refletem diretamente, logo a perda do útero causa mudanças na autoestima, autoimagem e a mulher histerectomizada pode sentir-se diferente e desvalorizada, visto que ela não mais possui o órgão que nutria um dos papéis femininos fundamentais, sua função de procriadora, então como mulher pode estar diminuída (Silva, Vargens, 2016).

A histerectomia para a mulher em fase reprodutiva pode causar grande impacto psicológico ocasionando depressões, perda de identidade, sentimento de inferioridade pela incapacidade de gerar filhos, o que repercute na sua vida social e na sua sexualidade(Tristão, Machado, Gracia, Lima,2017).

Sendo assim, se faz necessário conhecer as singularidades de mulher de modo a proporcionar uma atuação direcionada a ela esclarecendo sua dúvidas no momento ideal auxiliando-a de forma positiva no período intra e pós-operatório, pois a assistência à paciente cirúrgica requer também um momento de educação, visto que as orientações em relação ao ato cirúrgico e as alterações do cotidiano após a alta hospitalar, pode diminuir a ansiedade causada pela ausência de informações (Amorim, Salimena,2015).

Neste sentido, a mulher a ser submetida à histerectomia necessita ser atendida em questões subjetivas, que são singulares de cada ser humano, a fim de ser orientada e

preparada psicoemocionalmente não apenas para o procedimento em si, mas para os cuidados no pós-operatório que podem culminar em restrições temporárias às atividades do cotidiano, com necessidade de repouso, limitações na rotina familiar e laborais.

Este estudo teve como questão norteadora a vivência da mulher em pré-operatório de histerectomia e com objetivo compreender os significados e desvelar os sentidos do ser mulher que vivencia o pré-operatório de histerectomia.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica, pautada no referencial teórico-filosófico e metodológico de Martin Heidegger (Heidegger 2015), como possibilidade de compreensão dos significados e desvelamento dos sentidos do ser-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia. A fenomenologia oportuniza a compreensão do fenômeno a partir do ser, por meio de um olhar existencial que promova o cuidar a partir de sua essência. Apresenta uma possibilidade de sustentação teórica-filosófica necessária para a compreensão de significados do vivido e da vivência das pessoas em diferentes condições e momentos do processo saúde-doença (Salimena et al, 2015).

Teve como cenário de estudo a Clínica Cirúrgica de um Hospital de ensino da Zona da Mata Mineira que interliga atividades de ensino, pesquisa e extensão e possui atendimento que engloba os níveis primário, secundário e terciário. A opção por este cenário foi devido à demanda crescente de cirurgias de histerectomia realizadas.

Utilizou-se como critérios de inclusão as mulheres que estavam no pré-operatório de histerectomia por quaisquer causas, com idade superior a 18 anos e como critério de exclusão aquelas que apresentassem algum comprometimento mental que as incapacitasse de responder as questões norteadoras: O que significou para você saber que teria que fazer a cirurgia de histerectomia? Como está sendo este período de internação anterior a cirurgia?

Foram depoentes do estudo quatorze mulheres, sendo o contato estabelecido sempre na véspera de sua cirurgia, a fim de tentar captar os significados do momento pré-operatório. Para o encontro com as mulheres, foi realizada entrevista fenomenológica em ambiente acolhedor, com privacidade e sem interrupções para que fosse possível a construção do vínculo e da confiança com a participante, que é fundamental à obtenção da concepção proposta (Paiva, Salimena, Souza, Melo, 2015).

Os depoimentos ocorreram de agosto a outubro de 2017 e foram gravados em aparelho Mp3 com a finalidade de se obter total fidelidade aos depoimentos e posteriormente transcritos na íntegra. Para garantir o anonimato das depoentes foi utilizado código alfa numérico representado pela inicial E de entrevista, seguida do número cardinal equivalente

a ordem das entrevistadas (E1, E2, E3...).

A análise foi possível após a transcrição na íntegra, leitura e sucessivas releituras das entrevistas a fim de captar as estruturas essenciais, possibilitando a identificação das Unidades de Significação. Foi construída a Análise Compreensiva e, após emergir o fio condutor da hermenêutica, a Análise Interpretativa. A pesquisa faz parte do Projeto de Pesquisa “Laboratório do cuidar/humanização da assistência” previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o Parecer n.º 1.049.543 em conformidade com as questões éticas dispostas na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para pesquisa com seres humanos (Ministério da Saúde, 2012).

RESULTADOS

As quatorze mulheres participantes tinham idade entre 33 a 67 anos, sendo dez casadas, duas divorciadas e duas solteiras, todas com pelo menos um filho. Em relação ao grau de escolaridade, quatro possuem o 2º grau completo e uma incompleto, duas possuem o nível fundamental completo e sete incompleto. Das entrevistadas, cinco relataram ser evangélicas, oito católicas e uma declarou não ter nenhuma religião.

Como motivo da realização da cirurgia de histerectomia predominou-se o leiomioma do útero, em nove depoentes. Uma apresentou prolapso uterovaginal, uma endometriose e uma hiperplasia adenomatosa endometrial. Duas mulheres apresentaram câncer uterino.

No encontro fenomenológico com as depoentes, buscou-se estar-com as mulheres por meio da escuta aberta e atenta, reduzindo pressupostos a fim de captar os significados do fenômeno e posteriormente desvelar os sentidos. Para isso, após a transcrição dos depoimentos, leituras e releituras, identificou-se as estruturas essenciais e as estruturas ocasionais destacando-as com cores diferentes as estruturas que foram significativas e para agrupá-las em Unidade de Significação (US). Também, recorreu-se aos registros no diário de campo a fim de alcançar o que foi significativo para a mulher, o que contribuiu para a construção da US.

Assim, as mulheres em pré-operatório de histerectomia significaram: vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo conforme ilustram estes recortes de seus depoimentos:

Fiquei muito tensa. A gente nunca sabe o que vai acontecer na cirurgia. Preocupada com a anestesia. Tenho medo da anestesia. Quando fui ganhar neném eu não tive medo, mas agora eu tenho. E1

Na expectativa até amanhã. Ansiosa. Fico pensando, eu lembro como que eu fui na cesárea. E2

Ansiosa, doída pra poder fazer isso logo, sair dessa etapa. Essa ansiedade que eu achei até que ia ser hoje a cirurgia, ela falou que era pra mim vim de jejum, chegou aqui,

falaram que vai ser amanhã. É eu tenho gente na família que já morreu com problema no colo do útero, então eu não quero isso pra mim. E3

Estou quietinha, fazer o quê. A gente não pode fazer nada. E5

Eu senti assim meio preocupada, no começo eu fiquei meio preocupada. Assim, fiquei tensa uns dias. E6

A gente fica chocada, porque a gente fica mutilada. Num primeiro momento fiquei triste. Porque às vezes a gente começa a pensar, fica meio coisa que não me deixa pra baixo. E7

Ansiosa também pra recuperar logo e voltar a trabalhar. No início foi medo. A gente tem um certo medo no hospital. Os dias pra trás eu estava bem nervosa, mas hoje tranquila, amanhã eu já não sei. E8

Muito ansiosa. Muita ansiedade, demais da conta. Cheguei a ponto de esquecer tudo que eu tinha que fazer. Nossa senhora, uma confusão danada. Acho que é a ansiedade. Estou apreensiva, com medo, medo de tudo, medo de tirar e minha vida não ser normal, medo de dá algum problema, alguma complicação. Dá um medo de não voltar pra casa. E9

Eu não estou tranquila não, mais é medo, medo de fazer a cirurgia. Mas a parte psicológica tranquila. Só mesmo o medo da cirurgia. E10

Só estou ansiosa que chega amanhã, se eu vou ficar bem. Claro que eu sei que eu vou ficar. E11

Estou ansiosa, mas bem tranquila, nervosa não. Não vejo a hora de passar tudo, de acabar. A princípio quando eu descobri que era o câncer, a gente fica assim, fica nervosa, não espera essa doença. E12

Ontem que eu fiquei meio nervosa, minha pressão subiu a hora que eu cheguei aqui. Fiquei nervosa. Estou um pouquinho ansiosa, mas é normal. Fora a ansiedade, só isso. E13

Levei um susto, foi muito triste, com medo, muito difícil. Na hora que falou que eu tinha que operar eu fiquei muito assustada. Fiquei tão ansiosa que eu dei até dor de barriga, de tanta ansiedade. Hoje a médica veio aqui falar que eu não ia fazer mais (cirurgia adiada por mais uns dias), aí eu já fiquei triste. E14

As mulheres relataram que a ansiedade surgiu desde a espera da marcação cirúrgica, que foi rápida para algumas delas e muito demorada para outras. Mencionaram também a ansiedade logo que chegaram ao hospital, no período em que aguardavam para subirem para a enfermaria.

Revelaram também a ansiedade em se recuperar e retornar ao trabalho, pois o período cirúrgico e o pós-operatório impactam diretamente nas atividades diárias. Uma depoente mencionou que o afastamento do trabalho representaria um descanso, já que possuía dois empregos, entretanto, ainda assim informou que sentia falta e ansiava recuperar logo.

Para outra mulher o período que se estendeu desde a consciência da necessidade

cirúrgica até a marcação do procedimento foi um período de intensa ansiedade que repercutiu negativamente no seu dia a dia, refletindo com esquecimentos de funções desempenhadas no seu trabalho e impaciência com os filhos.

Significaram estar ansiosas para solucionar o problema e estar livre daquele momento delicado e relataram que esse sentimento perdurou até o momento da cirurgia. A ansiedade em algumas mulheres relacionou-se ao fato de ser a primeira cirurgia necessária para correção de alguma doença, tendo vivência apenas de cesarianas.

Algumas depoentes afirmaram estarem tranquilas e no momento seguinte relataram estarem ansiosas com a cirurgia, alternando períodos de tranquilidade com àqueles de maior ansiedade. Apresentaram inseguranças em relação ao momento cirúrgico, receio sobre como irá transcorrer o a cirurgia, sentimentos que iniciam previamente a cirurgia, podendo ser dias antes ou até meses, dependendo de cada mulher e do tempo de intervalo entre o diagnóstico e o procedimento cirúrgico em si. Outras manifestaram preocupação e medo da anestesia. O nervosismo para algumas é acompanhado de alterações biológicas, como aumento da pressão e dores de barriga.

O medo da cirurgia e o nervosismo estão presentes e são fatores que contribuem para o seu adiamento. Mencionaram que o medo foi intensificado com comentários, opiniões e vivências de amigos e familiares que influenciaram na negação e na decisão de protelar a cirurgia.

De acordo com as mulheres, os medos são vários, dentre eles pode-se observar o medo e preocupação com o pós-operatório, em ter que ficar em repouso e adiar seu retorno às atividades habituais, medo de ter complicações que impeçam a continuação de uma vida normal, medo de que suas vidas não sejam mais as mesmas e ainda o medo de não retornar da cirurgia.

Há aquelas que tiveram familiares que sofreram com problemas no útero. Então, o medo está associado aos problemas que a decisão da não retirada pode trazer. Essas mulheres optam então pela cirurgia pelo receio de que o problema possa piorar no futuro.

A tristeza é sentimento presente em algumas depoentes, que veem a retirada do útero como a remoção de um pedaço que lhes é próprio, de uma parte de si. Por vezes a mulher que necessita retirar o útero sente-se surpreendida, assustada podendo se reconhecer como um ser mutilado.

DISCUSSÃO

Após a compreensão dos significados manifestos pelo *ser* mulher que vivencia o pré-operatório de histerectomia por meio da Compreensão Vaga e Mediana, emergiu o Fio Condutor com a construção do conceito de ser. A partir deste torna-se possível interpretar os fenômenos ainda encobertos que emergiram nos depoimentos das mulheres, possibilitando o caminhar da dimensão ôntica à ontológica, direcionando para o segundo

momento metódico proposto por Heidegger, a Análise Interpretativa ou Hermenêutica.

Em sua obra *Ser e Tempo* (Heidegger, 2015:199), apresenta que “a interpretação fenomenológica deve oferecer para a própria presença a possibilidade de uma abertura originária e, ao mesmo tempo, da própria presença interpretar a si mesma”.

Logo a Análise Interpretativa compreende-se como a possibilidade de desvelar os sentidos do *ser-mulher-na-vivência-do-pré-operatório-de-histerectomia*, que se mantiveram velados no primeiro momento metódico, sem interpretar lhe o sentido. “A compreensão vaga e mediana de ser é um fato” (Heidegger, 2015:41).

Defrontar-se com a cirurgia desencadeou no ser-mulher diversos sentimentos que se misturaram entre o alívio com o fim dos sangramentos e dores, e **vivenciar ansiedade, preocupação, nervosismo, insegurança, tristeza e medo**. Com a espera cirúrgica surgiram diversos medos, da separação da família, da anestesia, das implicações pós-cirúrgicas, da morte. Então, a cirurgia representa o *amedrontador*, que de acordo com Heidegger (Heidegger, 2015:200), “o de que se teme, o ‘amedrontador’, é sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo”.

Assim, durante o pré-operatório de histerectomia, a mulher vivencia o medo que é uma possibilidade de *ser-no-mundo*, “a presença é medrosa” (Heidegger, 2015:202), além disso, “é tendo medo que o medo pode ter claro para si o de que tem medo, ‘esclarecendo-o’” (Heidegger, 2015:200).

Para Heidegger o medo desvela o sentido da *angústia imprópria* e leva o *ser-aí* a decair-no-mundo. O medo pode variar em *pavor, horror e terror* (Heidegger, 2015). O medo se torna *pavor* quando a ameaça é algo conhecido e familiar, e acontece de modo súbito: “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim” (Heidegger, 2015:202). Logo a mulher vivenciou o *pavor* da separação da família durante a cirurgia e da anestesia, ambos familiares, por já ter passado por cirurgias anteriores, na sua maioria cesariana.

Para o filósofo (Heidegger, 2015), o *horror* se dá quando a ameaça é algo não familiar, revelando-se quando a mulher desconhece como será sua vida após a cirurgia e teme alterações em seu dia a dia. O *horror* manifesta-se também quando o *dasein* manifesta o medo de sentir-se mutilada pela retirada do útero.

Quando a ameaça tem caráter de *horror* e *pavor* de modo súbito, o medo torna-se *terror* (Heidegger, 2015). O *dasein* vivencia o *terror* quando experiencia o medo de complicações durante a cirurgia e o medo da morte, pois apesar de saber que “a morte é a possibilidade mais própria da presença” (Heidegger, 2015:340), a mulher nunca vivenciou a própria morte e esta pode ocorrer a qualquer momento da cirurgia, de modo súbito.

A morte é possibilidade de todo ser, pois todo ser é *ser-para-o-fim*. Dessa forma, a *finitude* é condição existencial inevitável de todo *ser-aí*. “Da mesma forma que a presença, enquanto é, constantemente já é o seu *ainda-não*, ela também já é sempre o seu fim. O findar implicado na morte não significa o ser e *estar-no-fim* da presença, mas o seu *ser-para-o-fim*” (Heidegger,2015:320).

Com a necessidade cirúrgica o *ser-aí-mulher* apresenta diversos medos, que desvelam a *angústia imprópria*. A cirurgia representa aquilo que se teme, ou seja, o *amedrontador*. A mulher então vivencia temerosa, esse momento de sua vida, vivenciando o *pavor, horror e terror*. O *ser-aí-mulher-que-vivencia-o-pré-operatório-de-histerectomia* desvela o *terror* quando demonstra o medo da morte. Ela teme não retornar da cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender o *ser-mulher* é necessário compreender sua dimensão existencial, seu *estar-no-mundo*, sua história de vida, suas bagagens culturais, suas necessidades físicas, emocionais, espirituais, sociais. É preciso atentar-se, não somente ao seu corpo biológico, que necessita da extração de um mioma, de um tumor ou da cura de uma patologia. A mulher não é meramente um corpo vazio, nele *ex-siste* um ser que necessita ser escutado, compreendido e que tem direito de exercer suas escolhas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória é um instrumento valioso, que além de oferecer autonomia e cientificidade ao trabalho do enfermeiro apresenta um direcionamento às suas ações. A visita pré-operatória é importante para a relação enfermeiro-paciente, oportunizando conhecer a mulher e estabelecer um vínculo de confiança que permita que ela se desvele. Escutar as mulheres propicia entender suas necessidades e auxilia no planejamento e elaboração de um plano de ação voltado às suas especificidades.

As orientações pré-cirúrgicas são essenciais nesse momento, em que a mulher vive preocupações, nervosismos e medos de todo o processo cirúrgico, inclusive do pós-operatório. Necessitam ser orientadas sobre possibilidades de viver sem o útero, apresentam questionamentos do seu cotidiano após a histerectomia e ainda podem desejar conversar sobre sua sexualidade pós cirurgia.

É imperioso estimular reflexões nas universidades sobre a formação de enfermeiros que entendam o processo de cuidar para muito além do modelo biologicista, mas como uma importante prática social que envolva questões políticas, de gênero, socioculturais de forma a atender as demandas subjetivas da *mulher-em-pré-operatório-de-histerectomia* e todas as mulheres que necessitam cuidado em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. **The Cochrane Library**, 2015.

Amorim TV, Salimena AMO. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. *HU Revista*. 2015; 41(3/4):149-154.

Heidegger, M. *Ser e Tempo*. Petrópolis; Vozes; 2015.

Ministério da Saúde (BR). PROADESS. Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde- Taxa bruta de histerectomia por 100 mil mulheres de 20 anos ou mais. [citado 2019 Abr 1]. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1_4

Ministério da Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.

Paiva ACPC, Salimena AMO, Souza IEO, Melo MCSC. Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: compreensão fenomenológica de mulheres. *Rev Baiana de Enfermagem*. 2015; 29(1): 9-67.

Rocha RC, Bezerra MA, Rocha JC, Rocha NMC, Gonçalves CB, Cardoso ARS, et al. Processo de enfermagem aplicado a paciente submetida à histerectomia: relato de experiência. *Rev Enferm UFPI* 2015;4(3):86-90.

Salimena AMO, Ribeiro MOS, Vargens MC, Souza RCM, Paiva ACPC, Amorim TV. Vivências de mulheres enfrentando a histerectomia: estudo fenomenológico. *Revista Nursing*; 2019; 22 (253): 3011-3015

Salimena AMO, Amorim TV, Souza IEO, Paz EPA, Langendorf TF, Barqueiros JM. O método fenomenológico Heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões do movimento analítico. *ATAS CIAIQ*. 2015; 1(1):310- 15.

Silva CMC, Vargens OMC. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Rev Latinoam Enferm* 2016;24(e2780). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>

Tristão FR, Machado MP, Gracia ORZ, Lima DKS. Vivências da mulher frente à histerectomia: aspectos emocionais. *Rev Rede de Cuidados em Saúde*. 2017; 11(1):1-22.

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS PÓS EXENTERAÇÃO PÉLVICA POR TUMORES GINECOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 02/04/2020

Natalia Beatriz Lima Pimentel

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/7703781900716718>

Vivian Cristina Gama Souza Lima

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/5866336645264235>

Felipe Cardozo Modesto

Instituto Nacional do Câncer/INCA, Departamento de Fisioterapia; Rio de Janeiro, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/2583209928447917>

Patrícia dos Santos Claro Fuly

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/7625867664431524>

Kariny de Lima

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/5153364891901294>

Carmen Lucia de Paula

Instituto Nacional do Câncer/INCA, Ambulatório de Sexualidade; Rio de Janeiro, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/9135595613669624>

Rafael Carlos Macedo de Souza

Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, Faculdade de Enfermagem; Juiz de Fora, MG. iD: <http://lattes.cnpq.br/3211178834441261>

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/8526777752396550>

RESUMO: Introdução: A exenteração pélvica é uma modalidade cirúrgica radical indicada para tumores avançados da cavidade pélvica, vem sendo utilizada atualmente como último recurso para prolongar a vida de mulheres com tumores ginecológicos avançados. Em função das características do procedimento e de suas sequelas muitas mulheres apresentam dificuldades de adaptação no pós-operatório. Esse estudo objetivou identificar na literatura os aspectos psicossociais envolvidos no pós-operatório de mulheres submetidas à exenteração pélvica. Método: revisão integrativa da literatura realizada na base de dados MEDLINE, através dos descritores “Exenteração Pélvica” e Psicologia, interligados pelo Operador Booleano AND. Foram incluídos artigos publicados na língua portuguesa,

espanhola e inglesa, com recorte temporal dos últimos cinco anos, que abordassem somente cirúrgicas relacionadas a tumores ginecológicos; foram excluídos documentos como teses, dissertações, artigos de revisão e editoriais. Inicialmente, foram encontradas 48 referências que, após os critérios de inclusão e exclusão, possibilitou constituir a amostra final do estudo com cinco artigos. Resultados: após análise dos resultados, emergiram duas categorias de significados: Categoria 1 “alterações da imagem corporal”, abordando as dificuldades de adaptação e autocuidado com os estomas; Categoria 2 “Fatores desfavoráveis a atividade sexual” que identificou o desconforto, a falta de interesse sexual e a rejeição pelos parceiros. Conclusão: os resultados encontrados neste estudo corroboram que é necessário ampliar o conhecimento relacionado a essa temática devido ao grande impacto que é o procedimento na vida dessas mulheres, objetivando qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia; Exenteração Pélvica

PSYCHOSOCIAL REPERCUSSIONS AFTER PELVIC EXENTERATION BY GYNECOLOGICAL TUMORS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Pelvic exenteration is a radical surgical modality indicated for advanced tumors of the pelvic cavity; it is currently being used as a last resort to prolong the life of women with advanced gynecological tumors. Due to the characteristics of the procedure and its sequelae, many women have difficulties adapting in the postoperative period. This study aimed to identify in the literature the psychosocial aspects involved in the postoperative period of women submitted to pelvic exenteration. Method: an integrative literature review carried out in the MEDLINE database, using the descriptors “Pelvic Exenteration” and Psychology, linked by the Boolean Operator AND. Articles published in Portuguese, Spanish and English were included, with a time frame of the last five years, addressing only surgical procedures related to gynecological tumors; documents such as theses, dissertations, review articles and editorials were excluded. Initially, 48 references were found that, after the inclusion and exclusion criteria, made it possible to constitute the final sample of the study with five articles. Results: after analyzing the results, two categories of meanings emerged: Category 1 “body image changes”, addressing the difficulties of adaptation and self-care with stomata; Category 2 “Factors unfavorable to sexual activity” that identified discomfort, lack of sexual interest and rejection by partners. Conclusion: the results found in this study corroborate that it is necessary to expand the knowledge related to this theme due to the great impact that is the procedure in the lives of these women, aiming at quality of life.

KEYWORDS: Psychology; Pelvic Exenteration

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer é a segunda principal causa global de mortes. Atualmente, uma a cada seis pessoas morrem em consequência

da doença oncológica, contribuindo para uma estimativa mundial de 9,6 milhões de óbitos no ano de 2018. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer todos os anos, e esse número deve subir para mais de 21 milhões de pessoas em 2030 (INCA,2018).

O câncer ginecológico é o tipo de câncer que acomete um ou vários órgãos reprodutivos (colo do útero, endométrio ou corpo do útero, ovário, vagina e vulva). Assim como outros tipos de câncer, a dinâmica deste tipo de neoplasia é de constituir tecidos de aspecto desorganizado com a proliferação descontrolada das células (HUFF, 2011).

A conduta terapêutica estabelecida se fundamenta no diagnóstico, estadiamento e prognóstico da doença, tendo como parâmetro a avaliação da localização, tamanho e tipo histológico. Para mulheres que desenvolvem tumores pélvicos malignos recorrentes ou tumores primários avançado, bem como outros tipos de doenças ginecológicas, retais e urológica, pode ser indicada a realização de cirurgia de exenteração pélvica como último recurso de tratamento (FRIGATO; HOGA, 2003).

A exenteração pélvica é uma estratégia de tratamento radical que consiste em uma ressecção em bloco dos órgãos pélvicos (útero, ovário e vagina quando presentes e retosigmoide ou bexiga) comprometidos pelo câncer mais as margens livres de doença. A sobrevida em 5 anos varia de 30 a 70%, por isso deve ser considerada para alívio da sintomatologia local e conseqüente melhor qualidade de vida, sua indicação como cuidado paliativo ainda vem sendo discutida. A reconstrução do trânsito intestinal e das vias urinárias, dependendo da modalidade cirúrgica adotada, se dá usualmente através de estomias (SIGNORINI *et al*, 2014).

Os efeitos do tratamento curativo ou conservador na vida e no cotidiano da mulher são altamente significativos, afetando diferentes dimensões tanto em nível físico, sociocultural, sexual e psíquico, com repercussões no seu estilo e hábitos de vida, na sua autoimagem e nas relações familiar, profissional, social e conjugal (VIEIRA; QUEIROZ,2006).

Nesse contexto, diante do exposto, visando contribuir para uma reflexão à cerca da temática realizou-se uma revisão integrativa, que objetivou identificar na literatura os aspectos psicossociais envolvidos no pós-operatório de mulheres submetidas à exenteração pélvica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, entendida como a análise sistemática e síntese da investigação sobre um tema específico de escopo amplo ou restrito com análise descritiva. Esse método é de particular importância quando existe a necessidade de resolver um problema clínico ou avaliar a utilização de determinado conceito no contexto científico (STETLER, 2006).

Para a elaboração do presente estudo, observou-se as seguintes etapas: identificação

do tema ou questionamento da revisão integrativa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE, 2005).

Foram consultadas duas bases de dados para a seleção das publicações, a saber: IBECs (Índice Bibliográfico Español em Ciências de la Salud) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) sendo utilizadas diferentes estratégias de busca e três descritores controlados. O descritor controlado consiste em um termo de um vocabulário estruturado e organizado, de modo a ser empregado para a indexação dos artigos nas bases de dados por ser um descritor de assunto (POMPEO, 2009). Dessa forma, a consulta para identificação dos descritores deu-se no Descritores Ciência da Saúde (DeCS/Bireme), e os identificados foram: “Exenteração Pélvica” e Psicologia interligados pelo Operador Booleano AND.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados na língua portuguesa, espanhola e inglesa, com recorte temporal dos últimos cinco anos, portanto, de janeiro de 2015 a abril de 2020 e excluídos documentos como teses, dissertações e editoriais.

Para apresentar a síntese dos artigos selecionados, utilizou-se quadro sinóptico com a descrição dos seguintes aspectos: nome dos autores, ano, objetivo, delineamento do estudo, resultados e conclusões. E para a interpretação dos resultados e apresentação da revisão, optou-se em discutir os achados a partir dos temas convergentes encontrados nos artigos e posterior categorização.

RESULTADOS

Foram identificados 48 estudos utilizando-se os critérios de busca definidos: um na IBECs e 47 na MEDLINE. Seguiu-se, então, com a aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos, resultando em um total de 15 estudos (14 na MEDLINE e um na IBECs), após a leitura dos títulos e resumos dois estudos foram excluídos por não abordarem a temática e outros oito estudos por se tratarem de tumores retais, restando cinco estudos que foram analisados na íntegra e compuseram a amostra.

Autores (ano)	Objetivo
ARMBRUSTER, Shannon D. <i>et al</i> , 2018	Avaliar uma série de resultados relatados pelo paciente e satisfação com à exenteração pélvica.
DESSOLE, Margherita <i>et al</i> , 2018	Investigar questões de qualidade de vida e sofrimento emocional em sobreviventes de câncer ginecológico submetidos à exenteração pélvica.
HAAS, <i>et al</i> , 2018	Avaliar sinais de depressão e ansiedade em mulheres com câncer indicadas para cirurgia de exenteração pélvica.

NELSON, Ashley M. et al, 2018	Explorar a qualidade de vida física, psicológica e social exenteração pélvica.
MARTINEZ, A. et al, 2018	Avaliar a qualidade de vida (QV) durante o primeiro ano após a exenteração pélvica por malignidade ginecológica realizada com intenção curativa.

Quadro 1 – Apresentação da síntese de estudos quanto aos autores, objetivo, resultados e conclusão

DISCUSSÃO

Posteriormente à exploração e ao agrupamento dos dados segundo a sua relevância e prevalência nos estudos, emergiram duas categorias: Categoria 1 “alterações da imagem corporal”, abordando as dificuldades de adaptação e autocuidado com os estomas; Categoria 2 “Fatores desfavoráveis a atividade sexual” que identificou o desconforto, a falta de interesse sexual e a rejeição pelos parceiros. As duas categorias são discutidas separadamente para facilitar a compreensão das intervenções, entretanto não se deve entendê-las, na prática, como um cuidado fragmentado, mas interligado e contínuo.

Categoria 1 “alterações da imagem corporal”

A permanência do estoma após a exenteração pélvica contribui para o estresse físico e psicológico após a cirurgia, afetando a imagem corporal, a função sexual e a atividade social, combinada com a necessidade de cuidados com o estoma. Técnicas cirúrgicas reconstrutivas resultam em menores complicações pós-operatórias e qualidade de vida significativamente melhor para pacientes submetidos à exenteração pélvica. Um número maior de ostomias, desvios urinários e colostomias definitivas foram preditores significativos de um escore ruim do estado de saúde e qualidade de vida em um estudo prospectivo realizado um ano após a cirurgia. Outros relatos mostram escores mais baixos para funcionamento físico, emocional, sexual e social quando é realizada exenteração pélvica total (EPT) com dois estomas permanentes. Em nosso estudo, a exenteração total influenciou a imagem corporal, mas nenhum outro item de função ou sintoma (MARTINEZ, 2018).

No estudo de Nelson, (2018), muitas mulheres descreveram sentir-se socialmente isolada e como um fardo para a família e os amigos. Descreveram também alterações de longo prazo no status ocupacional e restrições às viagens e engajamento profissional. As limitações funcionais eram abundantes, com muitas mulheres incapazes de realizar o que eles sentiram que eram responsabilidades básicas na vida cotidiana. Quase todas as mulheres se descreveram como desativada. Além dos efeitos na vida diária de sintomas físicos persistentes, intestino e desvios urinários representavam desafios práticos, financeiros e sociais diários para vários pacientes.

A conseqüente privação do controle urinário e fecal e de eliminação de gases geram

mudanças nas atividades laborativas, recreativas e no estilo de vida da mulher e de seus familiares, além de provocar dificuldades na atividade sexual. A alteração da imagem corporal e a conseqüente diminuição da autoestima resultam na diminuição ou perda da libido e o isolamento social, relacionadas como a preocupação da eliminação de odores e extravasamentos durante a relação sexual (HUFF; CASTRO, 2011).

Os achados no estudo de Dessole, (2018) enfatizam fortemente a necessidade de fazer mais esforços para alcançar a reconstrução quase completa dos órgãos, principalmente para o sistema gastrointestinal, para garantir níveis mais altos de QV a sobreviventes, entendendo que essa necessidade de realizar uma cirurgia mais reconstrutiva deve ser adequadamente equilibrado com possíveis riscos aumentados de complicações pós-operatórias, principalmente no complexo quadro clínico de pacientes com câncer ginecológico.

Categoria 2 “Fatores desfavoráveis a atividade sexual”

A função sexual, especificamente o prazer, diminuiu significativamente após a cirurgia levando em consideração a retirada da vagina anterior e do clitóris. Apesar desses achados, a maioria das mulheres escolheria se submeter à exenteração pélvica novamente, afirmam que não tinham outra opção para a cura, só tinham que aceitar, então se adaptam ao seu novo corpo e a sua nova vida (ARMBRUSTER, 2018).

Curiosamente, foram as mulheres sem companheiro que descreveram profundas mudanças nas percepções de si como feminino e / ou um ser sexual. Outras lamentaram a incapacidade percebida para atrair um parceiro. As mulheres casadas / parceiras pareciam menos propensas a discutir o efeito da cirurgia em suas relações sexuais (NELSON, 2018).

No estudo de Armbruster (2018), a maioria das mulheres não eram sexualmente ativas e não estavam satisfeitas com sua vida sexual antes mesmo de serem operadas. Muitas mulheres também relataram, no entanto, que a atividade sexual não era uma prioridade para elas. Isso pode ser responsável por algumas das 30-45% das mulheres que fizeram não indicaram nenhum nível de satisfação com sua saúde sexual, possivelmente porque elas não eram sexualmente ativas, devido ao desconforto com a questão, pois a saúde sexual não é importante para elas ou elas estavam lidando com outros problemas, como a tristeza e a depressão.

O estudo de Martinez (2018) avaliou a satisfação das mulheres quanto a reconstrução pélvica e vaginal. A reconstrução tem como objetivo restaurar a aparência anatômica, melhorar a imagem corporal e permitir a relação sexual. Relatórios anteriores mostram menos dor, melhor imagem corporal e melhores escores de QV física e sexual para pacientes que receberam reconstrução vaginal em comparação com pacientes que tiveram ressecção vaginal e nenhuma reconstrução. Em contra partida o ajuste sexual após a exenteração pélvica é significativamente pior do que antes da cirurgia para pacientes com neovagina

potencialmente funcional na avaliação pós-operatória. Além de razões orgânicas, como dor ou secura vaginal, um forte componente psicogênico reduz a conveniência sexual do paciente, incluindo desfiguração e autoconsciência sobre estomas.

A opção de reconstrução vaginal (neovagina) quando necessário deve ser discutida com a paciente, considerando que partes anatômicas importantes foram retiradas como clitóris e inervações e elucidando suas desvantagens como o aumento do tempo cirúrgico, maior risco de estenose e necrose no pós-operatório devido ao risco de rejeição do retalho miocutâneo. Um estudo realizado por Pusic e Mehrara (2006) constatou que muitas mulheres que submetem a cirurgia de reconstrução vaginal apresentam uma diminuição significativa na função sexual, a qual parece não apenas ser decorrentes de causas físicas, mas também psicológicas.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa atingiu o objetivo proposto através do levantamento das repercussões psicossociais da exenteração pélvica por tumores ginecológicos. Os resultados encontrados neste estudo corroboram que o aumento da sobrevida principalmente nos casos mais avançados da doença gera condições clínicas desfavoráveis a qualidade de vida oriundos do processo de tratamento estabelecido.

Todavia, para que possamos avaliar essas repercussões faz-se necessário a implementação de uma postura mais abrangente que direcione um olhar mais atento as necessidades sociais, culturais e espirituais representadas por inquietações, valores e representações dessas mulheres durante o tratamento se faz importante.

Considera-se como limitações deste estudo: a escassez de estudos na base de dados pesquisada relacionados a temática, sendo necessário a utilização de outros autores para embasar a discussão. No entanto, consideramos condição sine qua non refletir sobre os achados deste estudo, uma vez que retratam o grande impacto que é o procedimento na vida dessas mulheres.

REFERENCIAS

ARMBRUSTER, Shannon D. et al. **Prospective assessment of patient-reported outcomes in gynecologic cancer patients before and after pelvic exenteration**. *Gynecologic oncology*, v. 149, n. 3, p. 484-490, 2018.

DESSOLE, Margherita et al. **Quality of life in women after pelvic exenteration for gynecological malignancies: a multicentric study**. *International Journal of Gynecologic Cancer*, v. 28, n. 2, p. 267-273, 2018.

FRIGATO, S.; HOGA, L.A.K.; **Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem**. *Rev Brasil Cancerologia*, 2003.

HAAS, Sílvia Abduch; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; KALIL, Antônio Nocchi. **Ansiedad, depresión,**

percepción y sentimientos de mujeres con cáncer indicadas para cirugía de exenteración pélvica. Psicooncología, v. 14, p. 279, 2017.

HUFF, Raquel; DE CASTRO, Elisa Kern. **Repercussões emocionais do câncer ginecológico e exenteração pélvica.** Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n. 1, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa/2018. **Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2018.

MARTINEZ, A. et al. **Prospective assessment of first-year quality of life after pelvic exenteration for gynecologic malignancy: a French multicentric study.** Annals of surgical oncology, v. 25, n. 2, p. 535-541, 2018.

NELSON, Ashley M. et al. **Quality of life after pelvic exenteration for gynecologic cancer: Findings from a qualitative study.** Psycho-oncology, v. 27, n. 10, p. 2357-2362, 2018.

POMPEO; D.A, ROSSI; L.A, GALVÃO; C.M. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.** Acta Paul Enferm; 2009.

PUSIC, A. L.; MEHRARA, B. J.; **Vaginal reconstruction: An algorithm approach to defect classification and flap reconstruction.** Journal of Surgical Oncology, 94(6), 515-521; 2006.

SIGNORINI, F.R.C.; COLTURATO, L.F.; GIACON, P.P.; GEBRIN; **Indicações e Complicações da Exenteração Pélvica no Câncer Ginecológico;** LH FEMINA Ivol 42 I nº2; 2014

STETLER; C.B; MORSI; D, RUCKI; S, et al. **Utilization-focused integrative reviews in a nursing service.** Appl. Nurs. Res.11(4):195-206; 2006.

VIEIRA; P.C.; QUEIROZ; M. S.; **Representações sociais sobre o câncer feminino: Vivência e atuação profissional.** Psicologia & Sociedade; 18 (1): 63-70; jan/abr. 2006.

WHITTEMORE; R, KNAFL; K. **The integrative review: updated methodology.** J Adv Nurs.;52(2):546-53; 2005.

A CIRURGIA DE MASTECTOMIA E SUA INFLUÊNCIA NO ÂMBITO BIOPSIKOSSOCIAL FEMININO

Data de aceite: 01/07/2020

Matheus Augusto da Silva Belidio Louzada

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Estácio de Sá (UNESA)

Lucas de Almeida Campos

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Estácio de Sá (UNESA)

Antonio da Silva Ribeiro

Doutorando em Enfermagem e Biociências na
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP /
UNIRIO). Docente da graduação em Enfermagem
da Universidade Estácio de Sá (UNESA)

RESUMO: Objetivos: Identificar e descrever o impacto psicossocial em mulheres pós mastectomia para o tratamento de câncer descrito na literatura. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa, de natureza qualitativa e cunho descritivo, que teve como base de dados do Pubmed e da Biblioteca Virtual de saúde: MEDLINE, LILACS e BDNF. Os critérios de inclusão foram: Textos completos disponíveis gratuitamente no recorte temporal de 5 anos (2016-2020). Foram excluídos materiais duplicados, em outros formatos e que não atendiam a temática. Emergiram 38 artigos e após análise utilizou-se 14 para construção do conteúdo. Resultados e discussões: Foram

identificadas duas categorias temáticas: A feminilidade após a retirada da mama; O relacionamento afetivo-sexual. Considerações finais: Foi evidenciado que a cirurgia afeta diretamente a mulher, pois, os seios no Brasil são culturalmente apreciados como órgão sexual e de erotismo. A mastectomia interfere no aspecto biopsicossocial da mulher, fazendo-se necessário intervir em várias situações no processo de aceitação da autoimagem

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; Neoplasias da mama; Mastectomia.

ABSTRACT: Objectives: To identify and describe the psychosocial impact on women after mastectomy for the treatment of cancer described in the literature. Methods: This is an integrative review, of a qualitative and descriptive nature, based on Pubmed and the Virtual Health Library: MEDLINE, LILACS and BDNF. The inclusion criteria were: Full texts available for free in the 5-year period (2016-2020). Duplicate materials, in other formats, that did not meet the theme were excluded. 38 articles emerged and after analysis 14 were used to build the content. Results and discussions: Two thematic categories were identified: Femininity after breast removal; The affective-sexual relationship. Final considerations: It was

evidenced that the surgery directly affects the woman, because the breasts in Brazil are culturally appreciated as a sexual and erotic organ. Mastectomy interferes with the woman's biopsychosocial aspect, making it necessary to intervene in various situations in the process of acceptance of self-image.

KEYWORDS: Sexuality; Breast neoplasms; Mastectomy.

RESUMEN: Objetivos: identificar y describir el impacto psicosocial en las mujeres después de la mastectomía para el tratamiento del cáncer descrito en la literatura. Métodos: Esta es una revisión integradora, de naturaleza cualitativa y descriptiva, basada en Pubmed y la Biblioteca Virtual en Salud: MEDLINE, LILACS y BDEF. Los criterios de inclusión fueron: Textos completos disponibles de forma gratuita en el período de 5 años (2016-2020). Se excluyeron materiales duplicados, en otros formatos, que no cumplían con el tema. Surgieron 38 artículos y luego del análisis 14 se usaron para construir el contenido. Resultados y debates: Se identificaron dos categorías temáticas: feminidad después de la extracción de senos; La relación afectivo-sexual. Consideraciones finales: se evidenció que la cirugía afecta directamente a la mujer, porque los senos en Brasil son culturalmente apreciados como un órgano sexual y erótico. La mastectomía interfiere con el aspecto biopsicosocial de la mujer, por lo que es necesario intervenir en diversas situaciones en el proceso de aceptación de la autoimagen.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad; Neoplasias de mama; Mastectomía

INTRODUÇÃO

Desde os séculos passados a discussão sobre os aspectos que influenciam a feminilidade têm sido tratados com relevância no meio acadêmico. São diversos os aspectos culturais e midiáticos que influenciam e explanam um conceito de corpo feminino e do “ser” mulher. De acordo com Novelino (1998) a feminilidade só pode ser compreendida quando comparada a história, pois é um resultado de construções psicológicas e de convívio social.

Foucault (1987) traz à tona a discussão da doutrinação do “ser” imposta por aspectos culturais, onde há uma dominação do agir, do andar, do pensar. Como definido pelo próprio, o termo “corpos dóceis” é o ato de submeter, transformar e aperfeiçoar o homem.

Ao pensarmos em afirmativas históricas do “ser” feminino nos deparamos com as pesquisas de John Money e Robert Stoller, nomes relevantes da sexologia, onde desde a década de cinquenta trazem por exposto essas definições de gênero. Money (1957) constatou-se que o sexo biológico e o sexo social são definições distintas, pois o sexo social é construído com as influências sociais, ambientais e culturais do meio ao qual o indivíduo está inserido.

Em 1964 o psicanalista Robert Stoller ao publicar sua obra “*Sexo e gênero: o desenvolvimento de masculinidade e feminilidade*” afirma que a feminilidade é um

conjunto de características herdadas ao longo da vida do meio sociocultural, ditas de forma apropriada e de tom indispensável às mulheres. (STOLLER, 1964).

Percebe-se que a feminilidade é vista pela sociedade como algo imposto e singular, onde o ser diferente ou o não pertencer ao dito padrão pré-estabelecido é rejeitado e repulsivo. Essa doutrinação de exclusão estigmática traz danos significativos ao indivíduo que não se entende acolhido e pertencente ao meio social ao qual encontra-se inserido.

Esta lógica excludente é vista em diversos cenários, sendo também observado em mulheres que passam por algum processo de doença que intervirá no seu eu feminino. Ao falarmos de uma mulher passando por um tratamento para câncer de mama é possível compreender que atributos que compõem significativamente as características sociais da feminilidade podem ser prejudicadas, como a queda dos cabelos e principalmente a intervenção cirúrgica, denominada como mastectomia, que coincide no procedimento cirúrgico para retirada da mama a fim de tratar e prevenir reincidências do câncer.

Vários fatores afetam a mulher mastectomizada no âmbito biopsicossocial. Esses fatores podem impactar negativamente a vida da mulher, prejudicando suas relações inter e/ou intrapessoais, interferindo diretamente em sua qualidade de vida e aceitação no meio social e afetivo.

Sabendo disso, foi construído como **questão norteadora** para essa pesquisa: Qual o impacto da cirurgia de mastectomia no biopsicossocial feminino?

O presente estudo tem como **objeto de estudo** o impacto que a mastectomia pode ocasionar na vida das mulheres, e **o objetivo do estudo** é identificar e descrever o impacto psicossocial em mulheres pós mastectomia para o tratamento de câncer descrito na literatura, tendo como **objetivos específicos**:

- 1 - Identificar a partir de bases de dados nacionais e internacionais os aspectos que têm impactado de forma significativa a vida das mulheres mastectomizadas.
- 2 – Analisar e refletir acerca do simbolismo social do ser feminino e sua imposição objetificadora em mulheres que vivenciaram a mastectomia como tratamento para câncer de mama.
- 3 - Compreender a partir dos estudos os sentimentos e demonstrações das mulheres perante o processo de reorganização biopsicossocial após a realização da cirurgia de mastectomia em diferentes cenários, países e culturas.

METODOLOGIA

A metodologia dessa pesquisa trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva de cunho integrativo com abordagem qualitativa, de punho descritivo. Para a construção do estudo foi adotado a revisão integrativa da literatura, consiste na elaboração de uma análise abrangente de artigos, estabelecendo critérios de investigação teórico-científico para coletar dados, analisar e apresentar os resultados. As informações obtidas podem

sinalizar achadas que necessitam de mais atenção ao meio científico, visando melhorias na prática profissional (GANONG, 1987)

Para a construção da questão norteadora da pesquisa, utilizou-se o método PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho). Sendo estes elementos fundamentais para compor a questão norteadora da pesquisa a ser realizada. Este método de formulação da pergunta de pesquisa adequada possibilita a definição correta de evidência, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias nas bases de dados (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

Neste momento os artigos foram identificados e acessados através de busca na base de dados do PubMed e da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Iniciou-se pela busca de materiais que contivessem em seu resumo os descritores em ciências da saúde (DeCS): Sexualidade; Neoplasias da mama; Mastectomia.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão de artigos: textos completos, disponibilizados de forma gratuita, em todos os idiomas disponíveis no recorte temporal de cinco anos (2016 – 2020). Os critérios de exclusão foram: estudos que não atendessem aos critérios citados anteriormente e duplicados.

Na utilização de Sexualidade AND Neoplasias da mama AND Mastectomia, foram encontrados 24 artigos no filtro e a partir dos critérios de inclusão, sendo selecionado estes mesmos artigos.

DESCRITORES	TOTAL	FILTRO	SELEÇÃO	2016	2017	2018	2019	2020
Sexualidade AND Neoplasias da mama And Mastectomia	412	38	19	4	6	6	4	0
Sexualidade AND Neoplasias da mama	1435	156	2	0	2	0	0	0
Sexualidade AND Mastectomia	578	65	3	0	2	0	0	1
TOTAL	2425	259	24	4	10	6	4	1

QUADRO 02: Cruzamento dos descritores

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na utilização de Sexualidade AND Neoplasias da mama AND Mastectomia, foram encontrados uma média de (412) artigos, sendo filtrados (38) e selecionados (19) artigos de acordo com o tema abordado.

Ao utilizar Sexualidade AND Neoplasias da mama, foram encontrados um total de (1435) artigos, sendo filtrados (156) e utilizados (2) artigos com associação ao tema.

Na utilização de Sexualidade AND Mastectomia, foram encontrados (578) artigos sendo filtrados (65) artigos e selecionados (3) artigos relacionados ao tema deste.

Ao final foram selecionados (24) artigos para serem trabalhados nessa pesquisa.

Foram selecionados também outros meios como Trabalhos Acadêmicos, Manuais e livros que também serviram fundamentação teórica para a contextualização e complemento deste trabalho.

A revisão integrativa é um método que propõem etapas a serem seguidas. De acordo com Mendes, Silveira, Galvão (2018) essa revisão dever conter seis etapas, iniciando por estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

Os artigos selecionados para esta revisão integrativa foram separados para verificar sua autenticidade, qualidade da metodologia, importância e relatividade das informações.

Ao analisar os artigos selecionados, obtivemos os seguintes dados: o corte temporal de 2016 a 2020, foram encontrados 24 artigos, que são compatíveis ao tema do estudo abordado, logo percebemos as publicações em 2016 com quatro artigos, 2017 com dez artigos, 2018 com seis artigos, 2019 com quatro artigos e 2020 com um artigo.

Ao analisar a origem dos artigos estudados nessa pesquisa, encontramos resultados de sete países, abrangendo a América do Sul, América do Norte, Europa e Ásia. Onde encontramos publicações da Polônia, Turquia, Reino Unido, Alemanha Holanda, Itália, Espanha, Estados Unidos da América, Brasil, Coreia do sul e Irã.

A etapa seguinte consistiu na realização da interpretação e discussão dos dados e resultados obtidos que se relacionavam com o objetivo da pesquisa: identificar e descrever o impacto psicossocial em mulheres pós mastectomia para o tratamento de câncer descrito na literatura

Mediante aos estudos coletados a partir da revisão integrativa, obtivemos a unidade temática. Os artigos analisados caracterizaram-se em duas divisões, a primeira correlaciona: A feminilidade após a retirada da mama, onde foram selecionados (13) artigos de acordo com o eixo; o segundo: O relacionamento afetivo-sexual, onde foram correlacionados (15) artigos de acordo com o eixo.

A partir da leitura dos artigos, emergiram as seguintes categorias temáticas: A feminilidade após a retirada da mama; O relacionamento afetivo-sexual.

DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS:

Categoria 1 – A feminilidade após a retirada da mama

Evidenciou-se o conceito histórico-cultural, onde os seios femininos são objetivados e apreciados como órgãos exclusivamente sexuais. Esta erotização está diretamente

ligada ao ser mulher, pois para a sociedade o corpo feminino é estigmatizado.

Rocha et. al, (2016) durante um estudo descritivo com mulheres mastectomizadas no interior de Minas Gerais, estado do sudeste brasileiro, levantou o discurso sobre o simbolismo do corpo feminino, onde a mama é vista como símbolo de beleza, feminilidade e sensualidade, afetando de forma direta as mulheres, por se sentirem influenciadas a se encaixarem na ideologia proposta pela sociedade. Um estudo alemão que explorou o significado percebido individualmente da mama entre mulheres mastectomizadas, traçou dados parecidos em relação ao simbolismo da feminilidade, As maiores diferenças entre os grupos foram encontradas em feminilidade. As declarações dos pacientes mostram que a feminilidade desempenha um papel na sexualidade feminina e atratividade. Sugerimos feminino identidade / feminilidade como uma construção superior a atratividade feminina e sexualidade feminina e como uma parte importante de auto-conceito de uma mulher. Os dados qualitativos fornecem evidência de que o peito da mulher cumpre uma série de funções elegantes e interacionais. (Schmidt et al 2017)

Esta padronização sobre o corpo feminino está vinculada a uma ideia antiga e cruel, onde predomina a dominação masculina sobre o ser mulher, afirmando assim, que estas são propriedades de seus cônjuges, tendo como função a satisfação sexual e atribuição doméstica. Um conceito machista que tem sido passado de geração para geração de forma estrutural, e mesmo com toda a luta do movimento feminista dos últimos anos, ainda tem sido presente pelas mulheres que vivenciam este cenário.

Desde a década de sessenta, quando Stoller expos a feminilidade como características impostas pela sociedade de maneira indispensável ao sexo feminino podemos perceber diversas afirmativas que este conceito se torna presente até os dias atuais. A estigmatização doutrina como se vestir, o tamanho dos cabelos, a forma como deve se portar, as proporções adequadas para o corpo ideal e erotizado (ROCHA et al, 2016; SCHMIDT et al 2017). Essa imposição pode ser vista e comparada como um check-mate social, ou você se adapta a idealização do correto perante ao meio ao qual está inserido ou sofra as consequências de viver de uma forma inapropriada.

Um dos estudos realizados por pesquisadores da Sheffield Hallam University, no Reino Unido, aborda a relação entre a padronização citada anteriormente e como essas mulheres tendem a deixarem de se sentir atraentes, tendo impactos severamente prejudiciais para sua autoestima e imagem corporal. Esta segregação acarreta sentimentos de não pertencimento nas mulheres que não se enquadram neste perfil padronizado, causando sentimentos de frustrações e afastamento social (COLLINS et al., 2017).

A mama constitui uma das principais características da feminilidade. Onde além de toda a idealização do erotismo, é uma representação clara e física do ser mulher perante a sociedade, onde o discurso de padronização e corpo ideal é fortemente evidenciado. Ter o tamanho e a forma correta da mama, são preocupações e idealizações que a maioria das mulheres sofrem desde a adolescência. Este fator se torna mais claro ainda quando

vemos os altos índices de cirurgias plásticas nas mamas visando pertencer ao dito ideal.

Feminilidade e sexualização da mama estão interligados. Na publicidade a mulher muitas vezes ocorre como a personificação da beleza e o erotismo dos seios femininos têm influência direta para este impacto na saúde mental da mulher (SCHMIDT et al 2017).

Com isto, torna-se notável que a retirada da mama irá ocasionar um impacto na vida desta mulher, ocasionando sentimentos de não pertencimento ao seu meio social. Varella et al, (2017) afirma que mulheres mastectomizadas costumam apresentar prejuízos na qualidade de vida em âmbitos biopsicossociais. A qualidade de vida de pacientes com CA é afetada por diversos acometimentos tais como a dor, medo depressão, disfunções sexuais, distúrbios de autoimagem e atração e na sexualidade (ARCHANGELO ET AL 2019; GHIZZANI, BRUNI, LUISI, 2018).

Esta mulher passa por um processo de reorganização desde o momento do diagnóstico de câncer de mama, tendo diversas reações como medo, negação, desespero e tristeza. (VARELLA et al, 2013; BATISTA et al, 2017; GHIZZANI, BRUNI, LUISI, 2018). Este fator também ocorre devido ao impacto que o câncer gerou através das gerações, sendo visto nos tempos passados como um castigo divino. Ainda nos dias atuais o diagnóstico de câncer de mama causa sentimentos devastadores para as mulheres. O medo de vivenciar uma doença imprevisível e cruel, principalmente quando esta passa pela realização da cirurgia de mastectomia, pois a decisão de retirar a mama tem um impacto equivalente ao diagnóstico, ocasionado pela incerteza, pelos medos em consequência da alteração corporal devido às mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis (ROCHA, et al; 2017).

Batista et al, (2017) durante um estudo qualitativo com mulheres mastectomizadas em uma clínica da família localizada no nordeste Brasileiro. Observou durante as entrevistas uma forte ligação da religião como suporte para lidar com esta difícil fase. Oliveira et al, (2017) segue o mesmo viés, ao expor em seu estudo os sentimentos de decisão ao enfrentamento, conformidade e adaptação à nova realidade expostos pelas pacientes. Um estudo da República Islâmica do Irã que objetivou examinar as etapas pelas quais os pacientes passam em suas vidas sexuais após a mastectomia apontou que as principais fontes de apoio para a sobrevivente fosse seu cônjuge, a crença em Deus e confiança nele, e seus filhos (FOULADI et al 2018).

A retirada da mama gera sentimentos negativos para as mulheres. Este processo implicará em mudanças na sua qualidade de vida e reorganização de seus hábitos. Quando referido o impacto na autoimagem corporal, os estudos aprontam dados bem simétricos, onde fica claro a convergência de sentimentos e expressões dessas mulheres, mesmo em cenários tão diferentes, conforme abordamos neste estudo (ROCHA et. al, 2016; YI et al, 2016).

Karen Collins, professora britânica da Sheffield Hallam University, abordou em 2017 durante seu estudo de revisão sobre o impacto psicossocial da redução contralateral

de riscos de mastectomia, percebeu que a insatisfação foi associada a efeitos adversos como mudanças na imagem corporal, feminilidade, relações sexuais, reoperações e problemas reconstrutivos (COLLINS et al, 2017). A retirada da mama pode gerar um choque para a mulher em relação a sua autoimagem corporal, implicando em isolamento, vergonha, receio e temor da reação da sociedade. Estas reações também impactam sobre seu pertencimento ao meio, onde é comum o questionamento e negação durante este processo de aceitação (Rocha et. al, 2016).

Este momento de fragilidade emocional e negação da sua imagem corporal são processos dolorosos e que serão compreendidos de forma gradativa para esta mulher. Vale-se entender que além da retirada da mama, a mulher sofre diversas outras alterações corporais que abalam o seu psicossocial. A queda dos cabelos, que também é outra característica dita como importante para compor o ser feminino, irá contribuir para o aumento dessas reações negativas para ela (ROCHA ET. AL, 2016; GHIZZANI, BRUNI, LUISI, 2018). Esses fatores se agravam, pois, acarreta uma confrontação direta entre a mulher e sua imagem corporal, seja ao se olhar no espelho ou ao repreender olhares e comentários recebidos. As mudanças nos hábitos de vida serão notórias, onde até o modo de se vestir sofre impacto para que consiga disfarçar a ausência do órgão mutilado, representando, assim uma limitação estética e funcional, prejudicando seus relacionamentos interpessoais, afetando de forma direta à sexualidade (ROCHA et. al, 2016; YI et al, 2016; COLLINS et al, 2017).

Quanto à imagem corporal, a perda da mama, resulta na percepção negativa, ocasionando sentimentos de limitação física e psíquica para a maioria das mulheres. Este receio social torna-se prejudicial para a manutenção da qualidade de vida da mulher mastectomizada, envolvendo danos a sua vida social e sexual (ROCHA et. al, 2016; OLIVEIRA et al. 2017). O medo de não ser mais sexualmente atraente vem corroborado com a impressão de perda da feminilidade, ocasionando comportamentos de isolamento social, vergonha. Sentimentos de desespero, tristeza, chateação, horror e o medo da morte foram vivenciados, além da reconstrução da identidade feminina (ROCHA et. al, 2016).

Ao falarmos sobre a influência da mama ao compor a feminilidade, falamos também de algo exclusivo do gênero feminino: A maternidade. Além de toda a representação sexual e objetivada dos seios femininos, vinculando ao prazer do homem, a mama tem um simbolismo muito maior: a nutrição. É através dela que a mãe irá alimentar seu filho desde o primeiro dia de vida, ocasionando um laço entre eles.

Rocha et al (2016) apresenta um resultado relevante sobre a percepção de ineficácia na maternidade, onde torna-se presente o medo do prejuízo ao vínculo do binômio mãe-filho por não ser mais a fonte de nutrição deste.

Percebe-se que a imagem corporal é determinante no comportamento da mulher pós mastectomia, podendo ocasionar isolamento social e dificuldades em suas relações

interpessoais uma vez que a mudança física, altera diretamente a autoimagem feminina, afetando sua sexualidade (VARELLA et al, 2013; ROCHA et. al, 2016; OLIVEIRA et al. 2017; COLLINS et al, 2017).

Categoria 2 – O relacionamento afetivo-sexual

O câncer de mama tem um caráter agressivo, ocasionando diversas alterações que impactam o biopsicossocial feminino. Essas alterações são provenientes de alternativas terapêuticas que visam tratar a doença, objetivando a melhoria da qualidade de vida, sendo necessário o emprego do princípio da integralidade durante a prestação da assistência para esta clientela. A correlação das mudanças físicas com os métodos de tratamento, sejam químicos, farmacológicos ou intervenções cirúrgicas não devem ser associadas apenas para a questão física da mulher, considerando sempre os possíveis impactos que tais mudanças podem ocasionar no seu psicológico. Oliveira, Silva, Prazeres (2017) afirma que a sensação de vergonha associada aos distúrbios de imagem corporal é o principal preditor negativo para o adoecimento psíquico. Esses distúrbios de imagem corporal, autoestima e físicos afetam diretamente a expressão da sexualidade destas mulheres (OLIVEIRA, SILVA, PRAZERES, 2017).

Como citado anteriormente, a mama tem um contexto social de excitação sexual e sensualidade, de modo que a sua retirada intervirá na função sexual (ROCHA et al., 2016). Oliveira, Silva, Prazeres (2017), durante seu estudo, evidenciou que que todas as suas entrevistadas sofreram danos na atividade sexual, ocasionando mudança total em sua vida sexual, íntima e social. Cobo-Cuenca et al (2018) levanta dados que afirmam esta tese. Em seu estudo 91,2% das mulheres que não tinham nenhuma disfunção sexual antes do CA de mama apresentam alterações significativas após o diagnóstico.

Um estudo que objetivou analisar a sexualidade das mulheres mastectomizadas, identificando quais as fases do ciclo da resposta sexual são afetadas e quais as disfunções desenvolvidas, constatou que a mulher com CA de mama passa por processos de reorganização e mudanças de hábitos de vida desde o momento do diagnóstico da doença, sendo a disfunção sexual um dos distúrbios evidentes principalmente nas mulheres mastectomizadas, pois estas podem apresentar intercorrências físicas, tais como linfedema, diminuição e limitação da mobilidade e funcionamento da musculatura estriática esquelética, apresentando inclusive dor. Essas alterações restringem as mulheres em suas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária (STREB et al., 2019; MARTINS et al, 2020).

Essas disfunções sexuais se tornam presentes também devido aos sinais e sintomas que são evidenciados com os tratamentos de CA de mama. Martins et al (2020) explica que as alterações mais presentes nesses casos são atrofia vulvovaginal, dispareunia, irritação e secura vaginal, inibição do desejo ou excitação, menopausa prematura, náuseas, vômitos e fadiga. Um estudo transversal espanhol publicado em 2018, tendo

como amostra 514 mulheres, estudou a disfunção sexual em decorrência do câncer de mama, trazendo justificativas semelhantes, como dispareunia, falta de lubrificação, desejo e excitação sexual (COBO-CUENCA et al 2018).

Os estudos apresentam dados significativos e relevantes sobre o impacto em diferentes fases da vida, onde evidenciou-se que a idade é fator crucial que pode premeditar a maneira pela qual a mulher irá se sentir após o diagnóstico câncer-mastectomia. Em um estudo nacional, realizado em Florianópolis, constatou-se que mulheres na menopausa têm mais insegurança e impacto em âmbitos biopsicossociais (VARELA et al, 2017). Em contrapartida, o polonês Streb et al (2019) nos traz dados ainda mais recentes, onde afirma que pacientes com mais de cinquenta anos apresentam menos transtornos e menor redução na qualidade de vida, seja em esfera sexual ou em distúrbios de percepção de autoimagem corporal.

Martins et al, (2020) aponta que as brasileiras mastectomizadas com mais disfunções sexuais e danos na sexualidade são as jovens, casadas e inclusive com baixo nível de escolaridade, onde evidenciou-se que as que possuíam escolaridade de nível fundamental tinham maior comprometimento. Em contrapartida, Archangelo et al (2019) afirma maior comprometimento em mulheres espanholas de 48 a 65 anos, tendo aumento da disfunção sexual durante o processo de transição da menopausa. Esses dados são significativos para identificar uma possível diferença de perfil, que pode ser direcionada pelo modo de viver nesses diferentes países.

Este dado nos faz refletir sobre uma possível diferença de percepções em cenários tão diferentes, principalmente ao considerarmos a alta expectativa de vida polonesa e seu considerável número de idosos em todo território nacional.

Essas alterações fazem com que sentimentos de receio sejam criados na mulher, ocasionando um possível afastamento do cônjuge. Este fator pode ser justificado pelo medo da reação do parceiro devido as suas mudanças corporais e pela alta incidência de disfunção sexual (ROCHA et al., 2016).

Fouladi et al. (2018) nos traz dados significativos sobre a influência da cultura para o impacto da vida feminina após o diagnóstico de CA de mama e mastectomia. Evidenciando que como no restante do mundo, as mulheres iranianas também apresentam disfunções sexuais e déficits em seus relacionamentos, porém existe um fator determinante para que aja maior dificuldade para abordar essas discussões no país: a cultura do tabu! Os autores reforçam a condição machista ao falar que para as mulheres este estigma é ainda mais enraizado, onde as mulheres que buscam apoio para lidar com tal situação são vistas como imorais.

Estudos apontam baixa auto-estima nas mulheres, além da sensação de impotência, e por considerarem sexualmente deficientes e menos atraentes (ROCHA et al., 2016; ARCHANGELO et al 2019).

Rocha et al. (2016) afirma que o apoio do parceiro é fundamental para um bom

prognóstico da mulher. O estudo traz as falas das mulheres, onde relatam a necessidade de apoio, carinho e companheirismo por parte da pessoa com qual ela tem um vínculo afetivo, como o parceiro. Archangelo et al (2019) Evidenciou em seu estudo que prejuízos de baixa auto-estima e inclusive a depressão são ocorrências comuns em mulheres mastectomizadas, geralmente porque as pacientes sentem-se menos sexualmente atraentes e não pertencentes ao ser “feminino” imposto pela sociedade. Este mesmo estudo afirmou que Pacientes que tiveram a reconstrução da mama após a mastectomia relataram melhor função sexual e menos sintomas depressivos. Onde cerca de 25% a 90% das mulheres após da mama apresentam alterações sexuais e mentais, apresentando quadros de depressão e problemas na relação com um parceiro (STREB et al., 2019)

Percebeu-se que passar pela experiência do câncer requer abdicar muito e estar pronto a dedicação e apoio do cônjuge. Os estudos apontam que os companheiros têm apresentado posturas despreparadas, ocasionando sentimento de rejeição e afastamento em suas mulheres, prejudicando ainda mais no processo de manutenção da autoestima (OLIVEIRA, SILVA, PRAZERES, 2017; VARELA et al., 2017; GHIZZANI, BRUNI, LUISI, 2018).

A condição do relacionamento prévio ao diagnóstico de CA de mama será um determinante para a postura do cônjuge para com a mulher durante e após os métodos de tratamento. Varela et al. (2017) afirma que os casais conseguem enfrentar o CA de mama e inclusive saírem fortalecidos posteriormente. Uma pesquisa identificou que o parceiro sexual é uma das fontes mais importantes na assistência à mulher mastectomizada. O apoio, parceria, amizade, carinho e compreensão foram citados como determinantes para um bom relacionamento e necessários para enfrentar esse novo cenário vivenciado por ambos. (ROCHA et al., 2016)

A ocorrência do CA de mama e a realização da mastectomia são consideradas experiências marcantes para a mulher, e exige uma readaptação imediata e cruel para a maioria das mulheres, onde esta terá diversas alterações físicas que impactarão seu biopsicossocial. Além disso, a mulher terá que ter forças e compreensão da sua rede de apoio para conseguir superar os danos causados pela neoplasia e pela mastectomia (ROCHA et al., 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O físico perfeito, construído social e culturalmente, origina uma condição de busca incessante por esse modelo de sexualidade. Em razão disso, a ausência total ou parcial da mama, provoca um desajuste da sexualidade. A extirpagem, proveniente do procedimento cirúrgico provoca sentimentos de constrangimento, angústia e vergonha. Sobreviver a este evento, ressignifica a condição envolta de sequelas, sendo elas no âmbito psicossocial e

físico, com reflexos negativos na feminilidade.

Ante o exposto, conclui-se que a condição social de uma mulher diagnosticada com câncer de mama se torna deveras abalado, sobretudo quando subjugam-se à mastectomia, que mesmo que seja um método eficaz no tratamento patológico as atribuições de caráter materno/nutritivo, feminino e sexual, que antes eram garantidas por seu corpo, agora encontram-se extinguidas, potencializando sentimentos conflitantes.

A remoção da mama é significativa, portanto, gera arduidade de aceitação por parte da mulher, que evidencia a insatisfação ao perceber a alteração corporal.

Pensar a mastectomia além de um procedimento cirúrgico nos propõe a reflexão a respeito do processo de aceitação pelo qual a mulher perpassa face aos tabus e estigmas, entretanto a cultura machista totalitária dissimula o diálogo a respeito da sexualidade e oprime sua forma subjetiva, singular e dinâmica.

A sexualidade é um conceito que não pode ser separado da saúde, atribuindo a este a causa principal para a manutenção do autoconceito, assim como o do bem-estar. Logo, é de fundamental incorporação nos debates, sendo parte integrante do cuidado, evitando preocupações do paciente sobre o desamparo.

Entende-se que o profissional de saúde possui uma importante função na promoção e prevenção, através de ações educativas. Desta maneira, profissional agrega o saber na prestação de serviços com base na perspectiva da humanização e integralidade, desenvolvendo um olhar holístico, menos estigmatizante e fragmentado.

Assim sendo, faz-se essencial que o profissional domine as representações sociais com o objetivo de proporcionar uma melhor adequação do cuidado prestado. Portanto fornecer assistência significa expressar sentimentos, ouvir, tocar, tal como esta dispor-se a assistir, observando a relação corpo-mente em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

ARCHANGELO, Silvania de Cassia Vieira; SABINO, Miguel; VEIGA, Daniela Francescato; GARCIA, Elvio Bueno; FERREIRA, Lydia Masako. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, [s.l.], v. 74, n. 8, p. 1-5, jan. 2019. Fundacao Faculdade de Medicina. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2019/e883>.

AYGIN, Dilek; CENGIZ, Hande. Life quality of patients who underwent breast reconstruction after prophylactic mastectomy: systematic review. : systematic review. *Breast Cancer*, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 497-505, 2 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12282-018-0862-8>.

BATISTA, Kristianne Azevedo et al. SENTIMENTOS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA APÓS MASTECTOMIA. *Rev Enferm Ufpe On Line*, Recife, v. 7, n. 11, p. 2788-2794, jun. 2017.,

BRIGHENTE, Miriam Furlan; MESQUIDA, Peri. MICHEL FOUCAULT: CORPOS DÓCEIS E DISCIPLINADOS NAS INSTITUIÇÕES ESCOLARES. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. Curitiba, PUC-PR, 2011.

BROWN, Maria Teresa; MCELROY, Jane A.. Sexual and gender minority breast cancer patients choosing

bilateral mastectomy without reconstruction: "i now have a body that fits me". : "I now have a body that fits me". *Women & Health*, [s.l.], v. 58, n. 4, p. 403-418, 19 abr. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2017.1310169>.

COBO-CUENCA, Ana Isabel et al. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *Plos One*, [s.l.], v. 13, n. 8, p.1-13, 31 ago. 2018. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203151>.

COLLINS, Karen et al. The psychosocial impact of contralateral risk reducing mastectomy (CRRM) on women: A rapid review. *Psycho-oncology*, [s.l.], v. 27, n. 1, p.43-52, 31 maio 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4448>

CORNELL, Lauren F.; MUSSALLEM, Dawn M.; GIBSON, Tammeza C.; DIEHL, Nancy N.; BAGARIA, Sanjay P.; MCLAUGHLIN, Sarah A.. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery. *Annals Of Surgical Oncology*, [s.l.], v. 24, n. 9, p. 2526-2538, 30 maio 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-017-5894-3>

CORTÉS-FLORES, Ana Olivia; VARGAS-MEZA, Adriana; MORGAN-VILLELA, Gilberto. Sexuality Among Women Treated for Breast Cancer: a survey of three surgical procedures. : A Survey of Three Surgical Procedures. *Aesthetic Plastic Surgery*, [s.l.], v. 41, n. 6, p. 1275-1279, 25 ago. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-017-0960-6>.

DIKMANS, Rieky E.g.; GRIFT, Tim C. van de; BOUMAN, Mark-bram; PUSIC, Andrea L.; MULLENDER, Margriet G.. Sexuality, a topic that surgeons should discuss with women before risk-reducing mastectomy and breast reconstruction. *The Breast*, [s.l.], v. 43, p. 120-122, fev. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2018.12.003>.

FASSE, Léonor; FLAHAULT, Cécile; VIOULAC, Christel; LAMORE, Kristopher; VAN WERSCH, Anna; QUINTARD, Bruno; UNTAS, Aurélie. The decision-making process for breast reconstruction after cancer surgery: representations of heterosexual couples in long-standing relationships. : Representations of heterosexual couples in long-standing relationships. *British Journal Of Health Psychology*, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 254-269, 27 jan. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12228>.

FOULADI, Nasrin; POURFARZI, Farhad; DOLATTORKPOUR, Negin; ALIMOHAMMADI, Sara; MEHRARA, Elham. Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: a qualitative study. : A qualitative study. *Psycho-oncology*, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 434-441, 8 ago. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4479>.

GHIZZANI, Anna; BRUNI, Simone; LUISI, Stefano. The sex life of women surviving breast cancer. *Gynecological Endocrinology*, [s.l.], v. 34, n. 10, p. 821-825, 27 abr. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09513590.2018.1467401>.

HART, Alexandra M.; PINELL-WHITE, Ximena; LOSKEN, Albert. The Psychosexual Impact of Postmastectomy Breast Reconstruction. *Annals Of Plastic Surgery*, [s.l.], v. 77, n. 5, p. 517-522, nov. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/sap.0000000000000665>.

JABLONSKI, Marcin J.; MIRUCKA, Beata; STREB, Joanna; SŁOWIK, Agnieszka J.; JACH, Robert. Exploring the relationship between the body self and the sense of coherence in women after surgical treatment for breast cancer. *Psycho-oncology*, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 54-60, 25 out. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4909>.

KOUWENBERG, Casimir A.e.; KRANENBURG, Leonieke W.; VISSER, Martijn S.; BUSSCHBACH, Jan J.; MUREAU, Marc A.m.. "The validity of the EQ-5D-5L in measuring quality of life benefits of breast reconstruction". *Journal Of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, [s.l.], v. 72, n. 1, p. 52-61, jan. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2018.08.023>.

MARTINS, Juliana Oliveira de Araújo; HOLANDA, Juliana Bento de Lima; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; LIMA, Luana Karla Pessoa; TRINDADE, Ruth França Cizino da. Sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia: identificação das fases afetadas no ciclo da resposta sexual. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 .

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez; SILVA, Felipe Santana e; PRAZERES, Amanda da Silva Brasil dos. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. Rev Enferm Ufpe On Line, Recife, v. 6, n. 11, p. 2533-2540, jun. 2017.

REESE, Jennifer Barsky; SORICE, Kristen; LEPORE, Stephen J.; DALY, Mary B.; TULSKY, James A.; BEACH, Mary Catherine. Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: a mixed-methods analysis of clinic dialogue. : A mixed-methods analysis of clinic dialogue. Patient Education And Counseling, [s.l.], v. 102, n. 3, p. 436-442, mar. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.003>.

ROCHA, Jucimere Fagundes Durães et al. Mastectomy: scars in female sexuality. Rev Enferm Ufpe On Line, Recife, v. 10, n. 5, p.4255-4263, nov. 2016.

ROJAS, K.; ONSTAD, M.; RAKER, C.; CLARK, Ma; STUCKEY, A.; GASS, J.. The impact of mastectomy type on the Female Sexual Function Index (FSFI), satisfaction with appearance, and the reconstructed breast's role in intimacy. Breast Cancer Research And Treatment, [s.l.], v. 163, n. 2, p. 273-279, 4 mar. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-017-4174-z>.

STREB, Joanna et al. Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. Annals Of Agricultural And Environmental Medicine, [s.l.], v. 26, n. 2, p.379-384, 17 jun. 2019. Institute of Rural Health. <http://dx.doi.org/10.26444/aaem/89733>.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 15, n. 3, p. 508-511, June 2007

VARELA, Ana Inêz Severo et al. Comprometimento da sexualidade de mulheres com câncer de mama. Enferm. Foco, Brasil, v. 1, n. 8, p.67-71, fev. 2017.

YI, Myungsun et al. Decision Making Experience on Breast Reconstruction for Women with Breast Cancer. Journal Of Korean Academy Of Nursing, [s.l.], v. 46, n. 6, p.894-904, dez. 2016. Korean Society of Nursing Science (KAMJE). <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2016.46.6.894>.

A PREDISPOSIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM POLICIAIS MILITARES FEMININAS EM UM BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 31/03/2020

Bárbara de Caldas Melo

UDF Centro Universitário

Brasília – DF

ORCID: 0000-0002-8064-9525

Ana Karoline de Oliveira Castro

UDF Centro Universitário

Brasília – DF

ORCID: 0000-0002-5225-1616

Larissa Magalhães Freitas

UDF Centro Universitário

Brasília – DF

ORCID: 0000-0003-39319783

Leila Akemi Evangelista Kusano

UDF Centro Universitário

Brasília – DF

ORCID: 0000-0002-7159-3259

RESUMO: A Síndrome de Burnout (SB) corresponde a exaustão, despersonalização e baixa realização profissional. Durante a jornada de trabalho, pode-se identificar uma série de agentes estressores, como normas rígidas, excesso e acúmulo de tarefas. A função do policial militar frente a criminalidade exige

cautela e destreza, no contrário pode acarretar danos físicos e psicológicos na saúde do profissional. A incidência de SB em mulheres militares, pode estar relacionada ao trabalho policial somado a ansiedade, decepções, além dos afazeres domésticos. Tendo por objetivo identificar a predisposição da Síndrome de Burnout em policiais femininas em um Batalhão de Polícia Militar do Distrito Federal, foi realizado um estudo quantitativo e descritivo. Coleta de dados realizada com um questionário sócio demográfico autoavaliativo, com questões abertas e fechadas e o questionário Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey adaptado para a pesquisa, com uma amostra de 16 policiais militares do sexo feminino. Os resultados obtidos foram transcritos ao software do Excel para análise dos dados. A pesquisa contou com 13 participantes, identificando uma média de idade de 37 anos, na qual a maioria relata ser casada, com formação acadêmica de nível superior, com patente de soldadas, tendo entre 5 a 15 anos de serviço na PM. Em relação a remuneração, ao cargo atual e as suas funções exercidas, consideram-se satisfeitas. Quando questionadas sobre questões de afastamentos por relação de saúde nos últimos 12 meses, poucas se ausentaram do ofício. Notou-se que acreditam não estar sobrecarregadas,

porém algumas afirmam sobrecarga em relação aos diversos vínculos – trabalhistas e/ou familiares. No questionário da Síndrome de Burnout, foi possível identificar que dentre as 13 participantes, 5 apresentam possibilidade de desenvolver o Burnout, 5 encontram-se em fase inicial da síndrome e 3 a SB começa a se instalar.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout, Mulheres, Militares, Polícia

THE PREDISPOSITION OF BURNOUT SYNDROME IN MILITARY POLICE OFFICERS IN A BATTALION OF THE FEDERAL DISTRICT MILITARY POLICE

ABSTRACT: Burnout Syndrome (SB) corresponds to exhaustion, depersonalization and low professional achievement. During the workday, it is possible to identify a series of stressors, such as strict rules, excess and accumulation of tasks. The role of the military police officer in the face of crime requires caution and dexterity, otherwise it can cause physical and psychological damage to the health of the professional. The incidence of BS in military women, may be related to police work in addition to anxiety, disappointments, in addition to domestic chores. In order to identify the predisposition of Burnout Syndrome in female police officers in a Military Police Battalion in the Federal District, a quantitative and descriptive study was carried out. Data collection performed with a self-assessed socio-demographic questionnaire, with open and closed questions and the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey questionnaire adapted for the survey, with a sample of 16 female military police officers. The results obtained were transcribed to the Excel software for analysis. The survey included 13 participants, identifying an average age of 37 years, in which the majority reported being married, with a higher education, with a soldier's rank, having between 5 to 15 years of service in the Military Police. Regarding the remuneration, the current position and their functions performed, they are considered satisfied. When asked about issues of sick leave due to health in the last 12 months, few were absent from the job. It was noted that they believe they are not overloaded, but some affirm overload in relation to the various bonds - labor and / or family. In the Burnout Syndrome questionnaire, it was possible to identify that among the 13 participants, 5 have the possibility of developing Burnout, 5 are in the initial phase of the syndrome and 3 the SB begins to settle.

KEYWORDS: Burnout, Women, Military, Police

1 | INTRODUÇÃO

Grandes mudanças que vem ocorrendo no ambiente do trabalho, tais como competitividade e o ritmo acelerado pelo crescimento e produção capitalista, exige do trabalhador maior tempo de preparação e o mais importante, a qualificação profissional que influencia a saúde do indivíduo (ASCARI *et. al.*, 2016).

Rodrigues *et. al* (2014) e Silva (2017) consideram que o contato constante com agentes estressores podem predispor ao desenvolvimento de patologias subjetivas no

trabalhador, dentre eles o estresse ocupacional que, uma vez cronificado, poderá precipitar a Síndrome de *Burnout* (SB), entendida como originária da tensão emocional e crônica no trabalho, sendo caracterizada por exaustão, despersonalização e baixa realização profissional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera quatro dimensões de risco para a SB - fatores relacionados à organização, ao indivíduo, ao trabalho e à sociedade. Falta de autonomia, normas institucionais rígidas e em excesso, mudanças frequentes, comunicação ineficiente, impossibilidade de acender na carreira e acúmulo de tarefas são alguns fatores de risco ligados às organizações. Quanto à personalidade predisposta, estão os indivíduos com nível educacional elevado, solteiros, viúvos, divorciados, controladores, competitivos, perfeccionistas, pessimistas, esforçados e impacientes (FERREIRA, VASCONCELOS, DUTRA., 2017).

Segundo Silva (2017) trata-se de uma síndrome que atinge predominantemente profissional da educação, saúde e militares, devido a fatores extrínsecos e intrínsecos das respectivas funções.

Em relação aos militares, a violência é capaz de originar lesões físicas e psicológicas, reproduzindo demandas relevantes para o setor saúde e requerendo que o mesmo esteja em condições de fornecer atendimento capaz de resolver ou minimizar os danos gerados. Essa exposição do policial nas ruas, em certo período, passa a ser fonte durável de aflições físicas e psíquicas, refletindo sua prática profissional (PAULA, 2014).

Segundo Ascari *et. al* (2016), a função do policial como agente da lei e repressor da criminalidade, exige alerta constante e prontidão para atuar em situações inesperadas num contexto de crescente violência urbana. Outra condição que colabora para o sofrimento mental do policial é a imprensa sensacionalista, do qual tem a intenção de atrair a audiência para a mídia. O uso de abordagens sensacionalistas tornam-se alegações de punições administrativas por vezes severas dentro da corporação, fazendo com que o profissional trabalhe geralmente de forma retraída (PAULA, 2014).

A incidência de SB é maior em mulheres e trabalhadores com encargo de cuidados, com níveis altos de convívio pessoal para exercer o cargo. Pode considerar também os afetos fora do ambiente de trabalho, como no caso das mulheres levando em consideração a preocupações com os filhos, afazeres domésticos, decepções e ansiedade a eventos. Sua detecção por muitas vezes é demorada ou confusa por ter sinais e sintomas relativos a outros transtornos mentais como a depressão ou estresse, assim seu combate é avaliado como uma problemática (FERREIRA, VASCONCELOS, DUTRA, 2017).

Portanto, esta pesquisa objetivou evidenciar a predisposição da Síndrome de Burnout em mulheres militares, elencando condições de trabalho e saúde e investigar os principais fatores de risco para a incidência da SB.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sócio demográfico autoavaliativo, com questões abertas e fechadas e o questionário *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (JBEILI, s.d.) que avalia a predisposição à Síndrome de Burnout, adaptado para a pesquisa, com um *score* de nunca, anualmente, mensalmente, semanalmente e diariamente, com resultados de nenhum indicio de Burnout, possibilidade de desenvolver Burnout, fase inicial de Burnout, a Burnout começa a se instalar e fase considerável da Burnout, com uma amostra de 16 policiais militares do sexo feminino alocadas em um Batalhão da Polícia Militar do Distrito Federal, na cidade de Taguatinga. Além disso, a orientação pelas pesquisadoras sobre os objetivos do estudo, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados obtidos foram transcritos ao software do Excel 2018 para análise dos dados e confecção dos dados comparativos. Houve a perda de 03 (três) participantes da amostra, 01 (uma) pela não assinatura do TCLE, e 02 (duas) por incompatibilidade de horários da presença das pesquisadoras no dia da escala da policial militar no Batalhão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UDF, com número de CAAE 95975218.7.0000.5650.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com 13 participantes, e identificou uma média de idade de 37 anos variando entre 27 e 54 anos, na qual 8(62%) participantes são casadas, 10(77%) informam ter nível superior, 7(54%) possui a graduação de soldado, 5(38%) sargento e 1(8%) tenente; 7(54%) das entrevistadas referem ter até 5 anos de serviço, já 5(38%) referem mais de 15 anos na PM. Em relação a remuneração, 9(69%) expressam estar satisfeitas com o salário; 11(85%) consideram estar satisfeitas com o cargo atual em que exercem e em relação as funções exercidas pelo seu cargo 7(47%) apresentam-se também satisfeitas.

Foram avaliadas questões de afastamento por causas relacionadas a saúde, nos últimos 12 meses e 9(69%) referem não ter se afastado por nenhum motivo, entretanto 4(31%) se afastaram por problemas de saúde. Nota-se que 8(62%) acreditam não estar sobrecarregadas, contudo observamos uma relevância em 5(38%) que afirmam estar sobrecarregadas em relação aos diversos vínculos – trabalhistas e/ou familiares.

Na aplicação do questionário que avalia a SB foi possível identificar que entre as 13 participantes, 5(38%) encontram-se em fase inicial de Burnout, outras 5(38%) apresentam uma possibilidade de desenvolver o Burnout, e em 3(24%) policiais militares, a Síndrome de Burnout começa se instalar.

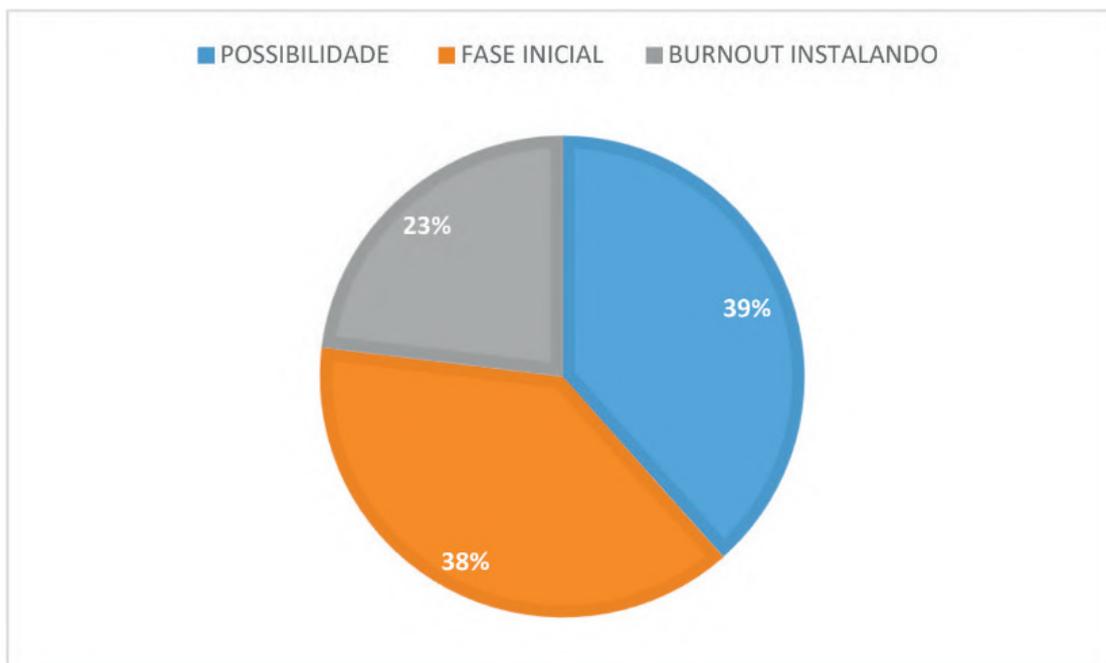


Gráfico 1: referente aos resultados do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*(Jbeili, s.d.)

Fonte: Autores, 2018.

A SB remete a sintomas de exaustão, o sinal mais comum, percebendo que a pessoa se apresenta cansada a maior parte do tempo, podendo esse ser físico ou mental, além da sensação de se sentir esgotado. Santos *et.al.* (2018) relata que o indivíduo que apresenta o estresse possui emoções intensificadas e fica sem energia, enquanto a SB leva as pessoas a perderem a esperança e assim remetendo ao esgotamento. Concordando assim com os achados da pesquisa, no qual 6(46%) sentem-se esgotadas emocionalmente em relação ao trabalho anualmente e 3(23%) sentem-se semanalmente esgotadas.

Levando em consideração as características da SB, Ascari *et.al.*, (2016) denota a presença de atitudes negativas do profissional no relacionamento com outros usuários do serviço. Quando o indivíduo está sendo muito exigido no trabalho e carente de recursos emocionais para lidar com essas situações, ele reage com frieza e rispidez no contato com seus colegas e clientes, o que se configura sintomas característicos da despersonalização. Foi notado na pesquisa que dentre as 13 participantes, 7(54%) referem se sentir mais estressadas com as pessoas que atendem anualmente e 3(23%) relatam estar semanalmente. Essas condições podem ser impactadas negativamente pelo cotidiano das organizações policiais, as quais são as principais fontes de sofrimento psicológico entre os policiais devido a peculiaridades como: estresse extremo com consequências diretas no estado geral de saúde dos policiais; necessidade em atender às demandas laborais e no relacionamento interpessoal com colegas e familiares (JESUS *et.al.*, 2016).

Outra característica importante acerca da SB é a baixa realização profissional no qual Ferreira *et.al* (2016) referem que, nas medidas que os profissionais se deparam com

suas limitações para desenvolver as atividades laborais, ocorre uma redução dos seus sentimentos de competência e autoestima, podendo mitigar sua percepção, tornando fadigados e doentes ao ponto de classificarem “ruim” a atual qualidade de vida. Quando questionadas sobre se sentir sem forças para conseguir resultados significantes no trabalho, 6(46%) relatam nunca se sentir sem forças e 5(39%) se sentem anualmente.

Ao considerar a categoria profissional dos policiais demarcada pela exposição dos trabalhadores à fatores de risco físicos e psíquicos, estes afetam significativamente a qualidade de vida e o bem-estar físico, mental e social dos policiais (JESUS *et. al*, 2016).

Policiais militares estão entre os profissionais que mais sofrem de estresse, pois estão constantemente em situações adversas de periculosidade, arriscando suas vidas e, frequentemente, sendo obrigados a intervir em diversas condições desfavoráveis, momentos de muita tensão e complexidade, colocando sua vida em risco. Isso cria uma condição propícia ao surgimento de doenças relacionadas as questões psicológicas. As doenças originadas no e pelo trabalho são normalmente identificadas em estágios mais avançados por apresentarem sinais e sintomas comuns a outras doenças (LIMA *et al*, 2018; SANTOS *et.al*, 2018).

Jesus *et. al* (2016) relatam em seu estudo que perseguições, confrontos físicos, traumatismos, ferimentos, fraturas, entorses e lombalgia estariam relacionados aos riscos físicos que afetam os policiais. Essa afirmação também foi encontrada na pesquisa, em que 4(31%) precisaram se afastar do ofício por problemas de saúde nos últimos 12 meses. Associando a adoecimento mental, umas das principais consequências é o desenvolvimento de elevado nível de estresse.

Segundo a OMS, em todos os níveis socioeconômicos a mulher desempenha múltiplos papéis, correndo maior risco de perturbações mentais e comportamentais do que as outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem uma participação cada vez mais essencial no trabalho, que é a principal fonte de rendimento das famílias (CARNEIRO, MURMEL, WERNER, 2017). Segundo Ferreira *et. al*. (2016), esses fatores provocam fortes pressões ao ponto de levar a efeitos desfavoráveis para a saúde física e mental, desse modo pontuado como fator preponderante para a SB.

Indivíduos que não tem com quem dividir problemas da vida, do mundo, do trabalho, das experiências vivenciadas, estão desprotegidos contra o sofrimento psíquico e, portanto, indivíduos solteiros/solitários são vulneráveis à SB (FERREIRA *et.al*, 2016). Muitas vezes, atribui-se o casamento, em um relacionamento saudável, à menor propensão à SB. O contrário acontece com os solteiros, viúvos e divorciados (SANTOS *et.al*, 2018). Porém, nos resultados foram encontradas 8(62%) mulheres casadas, sendo que 2 delas a SB começa a se instalar.

Ferreira, Vasconcelos e Dutra (2016) em seu estudo, evidenciam como fator de

risco o nível educacional, ressaltando que indivíduos com nível mais acadêmico, ou seja, graduados e pós-graduados, apresentam maior índice de desenvolver SB, decorrente das responsabilidades inerentes a sua função e cargo exercido. Concordando com o resultado encontrado, 10(77%) apresentam nível superior e em fase inicial ou com possibilidade de desenvolver a SB.

A SB é mais elevado em indivíduos com menos idade e solteiros, sendo que quanto maior a quantidade e qualidade das relações interpessoais, menor será o nível de Burnout. Além disso, quanto maior a idade menor o nível da SB. Por outro lado, aqueles que possuem mais experiência na área militar, conhecidos como os “sobreviventes”, driblam o Burnout e continuam na profissão (SANTOS *et.al.*, 2018). Encontramos uma idade média de 37 anos, variando entre 27 e 54 anos, sendo que as casadas possuem maior predisposição.

Desse modo, percebe-se que características do trabalho podem influenciar o desenvolvimento da SB como o tipo de ocupação, o tempo de profissão, o tempo na instituição, o trabalho por turnos ou no período noturno e a sobrecarga (SANTOS *et.al.*, 2018). Foi evidenciado por Ferreira, Vasconcelos e Dutra (2016) que a SB afeta os profissionais - saúde/ militares/ educação - mais jovens nos primeiros anos de profissão devido à insegurança do recém-formado frente à realidade encontrada no trabalho e/ou função. Na pesquisa foram evidenciadas 7(54%) com até 5 anos de serviço na PM.

Vários fatores afetam negativamente a qualidade de vida do policial, como ter dois empregos; trabalhar em mais de um turno; permanecer cerca de 12 horas na rua sem intervalos para refeições; trabalhar sob pressão; permanecer alerta e dormir pouco, levando em consideração que ele é um profissional que exerce atividades desgastantes, causando irritabilidade, insônia e envelhecimento precoce devido ao estresse (ASCARI *et al.*, 2016).

Quanto questionadas sobre cansaço e disposição, 5(39%) declaram que anualmente levantam-se cansada e sem disposição, sendo que 4(31%) sentem-se assim semanalmente. Em relação a se sentirem excessivamente exaustas, anualmente 4(31%) reconhecem a exaustão excessiva ao final da jornada de trabalho, sendo 3(23%) declaram semanalmente.

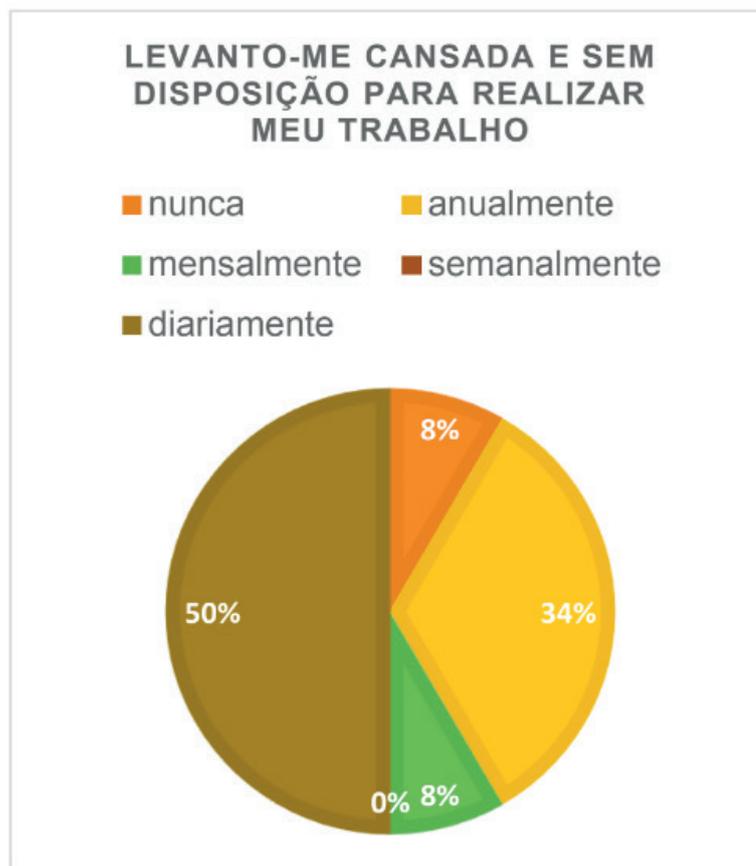


Gráfico 2: referente aos resultados do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (Jbeili, s.d.)

Fonte: Autores, 2018.

Santos *et.al* (2018) acreditam que quanto maior a carga horária de trabalho, mais desgastante será seu ofício. A sobrecarga de trabalho tem sido uma das variáveis mais encontradas como fator preditivo da SB. Uma importante fonte de sobrecarga de trabalho, tanto em termos das dificuldades de tarefa, como o trabalho excessivo, tem sua relação direta com horas, turnos e/ou escalas de trabalho (FERREIRA, VASCONCELOS, DUTRA, 2016). Foram identificadas que 8 (62%) referem não se sentir sobrecarregadas.

O policial militar realiza um trabalho próximo às pessoas, agindo conforme determinam as leis em vigência, acabando por tornar-se uma referência para os demais ao seu redor, fazendo com que surja um incido em servir exemplo de pessoa disciplinada e que deve agir de forma a influenciar as pessoas a lidar melhor com seus problemas. Servir de exemplo é inevitável diante da posição que ocupa (LIMA *et.al*, 2018). Dentre as policiais entrevistadas, 9(69%) relatam se sentir responsável pelas pessoas que lidam diariamente.

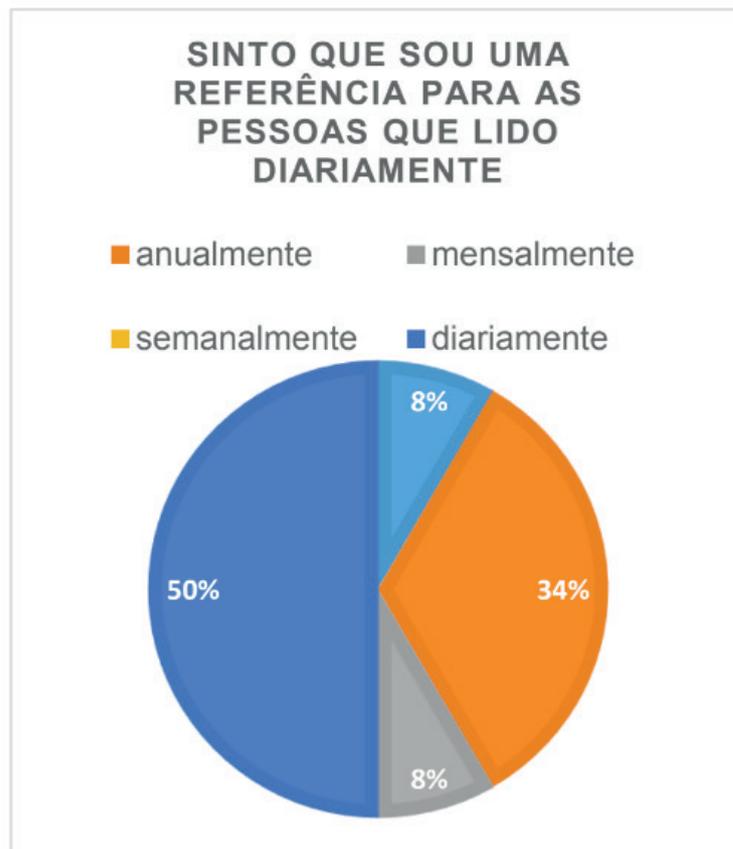


Gráfico 3: referente aos resultados do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (JBEILL, s.d.)

Fonte: Autores, 2018.

Além dos obstáculos decorrentes do serviço policial que alavancam e agravam os sintomas de ordem psicológicas e sociais, podemos citar a questão salarial, pois o profissional de segurança precisa de um aporte financeiro que ofereça condições de se resguardar em sua vida pessoal, com moradia e transporte dignos, e que possibilite acesso uma educação de qualidade (LIMA *et al*, 2018). Foi possível identificar dentre as participantes que 6(50%) referem seu salário ser desproporcional às funções que exercem, entretanto, 7(58%) declaram não estar no emprego apenas pelo salário.

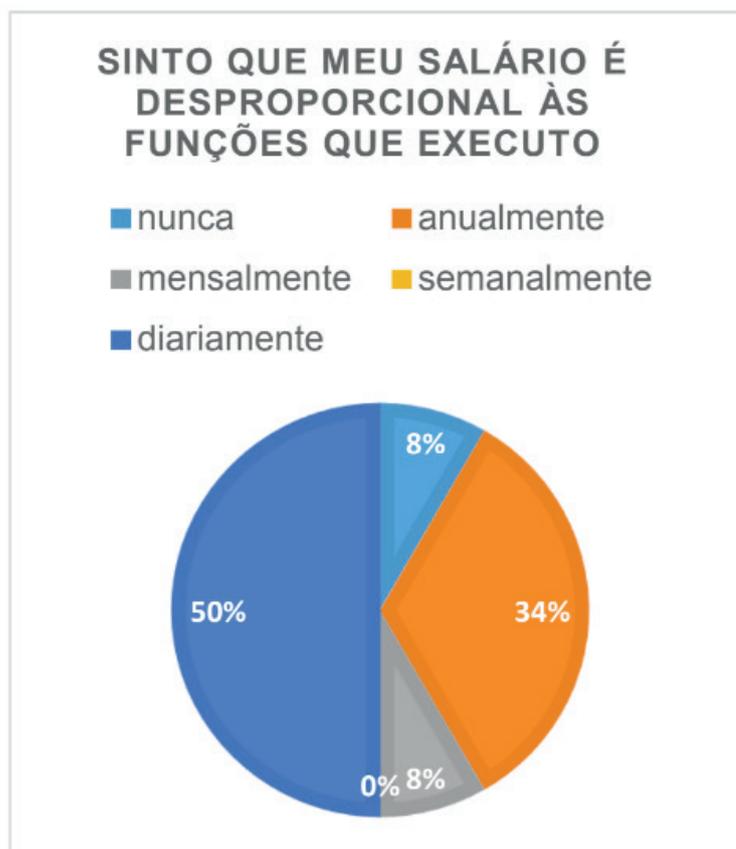


Gráfico 4: referente aos resultados do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (JBEILI s.d.)

Fonte: Autores, 2018.

O policial militar, ao buscar assimilar todos os problemas que surgem, sendo além da sua alçada e de sua área de atuação, acaba não conseguindo ser aquilo que deseja. Ele não tem consciência de que é apenas uma peça na extensa engrenagem da segurança pública e acaba por buscar um papel inimaginável dentro dessa esfera. Ele logo que vislumbra seu fracasso diante de sua expectativa termina imaginando-se em uma condição de pouca utilidade. Isso gera baixa autoestima e frustração, pois acredita que poderia fazer mais (LIMA *et.al*, 2018). Foi evidenciado que 5(38%) acreditam mensalmente que poderiam fazer mais pelas pessoas assistidas.

Apesar dos empecilhos vivenciados, as militares ainda percebem na atividade policial como algo vocacionado, no qual a profissão exercida requer algo diferenciado para que a qualidade do serviço seja realizada a contento. Seria algo irreal e de enorme valor se só fizéssemos aquilo que gostamos, mas sabemos que isso, na sua forma total, é utopia, sendo assim devemos valorizar e enfatizar o compromisso e a abnegação (LIMA *et.al*, 2018). Quando questionadas sobre realização no trabalho, 8(62%) não se sentem realizadas anualmente. Já 9(75%) responderam que anualmente não sentem mais amor pelo trabalho como antes.

Em um estudo com policiais militares do Estado do Mato Grosso do Sul, existiu uma prevalência de 56% de SB. Em outro estudo realizado na cidade de Natal (RN), verificou

um nível de 47,4% de sintomas de estresse (LIMA *et.al*, 2018). Na pesquisa realizada no Batalhão de Polícia Militar de Taguatinga (DF), foi identificado 39% de predisposição para a SB.

4 | CONCLUSÃO

A predisposição da SB nas policiais militares femininas traz resultados consideráveis, tendo 05 profissionais com possibilidade, 05 em fase inicial e outras 03 com a SB já se instalando, sendo de grande importância a identificação precoce através dos questionários, para uma assistência de saúde adequada.

É de extrema importância a valorização por parte da sociedade em relação ao trabalho militar e ao apoio da comunidade feminina a essas mulheres que se dedicam a segurança e bem-estar das pessoas que atendem. É importante ressaltar também que o adoecimento policial, principalmente em questão da saúde mental, deve ser reconhecido por órgãos de saúde e que analisem esse público vulnerável incluindo mulheres, sendo identificada a SB de que ajude o diagnóstico precoce e ser tratada de forma que não seja um tabu.

Devido à pouca quantidade de pesquisa que relacionasse somente mulheres militares com a SB, a pesquisa teve grande valia para a área da saúde mental e para a área militar, onde é possível se atentar para o conhecimento da síndrome e para evitar possíveis fatores de riscos.

Com os resultados obtidos, foi possível refletir que a ocorrência de fatores negativo nas funções exercidas pelas policiais, que podem influenciar a saúde mental dessas mulheres. Logo, faz-se necessário uma abordagem preventiva nos casos que se referem ter uma prevalência de fatores negativos e que exercem impacto sobre as policiais militares.

REFERÊNCIAS

ASCARI, RA; DUMKE, M; DACOL, PM; JUNIOR, SM; SÁ, CA; LAUTERT, L. **Prevalência de Risco para Síndrome de Burnout em Policiais Militares** Cogitare Enferm. Abr/jun; 21(2): 01-1. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44610>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

CARNEIRO, AC; MURMEL, JG; WERNER, R. **Relações de Gênero e Saúde Mental: A Marginalização da Mulher com Transtorno Mental**. 3º Fórum de direitos humanos e saúde mental. Abrasme. Florianópolis. Santa Catarina. 2017. Disponível em: <http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1489545418_ARQUIVO_Artigoabrasme.pdf>. Acesso em 7 de abril de 2018

FERREIRA, WFS; VASCONCELOS, CR; DUTRA, DA. **A Síndrome de Burnout em um Hospital Militar e sua Interrelação com a Enfermagem**. Rev Med Saude Brasilia; 6(1):15-28. 2017. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7573/5100>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

JBELI, C. **Questionário para Identificação Preliminar da Burnout**. Disponível em: <http://www.chafic.com.br/index_arquivos/avaliaburnout.pdf> Acesso em 7 de abril de 2018

JESUS, BM; SILVA SR; CARREIRO, DL; COUTINHO LT; SANTOS, CA; MARTINS, AMEBL; COUTINHO, WLM. **Relação entre a Síndrome de Burnout e as Condições de Saúde entre Militares do Exército.** Rev Med Saude Brasilia; 6(1):15-28 2016. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1835>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

LIMA, FRB; LIMA, DLF; OLIVEIRA, AARO; FERREIRA, EO; NETO, PP. **Identificação da Síndrome de Burnout em Policiais Militares.** 2018. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/dccf16be2e1add96dba7b0773b314a75/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616555>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

PAULA, MAB. **Criação de um Grupo de Apoio para o Policial Militar com Problemas Psicológicos Gerados em Decorrência do Trabalho.** 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/50698/R%20-%20E%20-%20MARCOS%20ANTONIO%20BEKON%20PAULA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

RODRIGUES, RB; JUNIOR, RE; ANDRADE, SH; AMORIM, Q. **A Síndrome de Burnout na PM do Estado de Roraima.** 2014. Disponível em: <http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0061_1.pdf>. Acesso em 7 de abril de 2018.

SANTOS, LN; ASCARI, TM; SÁ, CA; ASCARI, RA. **Avaliação para a Síndrome de Burnout em Bombeiros Militares.** Cogitare Enferm. (23)3: e55031, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55031/pdf>

SILVA, JT. **A Qualidade de vida dos Bombeiros Militares: Um Estudo de Caso no Comando Geral de Cuiabá – MT.** RHM – Vol. 17 nº 03 – Set/Dez 2017. Disponível em: <<http://revistacientifica.pm.mt.gov.br/ojs/index.php/semanal/article/view/335>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES

Data de aceite: 01/07/2020

Ana Claudia Sierra Martins

<http://lattes.cnpq.br/9350362171936942>

Juiz de Fora/MG

Endian Luiza do Nascimento

<http://lattes.cnpq.br/6772708263369675>

Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora

Juiz de Fora/ MG.

Fernanda dos Santos Pereira

<http://lattes.cnpq.br/6410341283377959>

Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora

Juiz de Fora/ MG.

Maria Rita de Almeida Campos

<http://lattes.cnpq.br/5486181856076881>

Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora

Juiz de Fora/ MG.

Rit Cássia Santoro de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/7133394799753824>

Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora

Juiz de Fora/ MG.

RESUMO: A violência contra a mulher é entendida como qualquer ato de violência cometido contra a mulher, sendo considerado um problema de saúde pública e uma violação de direitos humanos. Objetivou-se a apresentar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender mulheres vítimas de violência

sexual. Foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica, no período de 01 de agosto a 31 de outubro de 2019, na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir dos descritores em ciências da saúde. As ações de enfrentamento da violência sexual contra a mulher são previsto em vários documentos legislativos, porém ainda apresenta fragilidades no que se refere a assistência multidisciplinar. O enfermeiro possui atribuições específicas e desafios a serem alcançados, no atendimento de mulheres vítimas deste tipo de violência. Dentre os principais desafios encontrados pelos enfermeiros destacam-se o desconhecimento e a insegurança acerca do assunto. Torna-se necessário, portanto, a capacitação do enfermeiro para a aplicação da linha de cuidados adequada com as suas ações específicas.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Violência doméstica; Enfermeiro.

ABSTRACT: Violence against women is understood as any act of violence committed against a woman, being considered a public health problem and a violation of human rights. To present the actions taken by nurses and

women victims of sexual violence. A literature review was conducted from August 1 to October 31, 2019, based on data from the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL) and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), based on the descriptors in health sciences. Twenty-one materials used by the Ministry of Health, three legislative documents and 19 scientific articles were selected. As actions to combat sexual violence against a woman are foreseen in various legislative documents, but still have weaknesses that refer to multidisciplinary assistance. The nurse has specific attributions and challenges to be achieved, without attending to women who suffer from this type of violence. Among the main challenges encountered by nurses are detachment or lack of knowledge and insecurity about the subject. It made necessary the qualification of nurses, who work in PHC, to apply the appropriate line of care with your specific actions.

KEYWORDS: Violence against women; Domestic violence; Nurse.

1 | INTRODUÇÃO

As mulheres em suas diferentes fases da vida são vítimas de várias formas de violência, independentemente de sua classe social, raça, religião, orientação sexual e escolaridade, podendo ser vitimada desde a infância, idade adulta e senilidade. Tanto no Brasil como no mundo, a violência tornou-se um problema de saúde pública, sendo um dos principais motivos de morbidade e mortalidade feminina (BRASIL, 2016a).

Na Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em Belém do Pará, no ano de 1994, foi definido a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996, p 1).

A Lei nº 11.340 sancionada em 2006 criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispõe sobre a concepção dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar reforçando que se configuram como violência contra a mulher os danos moral e patrimonial, além dos atos já citados na Convenção do Belém do Pará (BRASIL, 2006).

No Brasil em 2017, foram registrados 193.700 casos de violência sexual, física, psicológica e moral, incluindo o estupro e o assédio sexual, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Este número corresponde apenas ao sexo feminino, considerando a idade de mulheres entre 15 a 59 anos. Quando se trata apenas de violência sexual, este número é de 14.025 casos, sendo em Minas Gerais 1.479 registrados (BRASIL, 2017).

O Relatório publicado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), aponta que no ano de 2018 o canal telefônico, a denominada Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, recebeu 2.317 denúncias em relação à violência

sexual, e que o estupro correspondeu ao maior número de atendimentos, com 86,43%, seguido de assédio sexual 6,81% e exploração sexual com 5,6% dos casos atendidos (BRASIL,2019).

A violência doméstica e familiar pode ocorrer nas relações íntimas, independente de orientação sexual das pessoas envolvidas. A não permissão da utilização de métodos contraceptivos, a indução de maneira forçada ao matrimônio, gravidez ou aborto, impedindo que esta mulher tenha domínio sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, caracteriza-se como uma forma de violência sexual (BRASIL, 2006).

As mulheres em sua concepção entendem que o atendimento que elas recebem é feito de maneira incompleta, relacionando esse fator com o despreparo dos profissionais e demanda do serviço. A assistência não é dada de forma integral e não há privacidade no momento da escuta (HEISLER et al., 2018).

No sentido de possibilitar o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, a Equipe de Saúde da Família (ESF) possui a atribuição de garantir a atenção à saúde com vistas à integralidade através do emprego de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, garantindo um atendimento das ações de vigilância à saúde (BRASIL, 2006).

Dentre as atribuições específicas do Enfermeiro definidas na Política Nacional de Atenção Básica destacam-se a atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e no domicílio ou nos demais espaços comunitários na infância, adolescência, idade adulta e senilidade (BRASIL, 2012).

Diante da importância de estudar sobre a violência sexual contra as mulheres e baseado nas políticas públicas que existem hoje para enfrentamento deste problema, com consequências graves como o feminicídio, o suicídio, problemas físicos e psicossociais, se faz necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento das políticas em favor da mulher, para que possa contribuir com essas vítimas no sentido de reconhecer o ciclo da violência e ter autonomia para que este possa ser rompido (BRASIL, 2016 b).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade do Enfermeiro conhecer as atribuições e as ações realizadas no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. O estudo tem por justificativa a necessidade do sensibilizar os enfermeiros que atuam Atenção Primária à Saúde (APS) para a importância da tomada de conduta no atendimento de mulheres que sofreram violência sexual.

O objeto desta investigação é a atuação do enfermeiro no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, na APS. O objetivo do estudo foi apresentar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender mulheres vítimas de violência sexual, na APS.

A presente investigação caracteriza-se por ser uma pesquisa de revisão bibliográfica realizada no período de 01 de agosto a 30 de outubro de 2019, na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir dos descritores em ciências da saúde: “Violência contra a mulher”, “Violência doméstica” e “Enfermeiro”.

Atendeu a seis etapas metodológicas, a saber: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos artigos para leitura; categorização das investigações selecionadas; análise, interpretação e apresentação dos resultados, seguida da redação do texto científico (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

As questões de pesquisa que motivaram a construção desta investigação foram: qual a atuação do enfermeiro no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual?

Para a identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa foi necessária leitura acerca da violência contra a mulher e especificamente a observação dos indicadores da violência sexual.

A definição dos critérios de inclusão e exclusão foi baseada na busca por artigos originais, indexados nas bases de dados eletrônicas, disponíveis *on-line* na íntegra, no idioma português, publicados no período entre 2015 e 2019, exceto os documentos legislativos e produzidos pelo Ministério da Saúde capazes de responder o objetivo desta investigação.

Para a identificação dos artigos para a leitura utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para realizar a busca de artigos, nas bases de dados por acesso *on-line*, com auxílio do operador booleano *AND* e como recurso de pesquisa às opções: texto completo: disponível; limites: humanos; idioma: português e tipo de documento: artigo, deste modo foi possível identificar os diferentes artigos indexados em distintos periódicos, no período de 01 de agosto a 31 de outubro de 2019, via portal regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library On-line (SciELO)* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A seguir, foram selecionados 21 materiais produzidos pelo Ministério da saúde, 03 documentos legislativos (leis, portarias e resoluções) e 19 artigos científicos, procedida da leitura completa dos documentos, sendo integrados a esta revisão. Foram excluídos aqueles que não contribuíram para a discussão e alcance do objetivo desta investigação assim como os artigos de revisão. A categorização dos artigos inclusos foi conforme os eixos temáticos pré-estabelecidos para o desenvolvimento do manuscrito.

A análise e interpretação dos resultados envolveram a síntese e organização das informações de forma textual para a apresentação dos resultados da revisão com a redação do texto científico, conforme descrito no desenvolvimento apresentado a seguir.

O desenvolvimento do objeto de investigação foi apresentado de forma estruturada em três tópicos, a saber: violência sexual contra a mulher; ações dos enfermeiros no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual e desafios dos enfermeiros frente ao atendimento às vítimas da violência sexual.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Violência sexual contra a mulher

A violência sexual (VS) é entendida como ato violento praticado contra a mulher, fazer comentários ou ações que conduzam para o desejo de se praticar o ato sexual; ações que direcionam para o tráfico sexual e obrigando de alguma forma a pessoa para a sexualidade, seja no ambiente doméstico, trabalho ou outro local, independente da relação interpessoal (BRASIL, 2002).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, foi instituído em 2007, consiste em um acordo federativo entre governo federal e os governos dos estados e municípios brasileiros para o planejamento de ações que estabeleçam a política nacional por meio da implementação de políticas públicas em todo território nacional, baseando-se na implementação de políticas que englobem a violência contra as mulheres em todas as suas expressões (BRASIL, 2007).

Esta rede de atendimento refere-se tanto a atuação de instituições e serviços governamentais nas três esferas, como as organizações não governamentais (ONG'S), também tendo a participação da comunidade. Inclui o serviço prestado às mulheres vítimas de VS que poderá ser especializado ou não (BRASIL, 2011b).

As pessoas que sofrem a violência sexual têm direito de ser atendido em caráter de emergência, sendo este atendimento integral e multidisciplinar pelos os hospitais da rede do SUS; é o que determina a Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013. Esse atendimento tem o objetivo de oferecer à vítima: diagnóstico, profilaxia e tratamento necessário para minimizar os agravos físicos e psíquicos que possa apresentar. Ser orientada quanto aos direitos legais e aos serviços disponíveis a ela, sendo esses gratuitos (BRASIL, 2013).

A violência sexual é um crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro, sendo definida como qualquer tipo de atividade de caráter erótico ou sexual que desrespeita o direito de escolha de um dos envolvidos, por coação, ascendência ou precocidade. O uso da violência física associada à violência sexual está presente apenas em pequena parte dos casos identificados. Carícias não genitais, beijos, exibicionismo, voyeurismo e exposição à pornografia podem ser tão danosos quanto às situações que envolvem contato genital (BRASIL, 1940).

O ato pode ser praticado utilizando-se de força física, pressão psicológica ou em situações que a vítima se encontra incapaz de defesa. Quando é feita uma penetração da vulva ou ânus que tenha sido por meio de força física ou por outra forma de coação é definido como estupro, considerado uma violência sexual (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria nº 1.271 de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde, a VS deve ser notificação imediata em nível municipal. Esta medida é para que possa ser feito um atendimento correto à

vítima, incluindo contracepção de emergência, medidas de modo a evitar a infecção de hepatites virais e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2014).

Em se tratando de problema de saúde, as instituições que fazem o atendimento às mulheres vítimas de violência seja sexual, física ou psicológica devem assegurar o cumprimento de cada etapa desse atendimento, conforme as Portarias e Leis em vigor, garantindo que as vítimas não tenham a sua identidade revelada, evitando exposição desnecessária, prevenindo agravos e complicações (BRASIL, 2016b).

Os processos de trabalho devem ser acompanhados de educação permanente, para os profissionais de saúde e gestores, a fim de minimizar os danos provocados pela sua ineficiência de atendimento qualificado às vítimas e ampliar a resolutividade das ações de profilaxia (DELZIOVO et al., 2018).

A limitação de conhecimentos sobre a assistência prestada a mulheres expostas a VS faz com que os casos de violência sejam subnotificados, impossibilitando estratégias que possam contribuir para a prevenção de novos casos e melhor qualidade de vida para as vítimas atendidas (SANTOS et al., 2018).

Torna-se imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, para que os profissionais da área garantam condições para uma atenção integral às mulheres em situação de violência e sua família. Torna-se fundamental o conhecimento do enfermeiro sobre a linha de cuidados e o fluxo de atendimento no âmbito da saúde, para que possa nortear e encaminhar às mulheres ao nível de atenção necessária (BRASIL, 2017).

2.2 Ações dos enfermeiros no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual

O atendimento a mulher vítima de VS tem início com a consulta de enfermagem, onde o acolhimento com a escuta qualificada do enfermeiro contribuirá para que o registro da violência seja feito de maneira eficaz e completa, ele é o profissional que se encontra em todas as etapas, sendo responsável tanto pela prevenção como no combate da violência (FREITAS et al., 2017).

No momento da consulta a escuta e a observação das expressões da vítima são pontos importantes para a investigação da violência sofrida. Porém, diante do excesso de trabalho que o enfermeiro e demais profissionais de saúde possuem, essa tarefa fica cada vez mais difícil, sendo necessário criar estratégias para o enfrentamento desta realidade garantindo a integralidade na assistência (ZUCHI et al., 2018).

Preservar os vestígios em casos de VS para a maioria dos enfermeiros que trabalham em um hospital de Sergipe é fundamental, porém, a pesquisa revela que muitos dos enfermeiros que participaram da entrevista não conhecem a forma correta dessa preservação. Mesmo afirmando a importância da coleta diante do atendimento à mulher vítima de VS, sentem que não estão preparados para tal (SOUZA et al., 2017).

O registro das informações da VS juntamente com a coleta dos vestígios, segue orientação da Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência

Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios do MS. O médico é o profissional que realiza esta atividade na rede do SUS, devendo ser habilitado para isso, porém não substitui a função do médico perito da segurança pública (BRASIL, 2015).

A coleta de vestígios da violência sexual consiste na descrição das lesões, coleta de sêmen, secreções ou fluidos na região vaginal, anal, perioral. É feito com auxílio de *swab*, transferido para lâminas e papel filtro, conforme rotina da unidade. O tempo para realização desta coleta deve ser até 72 horas, para que possa ser preservado DNA do agressor (NUNES et al., 2017).

Ao conduzir a mulher na entrada dos serviços de saúde, é oferecido a ela a oportunidade de integrar-se os seus direitos de cidadania. Visto também que é necessário o direcionamento intersetorial que estão no âmbito da assistência, o envolvimento familiar e instituições que possam auxiliar na promoção de bem-estar, gerando conscientização da mesma em relação a rede de amparo, seja jurídica ou em suas necessidades de saúde (FREITAS et al, 2017).

Os procedimentos de interrupção da gravidez estão garantidos as mulheres nos termos da Lei desde 1940, sendo fortalecida pela legislação no decorrer das décadas, trata-se desse direito também a Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013, se alinhando com as Portarias nº 1.508/05 e nº 415/14 do Ministério da Saúde. Para o atendimento dessas vítimas são observadas as diretrizes no Decreto nº 7.958/13, destinado aos profissionais da segurança pública e da rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005, dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo considerado um avanço para a garantia de mulheres vítimas de violência sexual poder interromper a gestação pós-estupro (BRASIL, 2005).

A incidência de gravidez acontece com maior frequência quando a VS é recorrente ou quando o atendimento no setor de saúde é superior às 72 horas após agressão, não recebendo a contracepção de emergência (DELZIOVO et al., 2018).

De acordo com a pesquisa em Campinas, as mulheres que engravidaram por consequência da VS relataram que não conheciam sobre o atendimento que existe para as vítimas, nem mesmo sobre os protocolos de emergência, tão pouco, que o aborto nesses casos é garantido por lei. O trauma vivido fez com que a maioria não procurasse ajuda imediata, o desejo que elas tinham era apenas de esquecer o fato ocorrido (MACHADO et al., 2015).

A vítima deve ser informada de todo o procedimento que será realizado, e sua decisão deve ser respeitada em relação a dar continuidade ou não à coleta e realização dos exames, bem como da profilaxia para DST e gravidez (BRASIL, 2013).

A sensibilização da equipe de saúde quanto ao seguimento dos protocolos de atendimento faz com que não haja intervenções desnecessárias à paciente, desde o momento da entrada na unidade de saúde até a finalização do tratamento. Deve ser

garantida a continuidade da assistência por meio de encaminhamento de referência e contra referência (BRASIL, 2004).

A coleta de todo o material deverá ser acompanhada por um profissional que pertence à equipe multidisciplinar. Esse material só poderá ser descartado por meio de autorização judicial, visto que no Brasil não existe normas para o prazo de armazenamento. A vítima poderá decidir em denunciar o agressor a qualquer momento, podendo ocorrer após anos (BRASIL, 2015).

A profilaxia das infecções após a VS deve ser feita o mais breve possível, seguindo as orientações contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição (PEP) de Risco à Infecções pelo HIV, IST e Hepatites Virais do MS, compreende coleta de exames laboratoriais, aplicação de imunoglobulinas e vacina de acordo com o histórico vacinal da vítima e administração de antirretrovirais (BRASIL, 2018a).

O enfermeiro deverá preencher a ficha de notificação e encaminha-la ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Comunicar o caso ao Conselho Tutelar, se a vítima for criança ou adolescente, anexando uma cópia da ficha ao prontuário do paciente. A seguir, acionar o Ministério Público no caso de interrupção de gravidez em decorrência de violência sexual (BRASIL, 2010).

Como cuidado assistencial, o enfermeiro deverá oferecer atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato, acionando a equipe multidisciplinar. Durante a consulta de enfermagem aconselhar a vítima a realizar um Boletim de Ocorrência Policial. Proceder a anamnese e o exame físico completo, incluindo exame ginecológico (BRASIL, 2015).

Oferecer profilaxia da gravidez, através da contracepção hormonal de emergência, método contraceptivo que pode prevenir a gravidez após uma relação sexual desprotegida ou após violência sexual. O uso de levonorgestrel® 1,5 mg dividido em duas doses, nas primeiras 72 horas da exposição (BRASIL, 2018b).

As medicações indicadas para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) não virais, em adultos, são: o Ceftriaxone® 1,0g Intra Muscular (IM) dose única; a Azitromicina® 1,0g via oral (VO) na dose única e o Metronidazol® 1,6g VO dose única. Torna-se importante o enfermeiro investigar previamente a história de alergias aos medicamentos antes de prescrevê-los (BRASIL, 2017).

A profilaxia pós-exposição ao vírus da Imunodeficiência (PEP) é indicada a partir do esquema combinado de Tenofovir® (TDF) + Lamivudina® (3TC) + Dolutegravir® (DTG), para pacientes acima de 12 anos, com a duração de uso por 28 dias (BRASIL, 2018).

A vacinação e imunização passiva para Hepatite B se faz necessário, devido ao risco de aquisição do vírus, em caso de não haver história de imunização prévia. Assim como colher de imediato, material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, Hepatites B e C, para seguimento e conduta específica. A Vacina contra hepatite B possui a indicação de uso em adultos de 1,0 ml IM no músculo deltoide. O agendamento do retorno da

mulher se faz necessário para o seguimento sorológico após 30 dias e o acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social (BRASIL, 2010).

2.3 Desafios dos enfermeiros frente ao atendimento às vítimas da violência sexual.

Os profissionais que realizam o atendimento à mulher vítima de violência sexual (VS) integram uma equipe multidisciplinar, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, devendo receber capacitação de acordo com a legislação vigente no País, garantindo que a assistência prestada seja integral (PINTO et al., 2016).

Porém, em pesquisa realizada com enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, em um município da Paraíba evidenciou que 85% delas desconhecia o atendimento que se deve prestar à paciente que sofre violência sexual e apenas 11,2% utilizaram algum protocolo para este atendimento. Afirmam a falta de capacitação e atualização sobre esse assunto o que pode dificultar o cuidado prestado à vítima (BAPTISTA et al., 2015).

Em um município do agreste pernambucano, algumas enfermeiras que participaram de um estudo sobre o atendimento às mulheres em situação de violência demonstraram discordância em relação à assistência prestada. Este fato é atribuído ao desconhecimento e a insegurança sobre o assunto VS. Afirmam sobre a necessidade de serem treinadas para saberem lidar com a situação (SANTOS et al., 2018).

Pesquisa realizada no estado de São Paulo, em 172 estabelecimentos de saúde, sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória, nas unidades de atendimento às mulheres vítimas de VS evidenciou que esta prática não era de conhecimento de todos os profissionais de saúde. Apenas 167 dessas unidades realizavam a notificação, sendo 78,4% preenchida por enfermeiro, seguidos de médico e assistente social (SOUZA et al., 2015).

Quando o ato de violência não é declarado pela vítima, os enfermeiros de alguma forma se sentem inseguros na identificação do caso, também desconhecem a operacionalização da notificação e sua importância. Faz-se necessário uma educação permanente da equipe que atende essas mulheres vítima de violência, devendo ser multidisciplinar e intersetorial para uma assistência digna de valorização da pessoa e promovendo a igualdade (FREITAS et al., 2017).

As enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) demonstraram receio ao falar sobre notificação dos casos que atendem. O medo é que podem ser vítimas também, devido ao fato de o agressor pertencer à comunidade que estão inseridas, geralmente acontece quando a violência é de repetição, relatam que os agentes comunitário de saúde (ACS) são os parceiros na identificação e acompanhamento (MORAIS et al., 2018).

A sobrecarga de trabalho é citada como um dos fatores que dificultam o preenchimento da ficha de notificação, não compreendem o valor desse serviço em relação a atenção integral para as mulheres vítimas da VS. É necessário que seja criado mecanismos

que melhorem a qualidade de assistência a essas mulheres, valorizando o atendimento humanizado em suas etapas (SOUZA et al., 2015).

Algumas enfermeiras que trabalham na ESF na cidade do Rio de Janeiro relatam que mesmo não tendo um preparo, procuram fazer um atendimento de qualidade, prezam pela conservação do bem-estar mental das vítimas. Elas procuram trabalhar com as mulheres as habilidades e potencial que possuem, para que possam enfrentar esta experiência ruim e conseguir romper a relação de violência sofrida (NETTO et al., 2018).

Ao contrário de alguns serviços de saúde saberem que existe um protocolo a ser seguido, na assistência à vítima de VS, em um hospital de Teresina, no Piauí, a mulher é atendida conforme protocolo legal, só após esclarecimentos a respeito dos procedimentos e a mesma aceitar as condições. Após o aconselhamento, prossegue o atendimento baseado no protocolo proposto. O local para a escuta é reservado, evitando que a vítima seja exposta (PINTO et al., 2016).

Uma análise do perfil das notificações sobre VS, afirma que as mulheres são as mais agredidas, mas quando se associa a outra forma de violência, as adolescentes sofrem também com a violência psicológica, além de se observar que o agressor fazia parte do círculo de sua convivência e o local sendo o próprio lar. Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde se comprometer no preenchimento da ficha de notificação, pois assim é possível o planejamento de ações que possam prevenir a violência e proteger as vítimas (BATISTA et al., 2018).

A maioria dos enfermeiros declarou que nunca participaram da coleta de vestígio da VS, outros relataram não conhecer os procedimentos técnicos para o manejo correto. Quando questionada a contribuição da sua função na garantia dos direitos dessas vítimas, relatam que é relevante, eles têm consciência quanto ao seu papel (SOUZA et al., 2017).

A percepção de que a resiliência no cuidado de enfermagem é essencial para minimizar o sofrimento e os danos ocasionados pela VS, é comprovada em uma pesquisa realizada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em um município paranaense. Essas mulheres recebem apoio para criar um horizonte dando novo sentido à vida (FORNARI et al., 2018).

Os enfermeiros frequentemente se deparam com casos de VS, fazendo parte do dia a dia dos profissionais nas unidades de saúde, o que demonstra a importância quanto à investigação e notificação do agravo, pois são os locais mais procurados pelas mulheres nessas condições de fragilidade (FREITAS et al., 2017).

E neste sentido, sendo referência de atendimento nos serviços de saúde, o enfermeiro tem a necessidade de uma qualificação profissional humanizada ao prestar o cuidado a essas mulheres vitimadas, de forma que as empodere para darem seguimento nos serviços de saúde necessários na sua vida pessoal (TRIGUEIRO et al., 2017).

Não apenas o enfermeiro, mas outros profissionais de saúde, como médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, necessitam de capacitação. O cuidado

integral e interdisciplinar é fundamental, visto que as consequências dessa violência podem se manifestar por problemas físicos, psíquicos e afetivos (BAPTISTA et al., 2015).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação tem como contribuição levantar a questão da importância das ações desenvolvidas pelos enfermeiros ao atender mulheres vítimas de violência sexual, na Atenção Primária à Saúde. A violência sexual contra a mulher é um ato covarde, sendo identificado como um problema de saúde pública nacional. Várias ações governamentais estabelecem Políticas para o seu enfrentamento, nas três esferas de governo federal, estadual e municipal.

A vítima da violência deve ser atendida de modo integral por uma equipe multidisciplinar habilitada a fim de oferecer-lhe diagnóstico, profilaxia e tratamento necessário para minimizar os danos causados pelo estupro sofrido. A educação permanente, para os profissionais de saúde e gestores, devem ser implementada, pois a limitação de conhecimento sobre a assistência oferecida às mulheres expostas favorece a subnotificação dos casos.

Dentre as ações do enfermeiro destaca-se a consulta de enfermagem contendo uma anamnese completa, a partir da escuta qualificada e da orientação da mulher para a entrada no serviço de saúde, oportunizando ter acesso aos seus direitos enquanto cidadã, para adentrar nas instituições que integram a rede de amparo jurídica (Ministério Público) e de saúde.

A equipe de saúde que atua na APS necessita conhecer os protocolos de atendimento para que não ocorra demora no atendimento e intervenções desnecessárias à mulher, desde o momento da entrada na unidade de saúde até a finalização do tratamento, garantindo a continuidade da assistência.

O preenchimento da ficha de notificação, assim como o seu encaminhamento ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes ainda é um desafio no enfrentamento da VS, provavelmente pela falta de capacitação e atualização sobre o assunto. Além do desconhecimento, a insegurança e o medo ainda se faz presente entre os enfermeiros somado a sobrecarga de trabalho.

A presente investigação tem como limite a baixa produção científica pelos enfermeiros, acerca desta temática, que é extremamente atual e necessária de ser estudada. Sugere-se que mais estudos sejam realizados sobre o tema: violência sexual contra a mulher, e que as secretarias estaduais e municipais de saúde promovam educação permanente em serviço a partir da capacitação para as equipes de saúde da família conheçam o protocolo de ações para o enfrentamento da violência.

REFERENCIAS

BAPTISTA, RS; CHAVES, OBBM; OLIVEIRA, MG; SOUZA, FS; FRANÇA, ISX; LEITE, CCS. **Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros**. Rev. Rene. Fortaleza, v.16, n.2, p.210-7, 2015. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015_art_rsbaptista.pdf. Acesso em 13 out. 2019.

BATISTA, VC; BACK, IR; MONTESCHIO, LVC; ARRUDA, DC; RICKLI, HC; GRESPAN, LR; MATOS, ACG; MARCON, SS. **Perfil das notificações sobre violência sexual**. Rev. Enferm. UFPE on-line., v.12, n.5, p. 1372-1380, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234546/29057> Acesso em 10 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República da Casa Civil. Subchefia para acessos jurídicos. **Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal., 1940**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 14 out. 2019.

BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “**Convenção de Belém do Pará**”. Adaptada em Belém do Pará, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Políticas para a Mulher: relatório da Gestão 1999/2002 da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Legislação da Saúde. **Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em 14 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República da Casa Civil. Subchefia para acessos jurídicos. **Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 16 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf Acesso em: 27 out.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf Acesso em 16 set. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica. 3º ed. atual. e ampl., 1ª. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL. Presidência da república. Casa Civil. **Decreto nº 7958, de 13 de março de 2013**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em 14 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República da Casa Civil. Subchefia para acessos jurídicos. **Lei nº 12.845 de 1º** de agosto de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em 16 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 16 set. 2019.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. **Mapa da Violência. Homicídio de Mulheres no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em 16 set. 2019.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 18 set. 2019.

BRASILb. Senado Federal. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2016. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>. Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.489, de 14 de junho de 2017**. Ed. 114, seção 1, 33. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19119681/do1-2017-06-16-portaria-n-1-489-de-14-de-junho-de-2017-19119590. Acesso em 14 out. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde - CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ProfilaxiaPosExposicaoRiscoInfeccao_HIV_IST_HepatitesVirais_CP.pdf. Acesso em 18 set. 2019.

BRASILa. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Relatório 2018**. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/Balanco_180.pdf. Acesso em 18 set. 2019.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada**. Brasília, 2018. Disponível em: saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal. Acesso em 18 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS, DATASUS. **Violência doméstica, sexual e/ ou outras – Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em 18 set. 2019.

BOTELHO, R; CUNHA, A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade, 2011**. p. 121-36. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em 26 set. 2019.

DELZIOVO, CR; COELHO, EBS; D'ORSI, E; LINDNER, SR. **Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil**. Rev. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1687-1696, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000501687&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 15 out. 2019.

FORNARI, LF; LABROCINI, LM. **O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado**. Cogitare enferm., v.23, n.1, p.1-8, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882624>. Acesso em: 10 out. 2019.

FREITAS, RJM; SOUSA, VB; COSTA, TSC; FEITOSA, RMM; MONTEIRO, ARM; MOURA, NA. **Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher**. Rev. HU Revista. Juiz de Fora, v. 43, n.2, p.91 - 97, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2585>. Acesso em 10 out. 2019.

MACHADO, CL; FERNANDES, AMS; OSIS, MJD; MAKUCH, Maria Yolanda. **Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal.** Rev. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p.345-353, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000200345&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 out. 2019

MORAIS, BLA; SOUZA, MA; NUNES, CB. **Enfermeira da estratégia de saúde da família: abordagem frente à mulher em situações de violência.** Rev. Nursing. São Paulo, v. 21, n. 240, p. 2164-2467, 2018. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia_domestica.pdf. Acesso em 13 out. 2019.

NETTO, LA; PEREIRA, ER; TAVARES, JMAB; FERREIRA, DC; BROCA, PV. **Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência.** Rev. min. enferm. Belo Horizonte, v.22, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1292>. Acesso em: 12 out. 2019.

NUNES, MCA; LIMA, RFF; MORAIS, NA. **Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas.** Rev. Psicol. cienc. prof., Brasília, v.37, n.4, p.956-969, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932017000400956&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 15 out. 2019.

PINTO, LSS; OLIVEIRA, IMP; PINTO, ESS; LEITE, CBC; MELO, AN; DEUS, MCBR. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual.** Rev. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1501-1508, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501501&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 10 out. 2019.

SANTOS, SC; BARROS, PA; DELGADO, RFA; SILVA, LVL; CARVALHO, VPS; ALEXANDRE, ACS. **Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade?** Rev. Saude e pesqui. UEFS. Feira de Santana, v.11, n.2, p.359-368, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-912672>. Acesso em: 11 out. 2019.

SOUSA, MH; BENTO, SF; OSIS, MJD; RIBEIRO, MP; FAÚNDES, A. **Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual.** Rev. bras. epidemiol. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.94-107, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000100094&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 15 out. 2019.

SOUZA, ACD; MARQUES, CSF; SOUZA NETO, CM; MARTINS, IS; MUSSE, J; GONÇALVES, M. **O enfermeiro e a preservação de vestígios frente à violência sexual contra a mulher.** Rev. Nursing. São Paulo, v.20, n.233. p.1878-1882, 2017. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31609&indexSearch=ID#refine>. Acesso em 15 out. 2019.

TRIGUEIRO, TH; SILVA, MH; MERIGHI, MAB; OLIVEIRA, DM; JESUS, MCP. **O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico.** Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem., Rio de Janeiro, v. 21, n.3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300204. Acesso em 10 out. 2019.

ZUCHI, CZ; SILVA, EB; COSTA, MC; ARBOIT, J; FONTANA, DGR; HONNEF, F; HEISLER, ED. **Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta.** Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte, v.22, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223>. Acesso em 10 out. 2019.

SOBRE O ORGANIZADOR

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aleitamento Materno 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 61, 62, 64, 67, 70, 72, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 104, 116, 154

Amamentação 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 27, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 42, 45, 46, 47, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 81, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 101, 132, 148

Assistência Pré-Natal 1, 5, 6, 59, 145, 147

B

Burnout 13, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 232

C

Cesárea 28, 81, 87, 89, 154, 193

Continuidade da Assistência ao Paciente 169

Criança 2, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 30, 33, 34, 37, 45, 55, 59, 61, 62, 63, 65, 80, 81, 87, 88, 91, 100, 101, 102, 103, 104, 110, 111, 112, 114, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 240

Cuidado da Criança 158

Cuidado do Lactente 19

Cuidado Pré-Natal 1, 5, 6, 130, 147

Cuidados de Enfermagem 1, 5, 6, 94, 130, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 145

D

Deficiências do Desenvolvimento 169

Desenvolvimento Infantil 101, 113, 169, 170, 177

Desmame Precoce 13, 14, 15, 17, 22, 43, 50, 63

Doença Cardiovascular 186

E

Enfermagem 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 91, 94, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 116, 117, 118, 129, 130, 131, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 151, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 177, 179, 187, 188, 189, 190, 197, 198, 199, 205, 206, 207, 220, 231, 233, 238, 240, 242, 243, 246, 247

Enfermeiro 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 56, 70, 77, 104, 136, 140, 143, 160, 168, 171, 197, 233, 235, 236, 238, 240, 241, 242, 243, 246, 247

Estudos Epidemiológicos 119, 180

Exenteração Pélvica 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206

F

Fatores de Risco 96, 98, 107, 110, 129, 142, 143, 145, 170, 179, 180, 181, 184, 185, 187, 188, 223, 226

Fenomenologia 190, 192

G

Gerência 94

Gestantes 3, 4, 7, 11, 16, 55, 57, 58, 60, 61, 66, 67, 70, 75, 77, 79, 89, 101, 103, 106, 108, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 138, 139, 141, 142, 144, 145, 154, 155, 171

H

Hospitalização 95, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167

Humanização da Assistência 147, 148, 193

I

Idade gestacional 84, 124, 173

Idade Gestacional 23, 24, 81, 83, 95, 121, 172, 173, 175

L

Leite Materno 16, 17, 19, 21, 22, 25, 27, 60, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 97, 114

M

Mastectomia 207, 209, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220

Maternidade 8, 12, 18, 20, 30, 38, 51, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 70, 72, 76, 78, 79, 82, 100, 101, 105, 115, 129, 147, 149, 152, 191, 214

Militares 221, 222, 223, 224, 226, 227, 230, 231, 232

Mulheres 7, 8, 15, 28, 30, 42, 43, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 87, 91, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 124, 126, 127, 129, 140, 148, 149, 151, 152, 154, 155, 171, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246

N

Neonatologia 34, 35, 100

Neoplasias da Mama 207, 210

P

Parto Humanizado 147, 148, 151, 156

Parto Normal 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 154

Pesquisa Qualitativa 35, 52, 106, 109, 141, 158, 168, 190

Polícia 221, 222, 224

Prisões 53, 54, 55, 57, 58, 60, 66, 70, 74, 79, 100

Psicologia 35, 41, 43, 78, 79, 149, 167, 199, 200, 202, 206

S

Saúde da Criança 9, 14, 16, 17, 34, 61, 80, 81, 100, 101, 103, 104, 158, 166, 167, 169, 170

Saúde da Mulher 55, 62, 72, 102, 190

Saúde do Adolescente 37, 45, 185

Sexualidade 37, 191, 197, 199, 207, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 237

Sífilis 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 240

Síndromes Hipertensivas 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146

T

Terapia Intensiva Neonatal 11, 18, 19, 35, 98, 169, 172

Teste do Pezinho 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Tuberculose 26, 55, 71, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137

U

Unidade de Terapia Intensiva 11, 18, 35, 94, 98, 169, 172

Uso de Álcool 106, 107, 108

V

Violência Contra a Mulher 56, 233, 234, 236, 245, 246

Violência Doméstica 233, 234, 235, 236, 245

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 5

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020

A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 5

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2020