LIA MARISTELA DA SILVA JACOB

(ORGANIZADORA)

ATENÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO CENÁRIO BRASILEIRO

EDITORA INOVAR

ATENÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO CENÁRIO BRASILEIRO

Editora
Inovar

Lia Maristela da Silva Jacob
(Organizadora)

ATENÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA À SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO CENÁRIO BRASILEIRO

1.ª edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © do autor e da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Lia Maristela da Silva Jacob (Organizadora).

Atenção individual e coletiva à saúde materna e infantil no cenário brasileiro. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 587p.

ISBN: 978-65-86212-51-8

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-51-8

1. Saúde. 2. Saúde materna. 3. Pesquisas. 4. Autores. I. Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e das autoras.

Revisão dos textos: os autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

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

Editora Inovar
www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2020

SUMÁRIO

Prefácio 12

Capítulo 1
A AMPLIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA VACINA BCG NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E NAS MATERNIDADES PÚBLICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA 14
Mariana Goering Barreiro
Aline Biondo Alcantara
Nilsa Correa Lourenço Leite
Gisele Gutierres Carvalho Ciciliato

Capítulo 2
A FORMAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO SERIDÓ PORTIGUAR: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 27
Cassia Virgínia de Souza
Andressa Cassiano de Araújo
Jailma da Costa Batista
Diego Bonfada
Ana Carine Arruda Rolim

Capítulo 3
A INFLUÊNCIA DA IDADE E INSTRUÇÃO MATERNA SOBRE A ADEQUABILIDADE DO PRÉ-NATAL E SUA RELAÇÃO COM O DESFECHO DO PARTO EM ALAGOAS ENTRE 2014 E 2018 37
Lázaro Heleno Santos de Oliveira
Evylee Hadassa Barbosa Silva
Joicielly França Bispo
Joyce Nayara Duarte da Silva
Maria Tereza Nascimento de Lima
Alba Maria Bomfim de França
Ana Paula Rebelo Aquino Rodrigues

Capítulo 4
A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO: O QUE DIZEM OS ESTUDOS? 47
Tayanne de Sousa Soares
Ana Aline da Silva Lopes
Aline de Souza Pereira
Meyssa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall
Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
Thalita de Sousa Castro
Lia Guedes Bravo

Capítulo 5
A PRÁTICA DE ACADÊMICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇAS VENEZUELANAS EM CONTEXTO DE REFÚGIO NO BRASIL 58
Carlos Eduardo Ramos Ataide
Luciane Ferreira Farias
Alberto Gonçalves Matos Júnior
Bruna Tayná Brito Gama
Sandra Maria Cardoso de Almeida

Capítulo 6
A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: CONQUISTAS, ENTRAVES E DESAFIOS 64
Paula Cunha Tavares
Débora Ximenes de Águila
Thais Lima Ciríaco
Ester Duarte Matoso
Alexis Machado Araújo
Luciano Carneiro Suassuna
Cristiano José da Silva

Capítulo 7
A SEGURANÇA E A PROTEÇÃO DA CRIANÇA NO CENÁRIO BRASILEIRO 77
Bárbara Bizzo Castelo
Carla Victória Moreira Vasconcelos
Carolina Teixeira Heleno
Letícia Henriques Neto Salgado
Luiza Ribeiro De Lima Brandão
Mayra Varginha Viegas
Elisabeth Campos de Andrade

Capítulo 8
ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO O PESO AO NASCER NO BRASIL **89**
Márcio Cristiano de Melo
Elizabeth Regina de Melo Cabral
Tassia Fraga Barros

Capítulo 9
"ALÉM DA ESTRADA DE TIJOLOS AMARELOS": ENTRAVES E POSSIBILIDADES NO CUIDADO À CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL **100**
Isis Giselle Medeiros da Costa
Francilene Figueiredo da Silva Pascoal
Alynne Mendonça Saraiva Nagashima

Capítulo 10
ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE JUNTO ÀS GESTANTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **112**
Marcelo Coelho Parahyba Júnior
Dário Sobreira Rodrigues
João Pedro Nobre Tomaz
Pedro Romero Carvalho
Manuela Roque Alves
Carolina Chaves Bittencourt Albuquerque
Kilvia Maria Albuquerque

Capítulo 11
ANÁLISE ESPACIAL DA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL **124**
Franciely Batista Soares
Linda Katia Oliveira Sales
Marquiony Marques dos Santos
Fátima Raquel Rosado Morais

Capítulo 12
AS FACETAS DO ABORTAMENTO LEGAL NO BRASIL **131**
Bárbara Bizzo Castelo
Mayra Varginha Viegas
Gabriela Ferreira da Silva
Geovana Torres de Souza
Iago de Paiva D'Amorim
Luísa Vianna Cançado
Mariana Pinto Sirimarco

Capítulo 13
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO **142**
Carla Priscila Alves da Silva
Juliane Julie de Almeida Moura
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira
Maria Valéria Chaves de Lima
Thaina Jacome Andrade de Lima
Leandro Ferreira de Melo

Capítulo 14
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SAÚDE INFANTIL: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA **152**
Deborah Liz de Moura Fernandes
Eduardo Damasceno Costa

Capítulo 15
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E RESULTADOS PERINATAIS EM PARTURIENTES DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA **161**
Janira Cardoso Noronha
Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira
Ana Gonçalves Lima Neta

Capítulo 16
ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE MATERNA NO BRASIL **170**
Emmanuele Santos Albuquerque
Isabela Pereira Vasconcelos
Mariana Teixeira Costa

Capítulo 17
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ALEITAMENTO MATERNO, DESMAME PRECOCE E SEUS PRINCIPAIS INFLUENCIADORES **181**
Aline Mirely Nunes dos Santos Silva

Capítulo 18
AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS DE UM A QUATRO ANOS DE UMA CRECHE NO INTERIOR DE SÃO PAULO: UM ESTUDO LONGITUDINAL **188**
Daniella de Carvalho Antonelli
Ana Luísa Costa Pinheiro
Maria José Caetano Ferreira Damaceno
Lilian Dias dos Santos Alves

Capítulo 19
BARREIRAS ENCONTRADAS POR GESTANTES PARA O ACESSO AO SERVIÇO DE DOULAS: REVISÃO INTEGRATIVA **201**
Sãmea Naira Hamdan
Elenice Valentim Carmona
Erika Zambrano Tanaka
Luciane Cristina Rodigues Fernandes
Clara Fróes de Oliveira Sanfelice

Capítulo 20
CARACTERIZAÇÃO E MANEJO CLÍNICO DAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO **214**
Alane Hellen dos Santos
Cristyanne Samara Miranda Holanda da Nóbrega
Marcelly Santos Cossi

Capítulo 21
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DO ALEITAMENTO MATERNO **224**
Anna Suzi Jales
Dorothy Bezerra Linhares
Izabela Stephanie de Sousa Melo
Jardel Pessoa Medeiros
Lia Maristela da Silva Jacob

Capítulo 22
CONHECIMENTO E/OU EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR GESTANTES ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS, COM ENFOQUE NA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE E ECLÂMPSIA **234**
Isabelly Wendy Macedo Belo Silva
Luana Flávia Nascimento Silva
Paulo Isaac de Souza Campos
Raiane Joselma da Silva
Thaíse Torres de Abuquerque
Viviane Pereira da Silva

Capítulo 23
DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO FRENTE AO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO BINÔMIO MÃE-LACTENTE **242**
Shaidllen Makenny Soares da Silva
Jacqueline Brito de Lucena
Marcela Eduarda Gomes Grande
Nívia Samara Dantas de Medeiros
Rayonara Medeiros de Azevedo
Tayná Martins de Medeiros
Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes

Capítulo 24
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS **251**
Camila Carolina Canedo Campos
João Osmany Corrêa Silva
Larissa Griffo Gonçalves
Marcela Távora de Freitas
Thays Sturzeneker de Alcantara
Vitória Lopes Dornelas de Carvalho
Danielle Fiorin Ferrari Novais

Capítulo 25
DIFICULDADES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE BRASILEIRA **262**
Mariele de Paula
Giovanna Furini Lazaretti

Maria Luiza Cabral Sanches
Millena Zeferino Custodio
Raphaela Montalvão Morais
Taís Lorrane Mendes Silva
Vanessa Soares Bergamasco

Capítulo 26
DISFUNÇÕES UROGENÉTICAS NO PERÍODO DE REPRODUÇÃO EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA **272**
Joseilton Fernandes Da Silva Júnior
Eulália Rosa Moreira Mendes
Gisely Santos Rosas
Vanessa Silva Lapa
Renata Lins de Souza Times

Capítulo 27
DOULAS NO BRASIL E NO MUNDO: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE SUA ATUAÇÃO NO CENÁRIO DO PARTO **282**
Luciana Camila dos Santos Brandão
Vitória Lúcia Soares Oliveira
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Capítulo 28
ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL PARA O TERAPEUTA OCUPACIONAL ORIENTAR FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA UNIDADE NEONATAL **294**
Priscila Ágata Evangelista Monteiro
Tânia Fernandes Silva
Aline Sarturi Ponte

Capítulo 29
ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS **304**
Jéssica de Oliveira Campos
Cáio Dantas Ribeiro
Camilla Peixoto Santos Rodrigues
Idaene Socorro da Silva
Thayna Karoline Sousa Silva
Delton Manoel dos Santos Silva
Adriana Maria da Silva

Capítulo 30
EPISIOTOMIA DA PRÁTICA ÀS IMPLICAÇÕES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **310**
Mayame Jordânia Rebouças de Oliveira
Wesley Queiroz Peixoto
Ana Júlia Queiroz Silva
Samira Suiany Fernandes de Oliveira
Bruna Raquel Garcia de Souza
Fernanda Beatriz de Oliveira Gomes
Pablo Ramon da Silva Carvalho

Capítulo 31
ESPAÇO PARIR ITINERANTE: DISCURSOS SOBRE PARTO E NASCIMENTO NA PERSPECTIVA DE VISITANTES **322**
Jéssika Andrade de Melo Braga Monteiro
Jane Baptista Quitete
Danielle Busquet de Sousa. Enfermeira
Julianne de Lima Sales

Capítulo 32
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL: REFLEXÃO TEÓRICA **333**
Danielle Leite de Lemos Oliveira
Maiza Claudia Vilela Hipólito

Capítulo 33
EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL **341**
Ana Pedrina Freitas Mascarenhas
Aldaires Peixoto da Silva
Diógenes de Medeiros Araújo
Juliana Maria Azevedo Pessoa da Silva
Klessiane Mendes de Fontes

Luana Vitória da Costa Silva
Mariana Pereira Barbosa Silva

Capítulo 34
EXPOSIÇÃO A ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS (AUP) E O AMBIENTE ALIMENTAR PROMOTOR DA OBESIDADE ENTRE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS ATENDIDAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE **351**
Isabela Barroso Paixão
Mikaela Raphael Guerreiro Santos
Claudia Valéria Cardim da Silva
Jorginete de Jesus Damião Trevisani

Capítulo 35
FATORES CORRELACIONADOS AO GANHO PONDERAL GESTACIONAL COM CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS **363**
Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana
Caio César Ferreira Alverga
Nadjeanny Ingrid Galdino Gomes
Antônio Carlos dos Santos
Nayara Mussi Monteze

Capítulo 36
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GRAVIDEZ **372**
Weslley Morais de Araújo
Amanda Lídia Dantas Targino
Hugo Leandro Andrade Paiva
Lia Maristela da Silva Jacob

Capítulo 37
FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL PARA MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL **381**
Ana Clara Oliveira Alves
Amanda Gabriela Araújo da Silva
Isaac Jacob da Silva
Rômulo Mágnus de Castro Sena
Lia Maristela da Silva Jacob

Capítulo 38
HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO CONTEXTO BRASILEIRO **392**
Maria José Caetano Ferreira Damaceno
Caroline Fernandes
Adalberto de Jesus da Silva
Aline Biondo Alcantara

Capítulo 39
IMPACTOS DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NA MATERNIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA **405**
Wandeclebson Ferreira Júnior
Bruna Nunes de Morais
Virna Myrelli Rodrigues Albuquerque
Matheus Alexandre do Nascimento
Mateus Lima Ulisses Trindade

Capítulo 40
IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA SAÚDE DA MULHER E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **415**
Jailma de Araújo Freire
Thais Gomes Silva
Natasha Stephanie M. Rodrigues
Vanessa Holanda Arrais
Dirlene Mafalda Ildefonso da Silveira

Capítulo 41
INTRODUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS DE CRIANÇAS ENTRE SEIS MESES E CINCO ANOS DE IDADE **424**
Joseane Costa Fiquene
Tábita Bezerra Barbosa
Eliakim do Nascimento Mendes
Gabriel Pinheiro Castro

Capítulo 42
NEONATOS OBESOS DE MÃES DIABÉTICAS EM UMA UNIDADE MATERNO NEONATAL DE CAJAZEIRAS, PARAÍBA – BRASIL **434**
Vinicius Wanderlei Alexandre Silva
Maykon Deyvison Leonidas de Sousa Santos
Gislayne Tacyana dos Santos Lucena

Capítulo 43
O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO MATERNA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA EFETIVAÇÃO DA "LEI DO ACOMPANHANTE" EM UMA MATERNIDADE DO SERIDÓ POTIGUAR **444**
Andrezza Soraya Moura Fonseca
Priscilla Brandão de Medeiros

Capítulo 44
O USO DA CORRENTE AUSSIE NO TRATAMENTO FACIAL DE RUGAS NASOGENIANAS EM MULHERES **455**
Meiry Lúcia Teixeira Vieira
Juliana Cintra Paz
Cesario Rui Callou Filho
Aline Barbosa Teixeira Martins

Capítulo 45
OFICINAS DE CAPACITAÇÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE UM A CINCO ANOS À DOCENTES DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL NA CIDADE DE MACEIÓ, ALAGOAS **465**
Lara Freire de Menezes Costa
Manuela Velame Caldas
Tainá Alves Rocha da Cruz Guimarães
Maria José Valentim dos Santos Costa

Capítulo 46
PAPÉIS OCUPACIONAIS DOS PAIS EM TEMPOS DE COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DA PERSPECTIVA DA TERAPIA OCUPACIONAL **478**
José Júnior Bezerra da Silva
José Francisco dos Santos
Nícolas Pereira Paz

Capítulo 47
PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS FRENTE ÀS PRÁTICAS DE PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DO RN **488**
Brunno Alves de Lucena
Cristiane Spadacio

Capítulo 48
PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL **499**
Gilce Helen Amorim da Silva
Anna Paula Sousa da Silva
Aline de Souza Pereira
Helanno Gomes Alexandre
Deborah Pedrosa Moreira
Dafne Paiva Rodrigues

Capítulo 49
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADES TERCIÁRIAS **512**
Eliene Regina Silva Correia
Ellen Eduarda Santos Ribeiro
Maria Paula Macêdo Brito
Lívia Carvalho Pereira
Juliana da Fonseca Bezerra
Lia Maristela da Silva Jacob
Herla Maria Furtado Jorge

Capítulo 50
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL **524**
Luziana de Paiva Carneiro
Karine Sales Braga Alves
Alana Mara Lima Feijão
Letícia Kessia Souza Albuquerque
Cleane Maria dos Santos Teles
Francisca Camila Teixeira Mesquita
Francisco Marcelo Alves Braga Filho

Capítulo 51
PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA **534**
Ester Duarte Matoso
Débora Ximenes de Águila
Elias Silveira de Brito
David Dias Roque
Sofia Tavares Morais
Maria Nicó Duarte de Castro Alves

Capítulo 52
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO POR CÂNCER DE MAMA **542**
Brendalinda Queiróz dos Santos
Linda Kátia Oliveira Sales
Marquiony Marques dos Santos

Capítulo 53
SAÚDE MENTAL MATERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ E NO PUERPÉRIO **554**
Isabela Maria Peixoto Arantes
Rômulo dos Santos Arantes Filho

Capítulo 54
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA **565**
Tatiane de Sousa Paiva
Natasha Vasconcelos Sobrinho
Maria Idelania Alves da Silva
Ana Jessyca Campos Sousa
Maria Adelane Monteiro da Silva

Capítulo 55
VIVENCIANDO JUNTOS A PARTURIÇÃO: DISCURSOS DE MULHERES SOBRE A PRESENÇA PATERNA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO **575**
Jéssika Andrade de Melo Braga Monteiro
Jane Baptista Quitete

SOBRE A ORGANIZADORA **584**
Lia Maristela da Silva Jacob

Prefácio

A gravidez e o puerpério são influenciados por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características emocionais, sociais e econômicas da população, além do acesso e da qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população. A gravidez é um fenômeno fisiológico, natural e dinâmico que, na maioria das vezes, ocorre sem complicações. Portanto, apesar do cuidado, existem casos de mulheres que apresentam problemas de saúde, algum agravo ou desenvolvem transtornos gestacionais (ANTUNES *et al*., 2017)

Portanto, a atenção à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, constitui desafio para autoridades em saúde de todo mundo, no que diz respeito à qualidade da assistência prestada e aos marcos conceituais. Este ciclo deve ser acompanhado de forma competente, nas três fases: gravidez, parto e puerpério, para que a mulher receba assistência integral e de maior qualidade (BALSELLS *et al*., 2018).

Nesse sentido, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2011).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, em período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990) enfatiza que a assistência à saúde no SUS deve abranger tanto as ações assistenciais quanto às atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças (BRASIL, 2003).

No âmbito da promoção da saúde reprodutiva, no ano 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), objetivando reverter o quadro de precariedade da atenção obstétrica, por meio da garantia do acesso, da melhoria da cobertura e qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, bem como neonatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Todavia, é primordial a associação dessas políticas durante o atendimento direcionado à saúde da mulher e do recém-nascido, pois o acompanhamento específico da gravidez garante a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, diminuindo a mortalidade do binômio mãe e filho.

Assim, ao considerar minha prática profissional e de pesquisadora, aceitei organizar este livro, pois trata de proposta que reuniu experiências notáveis na atenção à saúde materna e infantil, no cenário brasileiro. Teve como premissa as ações dirigidas ao cuidado individual e coletivo, disparando reflexões para o trabalho em saúde no Brasil.

Profª. Dra. Lia Maristela da Silva Jacob
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte- UERN/Caicó
Escola Multicampi de Ciências Médicas EMCM/ UFRN

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. B. et al. Hypertensive Syndrome and perinatal outcomes in high-risk pregnancies. Rev Min Enferm. 2017; 21:e1057.

BALSELLS, M. M. D. et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. Acta Paul Enferm. 2018; 31(3):247-54.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. República Federativa do Brasil, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm

SERRUYA, S.; CECATTI, J.; LAGO, T. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1281-9.

Capítulo 1

A AMPLIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA VACINA BCG NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E NAS MATERNIDADES PÚBLICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Mariana Goering Barreiro[1]
Aline Biondo Alcantara[2]
Nilsa Correa Lourenço Leite[3]
Gisele Gutierres Carvalho Ciciliato[4]

RESUMO: objetivou-se descrever as vivências nos últimos cinco anos da ampliação da vacina BCG na APS e Maternidades públicas do município de Assis/SP. Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva. Discorre-se no resultado sobre: a capacitação teórico-prática, habilitação dos profissionais de enfermagem para aplicação vacinal, ampliação da oferta e reflexos no indicador de saúde mediante essa formação. Conclui-se que devido á imunização ser complexa e dinâmica, a EP é primordial na formação dos profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com os serviços de imunização materno-infantil, e a certificação desses como vacinadores, ampliou a oferta, contribuindo para o alcance das metas das coberturas vacinais do município. Por meio deste identificamos a importância do apoio das esferas governamentais, entre estado e município, possibilitando manter coberturas vacinais de BCG em todos os RN do município, reduzindo e prevenindo riscos e agravos relacionados à Tuberculose nas formas graves da doença (miliar e meníngea) na saúde materno infantil.
Palavras-Chave: Vacina BCG, Vacinação, Programas de Imunização, Vacinação Obrigatória**,** Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to describe the experiences in the last five years of the expansion of the BCG vaccine in PHC and public maternity hospitals in the city of Assis / SP. This is qualitative and descriptive research. As a result, it presents: theoretical-practical training, training of nursing professionals for vaccine application, expansion of the offer and reflections on the health indicator through this training. It is concluded that due to the immunization being complex and dynamic, PE is essential in the training of nursing professionals directly involved with maternal and child immunization services, and the certification of these as vaccinators, expanded the offer, contributing to the achievement of goals vaccination coverage in the municipality. Through this, we identified the importance of support from governmental spheres, between state and municipality, making it possible to maintain BCG vaccination coverage in all newborns in the municipality, reducing and preventing risks and injuries related to Tuberculosis in the severe forms of the disease (miliary and meningeal) in maternal and child health.
Keywords: BCG Vaccine, Vaccination, Immunization Programs, Mandatory Vaccination, Nursing Care.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) e a Educação Permanente (EP) em sala de vacinação para a ampliação da aplicação da vacina do Bacilo Calmette - Guérin (BCG) nas maternidades públicas de um município do interior paulista

[1] Mestra em Ensino em Saúde. Especialista em Ativação de processos de mudança na formação superior de Profissionais de Saúde, Formação didático-pedagógica em Enfermagem e Preceptoria no SUS. Graduação em Enfermagem. Docente do Curso Técnico em Enfermagem no Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CPS) - Etec Pedro D'Arcádia Neto de Assis/SP. E-mail: marianagoering@hotmail.com.
[2] Mestra em Enfermagem. Especialista em Unidade Básica de Saúde com ênfase no gerenciamento e Saúde da Família. Graduação em Enfermagem. Enfermeira na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Ribeiro de Assis/SP. E-mail: aline.bap@hotmail.com.
[3] Graduação em Enfermagem. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica de Assis/SP. E-mail: nilsaleite74@yahoo.com.
[4] Especialista em Gestão em Saúde Pública. Enfermeira e Coordenadora do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XIII de Assis/SP. E-mail: giciciliato@gmail.com.

Criada em 2006, a Atenção Primária à Saúde (APS), é instituída por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2006) Desde então, a PNAB vem passando por uma série de revisões e adequações das legislações, fortalecendo a APS. Assim, a Atenção Básica (AB) é estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são o primeiro ponto de atenção á saúde, e a principal porta de entrada do sistema, compondo a rede regionalizada, interligando-se com os demais pontos dessa rede, por meio de equipe multiprofissional e ações em saúde que cubram toda a população, e assim, integrando, ordenando o cuidado em saúde e atendendo às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2017)

Concomitante a essa perspectiva, em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema. (BRASIL, 2018)

Assim, a PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, rompendo com o paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. “Constitui um instrumento que aponta para o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação”. (MARTINS et al, 2017)

Martins et al (2017) corroboram em seu estudo que a Educação Permanente (EP) considera os problemas diários de trabalho e os conhecimentos e experiências pré-existentes dos coletivos de produção da saúde. Os autores referem que devido às salas de vacinas serem ambientes complexos e dinâmicos, a EP é primordial. A complexidade se deve ao fato de que os conhecimentos em vacinação estão em constante transformação.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, foi determinante para o controle bem-sucedido das doenças imunopreveníveis no Brasil. Sua atuação contribuiu sobremaneira para melhorias importantes na situação de saúde da população brasileira. São exemplos: a erradicação da varíola; a eliminação da poliomielite, a redução da incidência da difteria, da coqueluche, da meningite causada por H. influenzae tipo B, do tétano, e da tuberculose em menores de 15 anos de idade. (DOMINGUES et al, 2019)

As vacinas ofertadas pelo SUS foram incrementadas ao longo do tempo. Anualmente ocorreram várias mudanças nos calendários de vacinação, com implementação dos imunobiológicos. As normas são constantemente atualizadas, exigindo capacitação contínua e supervisões permanentes dos profissionais que exercem atividades em salas de vacinas. (SES SP, 2016; SES SP, 2020)

Especificamente sobre a vacina do BCG, objeto desse relato, Sarinho et al (2010) refere que em muitas partes do mundo a vacina BCG é amplamente utilizada para proteger contra as

formas miliar e meníngea da tuberculose e no Brasil é oferecida como parte do Programa Nacional de Imunizações e aplicada em uma única dose no primeiro mês de vida. (SARINHO et al, 2010)

A principal maneira de prevenir a tuberculose em crianças é com a vacina BCG, ofertada gratuitamente no SUS. Ela deve ser dada às crianças ao nascer nas maternidades, ou na primeira visita da criança no serviço de saúde, o mais precocemente possível. (BRASIL, 2019)

A Vacina do Bacilo Calmette - Guérin (BCG)

A história e a imunogenicidade da vacina BCG

As vacinas BCG continuam sendo as únicas vacinas em uso para prevenção da Tuberculose. Trata-se de uma vacina bacteriana viva, atenuada, derivada do Mycobacteriun bovis. Várias vacinas BCG, todas elas derivadas da cepa original de BCG produzida no Instituto Pasteur por Calmette e Guérin em 1924, estão disponíveis em todo o mundo e, entre elas, as mais frequentemente utilizadas são: a Brasileira (Moreau/Rio de Janeiro), Dinamarquesa (Copenhagen – 1331), Japonesa (Tokyo – 172-1), Russa (Moscow –368) e a Búlgara (Sofia – SL222). A vacina BCG demonstrou eficácia significativa, especialmente para a prevenção das formas graves da doença (miliar e meníngea), porém a proteção não foi consistente para as demais apresentações, em todas as faixas etárias. (SBP, 2019)

O Brasil em 1961 iniciou a produção da vacina BCG com a cepa Moreau - Rio de Janeiro, e, em 1968 houve a substituição da via oral (VO) pela via intradérmica (ID). Em 1977 o Brasil incluiu pela primeira vez a vacina BCG no Calendário Básico de Vacinação (Portaria 452/1977). A cepa Moreau - Rio de Janeiro foi utilizada até 2017, e substituída recentemente pela cepa Moscou, em 2018. (SBP, 2019)

Assim, além da vacina BCG do laboratório da Fundação Ataulpho de Paiva (cepa Moreau-Rio) disponibilizada no momento nos serviços públicos de vacinação, a partir de fevereiro de 2018 a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) orientou sobre o uso da vacina BCG do laboratório Serum Institute of India Ltd (cepa Moscou 361), utilizando-se uma ou outra, conforme a disponibilidade das mesmas. (BRASIL, 2018; SES SP, 2018 e SBP,2019)

A vacina BCG não oferece eficácia de 100% na prevenção da Tuberculose pulmonar, mas sua aplicação em massa permite a prevenção de formas graves da doença, como a meningite tuberculosa e a Tuberculose miliar (forma disseminada). (SBIM, 2020)

No Brasil, embora a incidência de tuberculose pulmonar venha aumentando, quase não são mais registradas as formas graves da doença. Outro exemplo da importância da vacinação foi o aumento do número de casos de tuberculose em crianças, registrado quando a Suécia suspendeu a vacinação de rotina. (SBIM, 2020)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, nos países onde a Tuberculose é frequente e a vacina integra o programa de vacinação infantil, previne-se mais de 40 mil casos

anuais de meningite tuberculosa. Impacto como este depende de alta cobertura vacinal, razão pela qual é tão importante que toda criança receba a vacina BCG. (SBIM, 2020)

Aspectos teóricos e práticos das vacinas BCG do Laboratório Ataupho de Paiva e do Laboratório Serum Institute of India

A Vacina BCG é indicada a partir do nascimento, a aplicação ideal dever ser realizada na Maternidade antes da Alta Hospitalar ou no primeiro comparecimento à Unidade de Saúde. (SES SP, 2016 e SES GO, 2020)

A vacina BCG do Laboratório Ataupho de Paiva mantém a sua dose e faixa etária inalterada sendo a dose 0,1 ml por via ID e a faixa etária a partir do nascimento até menor de cinco (5) anos de idade. A utilização dos materias para sua aplicação são seringas de características tuberculinas de 1 ml e agulhas de tamanho 13x3,8 ou 13x4,5. (SES SP, 2005; SES SP, 2016 e SES GO, 2020)

A SES SP (2005) descreve os passos a serem seguidos para a diluição especificamente da vacina BCG do Laboratório Ataupho de Paiva:

> "lavar as mãos; retirar a vacina BCG-ID e o respectivo diluente do refrigerador; conferir a data de validade, lote, enfrascagem da ampola de BCG-ID e colocar novamente no refrigerador; conferir se o diluente corresponde ao número de doses da ampola de liófilo (Ex: 1 mL de diluente para ampola de 10 doses de liófilo) e data de validade; verificar se o líquido do diluente está todo na parte inferior da ampola e bater levemente com o dedo no gargalo, se necessário; quebrar a ampola de diluente com a proteção de algodão; aspirar o volume adequado e reservar; retirar a ampola de BCG-ID do refrigerador; verificar se o pó vacinal está todo na parte inferior da ampola e bater levemente com o dedo no gargalo e nas paredes do corpo da ampola; cobrir a ampola de BCG-ID com o saco plástico, de maneira que o fundo do saco cubra o gargalo; retirar o ar e fechar a abertura do saco plástico (no fundo da ampola); quebrar a ampola de BCG-ID envolvida pelo saco plástico fechado (este procedimento é indispensável para evitar a penetração brusca de ar no interior da ampola, o que provocaria expulsão do pó vacinal); abrir e retirar o saco plástico lentamente, colocando a ampola de BCG-ID no suporte, cobrindo-a com o protetor; segurar a seringa com o diluente na mão direita e com a mão esquerda segurar a ampola de BCG-ID (os canhotos devem adaptar a técnica para seu conforto e segurança); injetar lentamente cerca de 0,1 mL (02 gotas aproximadamente) do diluente na ampola de BCG-ID, fazendo-o escorrer pela parede da mesma (girando a ampola); fazer a homogeneização e introduzir o restante do diluente lentamente na ampola de BCG-ID através da parede da mesma (girando a ampola); fazer a homogeneização da suspensão com movimentos circulares e certificar-se da presença ou não de aglomerados (o aspecto da vacina diluída é de uma suspensão levemente opaca, apresentando normalmente, pequenos filamentos que se depositam, quando a vacina é mantida em repouso. É importante a homogeneização sempre antes da aspiração de cada nova dose);colocar a ampola de BCG-ID no suporte de cobrindo-a com o protetor." (SES SP, 2005, p.1)

A vacina BCG do Laboratório Serum Institute of India é administrada pela via ID, para as crianças menores de um (1) ano de idade utiliza-se a dose de 0,05mL e para as crianças a partir de um (1) ano de idade, utiliza-se a dose de 0,1mL. A utilização dos materiais para sua aplicação são seringas específicas com agulhas acopladas de 13x3,8 ou 13x4,5, que apresentam uma única marcação de 0,05 ml no cilindro.

A vacina do Laboratório Serum Institute of India deve ser reconstituída seguindo as normas e procedimentos estabelecidos pelo PNI para as vacinas liofilizadas: (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018 e SES GO, 2020)

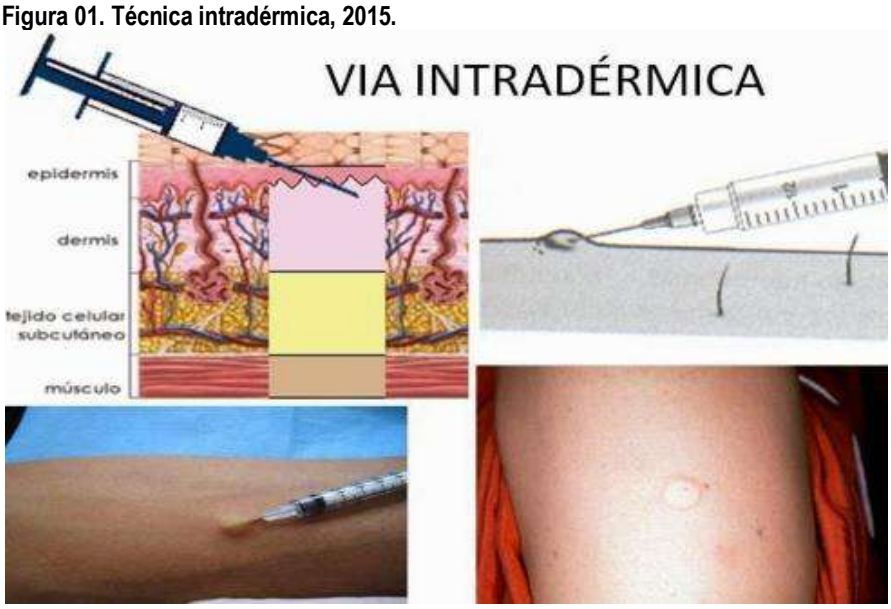
> "Higienize as mãos; Escolha a seringa e a agulha apropriadas. Retire a tampa metálica do frasco-ampola contendo o liófilo. Limpe a tampa de borracha com algodão seco. Envolva a ampola do diluente em gaze ou algodão seco e abra-a. Coloque a ampola aberta entre os dedos indicador e médio. Aspire o diluente da ampola e injete-o na parede interna do frasco-ampola ou ampola contendo o liófilo. É necessário homogeneizar o conteúdo realizando um movimento rotativo do frasco em sentido único, sem produzir espuma. Aspire a quantidade da solução correspondente à dose a ser administrada. Coloque a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola, e expulse o ar. Mantenha a agulha protegida até o momento da administração." (BRASIL, 2014, p. 44)

O Local de aplicação para a vacina BCG é na inserção inferior do musculo deltoide direito. Para manter sua conservação e validade deve-se mantê-la em uma temperatura de + 2º a + 8º Célsius (º C) e utilizá-la no prazo máximo de seis (6) horas após a reconstituição. (SES SP, 2016 e SES GO, 2020)

Brasil (2014) apud SES GO (2020) referem os processos para a administração da vacina ID são:

> "Higienize as mãos com água e sabão; Cheque o imunobiológico a ser administrado, assim como o usuário que irá recebê-lo; Prepare a vacina conforme a sua apresentação e laboratório produtor; Escolha o local para a administração da vacina, evitando locais com cicatrizes, manchas e lesões; Faça a limpeza da pele com algodão seco; Coloque o usuário em posição confortável e segura. Na vacinação de crianças, solicite ajuda do acompanhante na contenção para evitar movimentos bruscos; Segure firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador; Segure a seringa com o bisel da agulha para cima, coincidindo com o lado da graduação da seringa. A agulha deve formar com o braço um ângulo de 15º; Introduza a agulha paralelamente a pele, ate que o bisel desapareça; Injete a vacina lentamente, pressionando a extremidade do embolo com o polegar; Retire a agulha da pele; Não faça compressão no local de administração da vacina; Despreze a seringa e a agulha utilizadas na caixa coletora de perfurocortante; e Higienize as mãos com água e sabão." (BRASIL, 2014, p. 46)

Figura 01. Técnica intradérmica, 2015.



Fonte: Google imagens, 2015.

O adiamento da vacina BCG deve ser realizado nas seguintes situações: recém-nascidos com menos de 2Kg, até que atinjam este peso; na presença de lesões graves de pele; e se em tratamento com imunodepressores ou corticoesteroide em dose imunossupressora até três meses após. (SES GO, 2020)

A descrição dos eventos adversos da BCG são caracterizados por ulceração maior que 1 cm, abcesso subcutâneo frio, abcesso subcutâneo quente, granuloma, linfadenopatia regional não

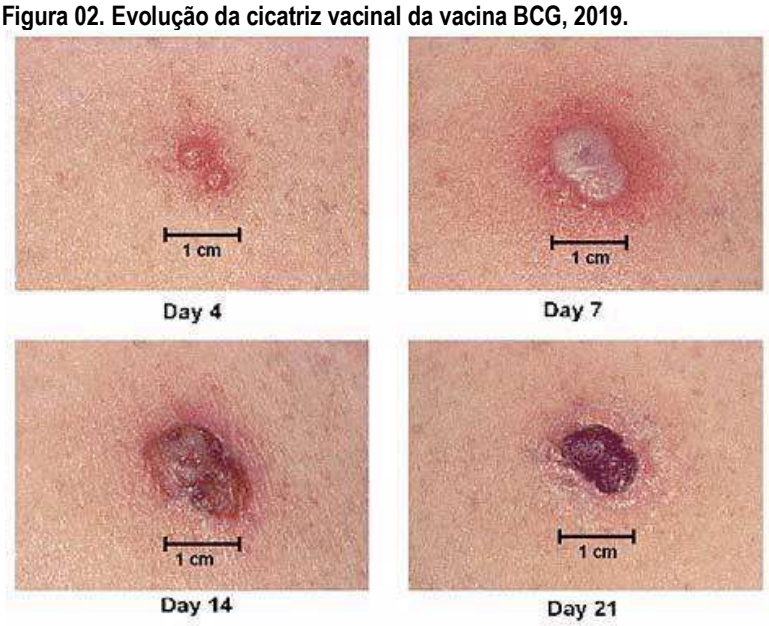
supurada maior que 3 cm, linfadenopatia regional supurada, cicatriz queloide e reação lupoide. (SES GO, 2020).

A vacina BCG pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas do calendário de vacinação do Ministério da Saúde (MS) e a presença de cicatriz vacinal ou palpação de nódulo no deltoide direito, na ausência do registro, é considerada para efeito de registro como dose, independente do tempo transcorrido desde a vacinação até o aparecimento da cicatriz (SES GO, 2020).

Para crianças que foram vacinadas com a BCG e que não apresentem cicatriz vacinal após 6 meses ou mais, a orientação é não revacinar. (BRASIL, 2019) De forma geral, os cuidados com a lesão são: manter o local sempre limpo e seco, lavar com água e sabão, não cobrir a ferida e não aplicar qualquer tipo de medicamento tópico. (SES GO, 2020)

A SES GO (2020) refere também que a evolução normal da lesão vacinal caracteriza-se pela primeira à segunda semana após a vacinação apresentando mácula avermelhada com endurecimento e formação de um nódulo de 5 mm a 15 mm de diâmetro; na terceira à quarta semana pústula com amolecimento no centro da lesão; na quarta à quinta semana úlcera de 4 mm a 10 mm de diâmetro e na sexta à decima segunda semana a formação de crosta que evolui para a cicatrização; assim como demonstrado na figura abaixo:

Figura 02. Evolução da cicatriz vacinal da vacina BCG, 2019.



Fonte: Google imagens, 2019.

Cobertura vacinal da BCG em recém-nascidos (RN) no Brasil, região Sudeste, Estado de São Paulo e residentes no município de Assis/SP, no período de 2015 a 2019

A cobertura vacinal da vacina BCG é um dos indicadores de saúde, constituído pelo número de doses de vacina BCG aplicado, dividido pelo número de recém-nascidos, e multiplicado por 100, levando-se em consideração os recém-nascidos de determinada área de abrangência e período, e fontes os programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Por ser um indicador correspondente ao percentual de RN vacinados e potencialmente protegidos contra as

formas graves da Tuberculose, espera-se que todos os RN sejam vacinados o mais precocemente possível. (BRASIL, 2016)

Segue abaixo o Quadro 4 referente aos dados levantados de RN vacinados, com a vacina BCG, entre os anos de 2015 a 2019:

Quadro 1. Cobertura vacinal da BCG em recém-nascidos no Brasil, Região Sudeste, Estado de São Paulo e residentes no município de Assis/SP, 2015 a 2019.

Cobertura vacinal da BCG em RN, 2015 a 2019					
Localidade	**Anos de ocorrência**				
	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	85,61	95,55	97,12	97,72	52,95
Região Sudeste	104,76	95,40	101,98	101,98	83,20
Estado de São Paulo	102,20	94,33	100,95	101,28	83,20
Residentes em Assis/SP	159,70	84,20	142,32	141,54	115,07

Fonte: Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) XIII Assis/SP e Vigilância Epidemiológica do Município de Assis/SP (VE/SMSA), 2015 – 2019.*

* **Nota:** dados sujeitos a revisão, relatório em fase de ajuste, data de atualização dos dados: 28/07/2020.

Objetivo

Sendo assim e diante deste atual cenário este relato de experiência objetivou descrever as vivências nos últimos 5 (cinco) anos da ampliação da realização da Vacina BCG na APS e nas Maternidades publicas em um município do interior paulista após a capacitação teórico prática aos profissionais da enfermagem envolvidos com os serviços de imunização materno-infantil.

Metodologia

Esse relato de experiência trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva.

Minayo (2013) conceitua que "o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, do universo, dos significados, dos motivos, das aspirações, das relações, das representações, das crenças, dos valores, das atitudes, das percepções, das opiniões, dos produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam".

Gil (2008) corrobora que as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

A escolha desse tipo de método no presente relato é justificada porque descreveremos a vivência desenvolvida sobre a ampliação da vacina BCG, no período de 2015 a 2019 na APS e nas Maternidades de um município do interior paulista envolvendo os profissionais de Enfermagem da Rede de Atenção à Saúde (RAS), envolvidos com os serviços de imunização materno-infantil.

O cenário do relato foi a AB – Secretaria Municipal da Saúde de Assis. O município de Assis está situado a oeste do Estado de São Paulo, na Bacia hidrográfica da baixa Paranapanema, com 101.381 habitantes. (FUNDAÇÃO SEADE, 2020)

Apresenta população com densidade demográfica de 220,10 hab/ km², taxa geométrica de Crescimento Anual da População – 2010/2020: 0,64% ano a ano, grau de urbanização: 95,64%, taxa de natalidade: 12,00 por mil habitantes, e taxa de fecundidade geral de 45,88% por mil mulheres entre 15 a 49 anos de idade. (FUNDAÇÃO SEADE, 2020)

A rede municipal de saúde de Assis é composta de 21 Unidades de Saúde na AB, sendo 06 UBS, 12 ESF na região urbana e 01 ESF na região rural; 01 Grupo Integrado de Prevenção e Atenção a DST/HIV/AIDS/Tb (GIPA), que integra os serviços de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS por meio do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e de prevenção por meio do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e 01 Pólo Academia de Saúde. (SMSA, 2020)

Nos serviços de média e alta complexidade conta com: 01 Unidade Referencial de Pronto Atendimento, 01 Centro de Especialidades (CEA), 01 Centro de Atenção Psicossocial de Assis (CAPS II), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS Infanto Juvenil), 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 01 Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa; 01 Hospital Filantrópico conveniado ao SUS (Santa Casa de Misericórdia de Assis); 01 Hospital Estadual SUS (Hospital Regional de Assis); 01 Hospital privado conveniado com o SUS (Hospital e Maternidade de Assis); 03 Hospitais privados (Hospital do Olho, Instituto da Mulher e Hospital de olhos Oeste Paulista); além de serviços conveniados e contratados que oferecem serviços complementares ao SUS. (SMSA, 2020)

Por ser um “Município Polo”, Assis é referência para sua região de abrangência da Direção Regional de Saúde de Marília (DRS IX), que compreende 25 municípios, oferecendo atendimento em consultas especializadas, exames, serviços de urgência e emergência e internações que são disponibilizadas por meio da Central de Regulação Estadual de acordo com a Programação Pactuada Integrada assinada em 2008 pelos gestores municipais. (SMSA, 2020)

Salienta-se, portanto, que dentre os hospitais citados anteriormente, o Hospital Filantrópico conveniado ao SUS (Santa Casa de Misericórdia de Assis), contempla o serviço de Maternidade para Gestão de Baixo Risco, sendo referência para atendimentos às gestantes e recém-nascidos de munícipes; e o Hospital Estadual SUS (Hospital Regional de Assis), contempla o Serviço de Maternidade para Gestação de Alto Risco, sendo referência para atendimentos as gestantes e recém-nascidos de munícipes, bem como de outras cidades da região. Assim, nesse serviço, o maior número de nascidos são prematuros de baixo peso. Reforça-se que a administração da vacina BCG deve ser adiada quando a criança apresentar peso inferior a 2 kg, devido à escassez do tecido cutâneo (panículo adiposo) e quando apresentar lesões graves de pele.

Nesta proposta de ampliação da Vacina BCG no município, as atividades foram realizadas a partir de uma Capacitação realizada com uma carga horária total de 24 horas, incluindo as atividades teóricas e práticas “in loco”, nas Unidades de Saúde da Atenção Básica e nas Maternidades conveniadas SUS do município.

Assim, a capacitação contemplou a participação de profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Atenção Básica e das Maternidades conveniadas SUS do município, elencados pelas coordenações dos serviços mediante indicadores de saúde e necessidade local.

Resultados e discussões

A Capacitação teórico-prática da vacina BCG em um município do interior paulista

A aplicação da vacina BCG é uma das competências da Enfermagem, e tem indicação de aplicação logo após o nascimento, ou seja, deve ser realizado o mais cedo possível. Assim, a vacinação da BCG requer capacitação para que o profissional siga as boas práticas em vacinação, e tenha êxito na imunoprevenção.

É reconhecido que as mães apresentam dificuldades em sair de casa, no pós-parto e com o filho recém-nascido, para uma imunização tão importante, que é a BCG, protegendo a criança contra as formas graves da tuberculose. Assim a Secretaria Municipal da Saúde de Assis/SP (SMSA), realizou capacitação teórico-prática aos profissionais da APS e das maternidades públicas para implantação da administração da vacina BCG nos recém-nascidos.

Objetivou-se ampliar a aplicação da vacina BCG, para administração na própria maternidade, antes mesmo do recém-nascido receber alta, visto que no período, as crianças recebiam apenas a imunização nas unidades básicas de saúde, em dias pré-determinados, bem como habilitar novas vacinadoras da Rede Básica de Saúde do município de Assis/SP.

Para atender a essa premissa, a capacitação contemplou a participação de profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Atenção Básica e das Maternidades públicas do município de Assis/SP, elencados pelas coordenações dos serviços mediante indicadores de saúde e necessidade local, e um conteúdo teórico-prático delimitado em dois momentos.

O primeiro momento, realizado no ano de 2018 nas dependências da Secretaria Municipal da Saúde de Assis/SP, teve duração de dois dias e cerca de 8 horas, sob a coordenação de duas enfermeiras das Vigilâncias Epidemiológicas (Municipal e Regional), e realização da capacitação e orientações técnicas por duas enfermeiras da Atenção Básica do município.

Nessa primeira parte, foram realizadas orientações teóricas, demonstração da conservação, diluição e técnica de aplicação da vacina realizada em bonecos de bebês, até a demonstração da habilidade necessária.

Os temas abordados durante esse primeiro momento foram: os aspectos epidemiológicos e clínicos da Tuberculose, Ações de Controle da Tuberculose, A Vacina BCG ID (composição, Rede de Frio, Mecanismo de Ação da Vacina em relação ao Sistema Imunológico, Indicações, Contraindicações, Situações de Adiamento, esquema e Via de Aplicação, Evolução da Cicatriz Vacinal, Eventos Adversos, Cuidados na presença de reações, Orientação ao cliente, Registro de Dados e Material Necessário).

O segundo momento, realizado nos anos de 2018 e 2019, contemplou à realização da prática vacinal em recém-nascidos, seguindo-se um cronograma definido de dias e horários, onde cada profissional da enfermagem vacinou em média de 5-15 crianças nas salas de vacinas de uma UBS e das Maternidades públicas, totalizando 24 horas.

A habilitação das novas vacinadoras para administração da vacina BCG

Após a capacitação, os profissionais de enfermagem receberam a certificação teórica prática para à administração da vacina BCG.

Segue abaixo a figura 3 contendo o modelo criado do certificado de habilitação para a administração da vacina BCG, 2019.

Figura 3. Certificado teórico prático de administração da vacina BCG, 2019

Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de Assis

CERTIFICADO

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ASSIS,

certifica que , portadora do RG ,

concluiu a capacitação "TEÓRICO PRÁTICO DE ADMINISTRAÇÃO DA VACINA BCG ID"

no ano de 2019, perfazendo carga horária de 24 (vinte e quatro) horas.

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Município de Assis/SP (VE/SMSA), 2019

A ampliação da oferta da vacina BCG em um município do interior paulista após a formação das "novas vacinadoras"

Domingues et al (2019) refere que as estratégias para reverter a redução das coberturas vacinais devem considerar os diversos fatores que contribuem para essa situação. Para reversão desse quadro, cita as estratégias que podem contribuir na para o enfrentamento da situação atual, tais como: a comunicação social, a divulgação nas mídias tradicionais e eletrônicas, a busca ativa de não vacinados nas populações-alvo, as parcerias com escolas e universidades, a ampliação dos horários de funcionamento dos postos de vacinação, a mobilização da sociedade civil e colaboração das sociedades científicas em parceria com as três instâncias de gestão, o estabelecimento de parcerias intra e intersetoriais e a formação.

Neste processo, mostram-se como componente fundamental as iniciativas de formação e desenvolvimento em imunizações, a fim de alcançar os profissionais diretamente envolvidos com os serviços de vacinação, bem como de outros de trabalhadores que, de alguma forma, podem

contribuir para o alcance das metas estabelecidas pelo PNI. Dessa forma, a implementação de um programa de formação em imunizações depende do empenho das três esferas de gestão do SUS, do necessário engajamento das instituições de ensino públicas e privadas e do apoio dos movimentos sociais e da população em geral, de modo a serem potencializados os efeitos esperados deste esforço. (DOMINGUES et al,2019)

Assim, a partir das vacinadoras habilitadas ampliou-se a oferta de realização da vacina BCG em recém-nascidos, conforme proposto no objetivo desse relato. Reconhecendo a centralidade dos recursos humanos, bem como a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, no caso das vacinadoras, como essenciais para o alcance das metas de coberturas vacinais.

Considerações finais

Mediante o reconhecimento que as mães apresentam dificuldades em sair de casa logo após o parto e com o filho recém-nascido para uma imunização tão importante, que é a BCG, que confere proteção à criança contra as formas graves da Tuberculose, a Secretaria Municipal da Saúde de Assis/SP, tendo como ferramenta a EP, realizou capacitação para a administração da vacina BCG nos recém-nascidos, aos profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com os serviços de imunização materno-infantil.

Assim, a capacitação foi realizada nos anos de 2018 e 2019 e contemplou a participação de profissionais de enfermagem das Unidades de Saúde da Atenção Básica e das Maternidades públicas do município de Assis/SP, elencados pelas coordenações dos serviços mediante indicadores de saúde e necessidade local, bem como um conteúdo teórico-prático delimitado em dois momentos.

Desprende-se do relato a situação epidemiológica da vacina BCG no município de Assis/SP em relação ao Brasil, região Sudeste e Estado de São Paulo. Verifica-se que o município mantem, nos últimos cinco anos de ocorrência da cobertura vacinal de BCG, taxas elevadas conforme preconizado pelo indicador de saúde, alcançando a cobertura vacinal de todos os recém-nascidos com a vacina BCG, afirmando a importância da formação.

Conclui-se que a formação com os profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com á saúde materno-infantil, e a certificação desses como vacinadores, ampliou-se a oferta, contribuindo significativamente para o alcance das metas das coberturas vacinais do município.

Por meio deste estudo foi possível identificar a importância do apoio das esferas governamentais, entre estado e município, visto que essa ação conjunta de formação possibilitou manter as coberturas vacinais com a vacina BCG em todos os recém-nascidos do município, reduzindo e prevenindo consequentemente riscos e agravos relacionados à Tuberculose nas formas graves da doença (miliar e meníngea) na saúde materno infantil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de diretrizes, metas e indicadores. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota informativa nº 18. Orientações sobre o uso da vacina BCG do laboratório Serum Institute of India Ltda. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa nº 10. Atualização da recomendação sobre revacinação com BCG em crianças vacinadas que não desenvolveram cicatriz vacinal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.
DOMINGUES et al. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília (DF), 28(2), 2019.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE - SEADE [Internet]. Governo do Estado de São Paulo. Perfil dos municípios paulistas: Assis; 2020. Disponível em: https://perfil.seade.gov.br/?. Acesso em 12 de jul. 2020.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5º ed. São Paulo (SP): Atlas, 2008.

MARTINS et al. Educação permanente em sala de vacina: qual a realidade?. Rev Bras Enferm, 71(supl1), 715-24, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2013.

SARINHO et al. Múltiplas doses de vacina BCG podem proteger contra asma? Revista Jornal Brasileiro de Pneumologia, Recife (PE), 36(3), 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES SP. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma Técnica do Programa de Imunização. São Paulo (SP): SES SP, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES SP. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Calendário de vacinação. São Paulo (SP): SES SP, 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES SP. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Orientações Técnicas preparo e aplicação da vacina BCG ID. São Paulo (SP): SES SP, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES SP. Coordenadoria de controle de doenças. Divisão de Tuberculose. Comunicado TB nº 08. São Paulo (SP): SES SP, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS – SES GO. Superintendência de Vigilância em Saúde Gerência de Imunização. Guia Prático de Imunizações para trabalhadores da Sala de Vacinação. 6ª ed. Goiás (GO): SES GO, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS - SMSA. Prefeitura de Assis. Unidades de Saúde: Assis, 2020. Disponível em: https://saude.assis.sp.gov.br/. Acesso em 12 de jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES – SBIM [Internet]. Vacina BCG, 2020. Disponível em: https://sbim.org.br/. Acesso em 12 de jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Nota informativa da Sociedade Brasileira de Pediatria em relação à revacinação com BCG em crianças na ausência de cicatriz pós-vacinação. SBP, 2019.

Capítulo 2

A FORMAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO SERIDÓ PORTIGUAR: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

TRAINING IN CHILDHOOD MATERNAL HEALTH IN SERIDÓ PORTIGUAR: STRUCTURE, FUNCTIONING, POTENTIALITY AND CHALLENGES OF A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE PROGRAM

Cassia Virgínia de Souza[1]
Andressa Cassiano de Araújo[2]
Jailma da Costa Batista[3]
Diego Bonfada[4]
Ana Carine Arruda Rolim[5]

RESUMO: Este estudo tem objetivo de descrever potencialidades e desafios de um programa de Residência Multiprofissional no âmbito da qualificação profissional e no fortalecimento das ações e serviços da saúde materno-infantil. Trata-se de um relato de experiência sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN e suas ações no Hospital do Seridó, em Caicó/RN. Os resultados organizam-se na apresentação do contexto de formação das Residências em Saúde; da justificativa de implantação e cenário de atuação da Residência Materno-Infantil; e da sua estrutura e funcionamento. Conclui-se que as Residências são produto histórico de defesa da educação e da saúde; que as fragilidades da organização da rede de saúde materno-infantil da Região do Seridó justificaram a implantação e manutenção da Residência, possibilitando a melhoria da situação de saúde loco-regional.

Palavras-chaves: Universidade. Qualificação Profissional em Saúde. Residência Hospitalar. Saúde Materno-Infantil. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT: This study aims to describe the potential and challenges of a Multiprofessional Residency program within the scope of professional qualification and in strengthening maternal and child health actions and services. This is an experience report on the Multiprofessional Residency in Maternal and Child Health of the School Multicampi of Medical Sciences at UFRN and its actions at Hospital do Seridó, in Caicó/RN. The results are organized in the presentation of the context of formation of Residencies in Health; the justification for the implementation and scenario of the Maternal-Child Residence; and its structure and functioning. It is concluded that the Residences are a historical product of defense of education and health; that the weaknesses in the organization of the maternal and child health network in the Seridó Region justified the implantation and maintenance of the Residence, enabling the improvement of the loco-regional health situation.

Keywords: Universidad. Professional Qualification in Health. Hospital Residence. Maternal and Child Health. Integrality in Health.

[1] Assistente Social. Pós Graduada na modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da EMCM/UFRN. E-mail: cassia_cvs@hotmail.com

[2] Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: <andressaaraujo69@hotmail.com>

[3] Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: <jailmassbatista@gmail.com>

[4] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutor em Saúde Coletiva. Docente na Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Vice coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da EMCM/UFRN. E-mail: <diegobonfada@hotmail.com>

[5] Enfermeira. Mestra e Doutora em Saúde Coletiva. Docente na Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da EMCM/UFRN. E-mail: <anacarine.rolim@gmail.com>

INTRODUÇÃO

Com a instituição da Rede Cegonha, buscaram-se consolidar políticas voltadas à saúde materno-infantil e conformar a assistência desta população na perspectiva do cuidado em redes que possam assegurar o direito sexual e reprodutivo, bem como a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e nascimento, puerpério e assistência à saúde da criança, incluindo o seu crescimento e desenvolvimento saudável e seguro (BRASIL, 2011).

Considera-se que a produção de conhecimentos em saúde materno-infantil é fundamental para o planejamento e implementação de estratégias efetivas para as melhorias das condições de saúde desse público. Sendo assim, esse estudo tem como horizonte a abordagem das potencialidades e dos desafios emergentes para o fortalecimento das políticas públicas voltadas para a saúde de mulheres e crianças na região do Seridó Potiguar, bem como, a formação em serviço, privilegiando a qualificação de trabalhadores da saúde.

Nesse sentido, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) ganham destaque por se apresentarem como espaços de formação e trabalho, integrando diversos saberes e fazeres, possibilitando a vivencia nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde e caminharem em busca da efetivação da integralidade do cuidado voltada para as necessidade de saúde da população (SILVA; DALBELLO-ARAUJO, 2019).

A qualificação em saúde no, para e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desponta como uma importante estratégia de reorientação da formação e da busca pela mudança do processo de trabalho em saúde tradicional e fragmentado, com o incentivo permanente de práticas interprofissionais e colaborativas nos serviços de saúde.

Assim, considera-se relevante a apresentação da estrutura e funcionamento de um Programa de Residência Multiprofissional e os seus desdobramentos nas práticas de saúde coletivas e individuais em um Hospital do Sertão do Seridó Norte-Riograndense. Temos como premissa que a relação entre universidade e o serviço de saúde se apresenta como uma importante estratégia para a construção de uma Rede Cegonha pública, integral e equânime.

Assim, o objetivo desse estudo é descrever potencialidades e desafios de um programa de pós-graduação lato sensu, na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde, no âmbito da qualificação profissional e no fortalecimento das ações e serviços da saúde materno-infantil no interior do nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo de relato de experiência, desenvolvido sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil (PRMSMI) da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) e suas ações no Hospital do Seridó, serviço de saúde localizado no município de Caicó/RN.

O PRMSMI da EMCM/UFRN está em funcionamento desde o ano de 2016 e, atualmente, é executado no Hospital do Seridó, em Caicó/RN, e no Hospital Regional Dr. Mariano Coelho (HRMC), em Currais Novos/RN. Faz-se importante mencionar que, em seu histórico de

funcionamento, o PRMSMI teve suas atividades práticas iniciadas unicamente no município de Currais Novos/RN, permanecendo assim entre 2016 e 2018, quando passou a funcionar somente em Caicó/RN. Desde 2018, portanto, o PRMSMI tem como cenário de prática o Hospital do Seridó. Após mudanças na direção do HRMC, o Programa vem, paulatinamente, a partir de 2020, reinserindo seus residentes no cenário de formação no referido Hospital, localizado em Currais Novos/RN.

Considera-se, para fins desse relato, a experiência somente no município de Caicó/RN, para dar destaque aos aspectos que permeiam o funcionamento da Residência no Hospital do Seridó, sendo este referência em obstetrícia para 12 municípios do Seridó do Rio Grande do Norte, Brasil (SESAP/RN, 2019).

O PRMSMI inclui seis categorias profissionais, a saber: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas. As atividades são desenvolvidas pelos residentes durante os dois anos de formação em serviço, considerando a responsabilidade da Universidade para o fortalecimento do SUS.

O recorte desse estudo é de março de 2019 a Julho de 2020. A coleta de dados desse estudo se deu por meio da observação participante e diário de campo nas atividades que vem sendo desenvolvidas em serviço as quais tem colaborado na construção de uma assistência humanizada materno-infantil.

O Relato da execução do Programa de Residência em Saúde Materno-Infantil da EMCM/UFRN leva em conta, portanto, questões de interesse para a consolidação do SUS em regiões afastadas dos grandes centros urbanos e em contextos reais (que também envolvem disputas e conflitos) que permeiam a atenção à saúde no interior do nordeste brasileiro.

Os resultados desse relato de experiência serão apresentados em três dimensões: o contexto de formação das Residências Multiprofissionais em Saúde; a justificativa de implantação e o cenário de atuação da Residência Materno-Infantil da EMCM/UFRN, com ênfase ao município de Caicó/RN; e a estrutura e funcionamento da Residência Materno-Infantil da EMCM/UFRN com suas especificidades.

Esse estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de um relato de experiência com uma proposta de contribuição, a partir da vivência de residentes, apresentando informações relacionadas às implicações dos autores, nas observações e condução das atividades. Logo, este trabalho se inclui nas condições previstas pela Resolução 510/2016, sobre as pesquisas em saúde, como aquela que objetiva o aprofundamento de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Residência Multiprofissional em Saúde: fortalecendo a formação para o SUS

As RMS surgem no Brasil no ano de 2005 através das necessidades de formação de recursos humanos voltados a atender os princípios e diretrizes do SUS Instituídas pela Lei 11.129/2005, os programas de residências passaram a serem coordenados pela Comissão

Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) em conjunto com os Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC) (BRASIL, 2005).

As atividades das residências se desenvolvem em cenários de práticas onde as intervenções acontecem com o propósito do cuidado integral à saúde. As residências na área da saúde devem ser multiprofissional, interdisciplinar e envolver o fazer com os sujeitos em interação (REIS DE MENESES et al., 2018). Diante disso, a formação em serviço torna-se desafiadora tanto para as instituições executoras e formadoras dos programas, quanto para os profissionais envolvidos no processo formativo e na assistência dos serviços de saúde, uma vez que, compreende a responsabilidade de transpor o caráter técnico e teórico para abarcar as subjetividades e necessidades específicas de cada usuário do SUS.

Os eixos prático e teórico-prático dos programas de residências multiprofissionais, em sua grande maioria, desenvolvem-se no campo político dos espaços ocupacionais da saúde congruente às mais variadas relações de aprendizagem, hierárquicas, gerenciais, assistenciais, conflituosas, antagônicas e por vezes, afetuosas (SANTOS, 2018).

As RMS caminham em uma perspectiva de procurar romper com o distanciamento entre as profissões, buscando uma correlação entre os saberes e práticas profissionais. Desse modo, essa modalidade de formação vem se situando enquanto estratégia estimuladora de processos de mudança no modelo assistencial na saúde.

Portanto, debater sobre a relação entre educação, através da pós-graduação lato sensu, sociedade e políticas públicas, sendo esta última - política de saúde, sobretudo a atenção à saúde materno infantil na região do Seridó Potiguar, é fundamental para fomentar discussões e qualificar a assistência prestada pelos serviços de saúde em articulação com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil.

A situação da Saúde Materno-Infantil na região do Seridó do RN: justificativas para a implantação do programa de residência

A atenção à saúde materno-infantil passou por diversas alterações desde a implantação do SUS. Houve a criação de importantes estratégias de cuidado como as Políticas de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (PAISM e PAISC), que se tornaram um marco de expressão do compromisso com a saúde de mulheres e crianças brasileiras (VANDERLEI; FRIAS, 2015).

No Rio Grande do Norte, como no Brasil, vem ocorrendo um aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza parto no SUS. Em 2006, o Estado do RN obteve um percentual de 43,09% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Dados recentes apontam que este indicador atingiu o percentual de 57,69% (FREITAS JUNIOR et al., 2014).

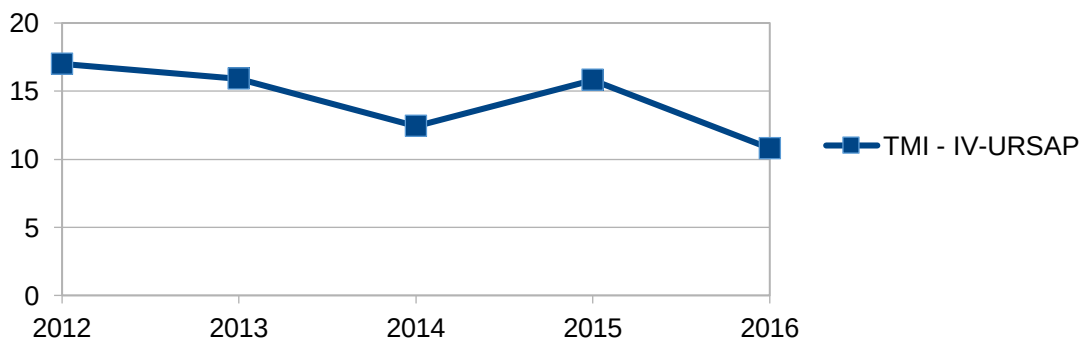
No entanto, há um questionamento sobre a qualidade dessa assistência, visto que a atenção à saúde materno infantil não está consolidada como o esperado nos serviços de saúde. O direito à maternidade segura ainda não é efetivamente garantido para muitas mulheres brasileiras. A morte em função da gravidez, do parto e por complicações no puerpério atinge milhares de

mulheres anualmente e esse é um grave problema de saúde pública, principalmente porque a maioria dessas mortes são consideradas evitáveis e desnecessárias (BRASIL, 2016).

Segundo o Protocolo de Assistência a Saúde Materno Infantil do Estado do Rio Grande do Norte, em 2013, o coeficiente de mortalidade materna foi de 42,9 óbitos por cem mil nascidos vivos, sabendo-se que a maioria desses óbitos estão associados ao ciclo gravídico-puerperal e podem ser evitados, realizando um pré-natal qualificado (FREITAS JUNIOR et al., 2014). Do total de mortes em crianças menores de um ano, 68,05% ocorrem no período neonatal, sendo que grande parte delas está associada à atenção dispensada durante a gestação, ao parto e ao puerpério (FREITAS JUNIOR et al., 2014).

O comportamento de alguns dos principais indicadores da saúde materna e infantil da IV Região de Saúde do Rio Grande do Norte, onde fica Caicó/RN, apontam para uma realidade problemática no cenário de prática onde é executado a Residência Materno-Infantil.

Figura 1: Comportamento do indicador Taxa de Mortalidade Infantil na IV Unidade Regional de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, entre 2012 e 2018. IV URSAP, Seridó, 2020.



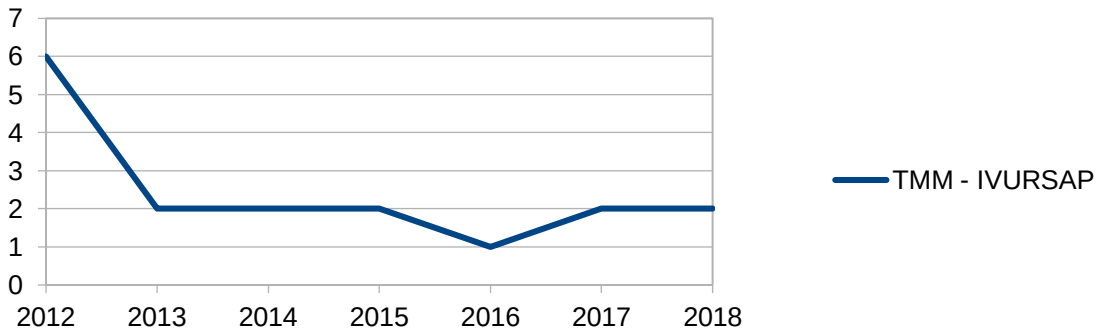
Fonte: SISPACTO

A Taxa de Mortalidade infantil, calculada a partir do número de mortes a cada mil nascidos vivos, tem tendência de decréscimo na Região do Seridó, no entanto, ainda não atingiu a meta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 10 mortes para cada mil nascimentos. Nos anos de 2012 e 2013, a Taxa superior a 15,0 mortes reflete, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

Com a criação da EMCM/UFRN em 2014 e dos programas de residências em 2016 houve reconhecida ampliação de atividades nos territórios da Atenção Primária à Saúde (APS) e nas maternidades das cidades da Região. Consideramos essa inserção como fator imprescindível para o fortalecimento da Rede Cegonha e da PAISM e PAISC, colaborando na diminuição de mortalidade infantil na região, na integralidade da saúde e na longitudinalidade do cuidado materno-infantil.

A morte materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres e se apresenta como uma iniquidade em saúde, que são aquelas desigualdades em saúde injustas, evitáveis e desnecessárias (BARRETO, 2017). Na Região do Seridó, a Taxa de Mortalidade Materna, (calculada a partir no número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos) também tem tendência de decréscimo depois da inserção da Residência em Saúde Materno-Infantil no cenário.

Figura 2: Comportamento do indicador Taxa de Mortalidade Materna na IV Unidade Regional de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, entre 2012 e 2018. IV URSAP, Seridó, 2020.



Fonte: SISPACTO.

Nos municípios de Caicó/RN e de Currais Novos/RN, além de residentes do PRMMI há inserção de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) da EMCM/UFRN de 10 dez categorias profissionais (sendo elas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Educação Física, Odontologia, Medicina Veterinária e Fonoaudiologia) em nove Unidades Básicas de Saúde. A inserção da universidade por meio de ações, programas e projetos tem contribuído para a ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de saúde e consequentemente, na melhoria nos indicadores loco-regionais relativos à saúde materno-infantil.

Diante dessa situação, fica evidente a necessidade da construção e implantação de estratégias que subsidie a formação e atuação dos profissionais da assistência, com esforço coletivo para a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério em todo o Estado do RN. Nesse contexto, consolida-se a importância dos programas de residências da EMCM/UFRN, que traz como proposta, uma atuação multiprofissional para o enfrentamento das realidades sociais e das particularidades regionais socioeconômicas existentes no RN para além dos aspectos físicos que permeiam a saúde materno-infantil e com o compromisso do fortalecimento das politicas públicas voltadas para a saúde da mulher e da criança.

Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil: estrutura e funcionamento

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 200,§ 3, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e diante disso, tem sido cada vez mais necessário à reformulação de bases curriculares de graduações e pós-graduação para formação de profissionais de acordo com os princípios e diretrizes do sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população (DE MELO et al., 2017). A EMCM/UFRN campus Caicó/RN iniciou suas atividades em 2014, com o curso de graduação em Medicina, a partir da necessidade de formação e fixação de médicos no interior do RN, fruto da política de interiorização das universidades federais.

Em seguida, a EMCM/UFRN implantou em 2016, dois programas de residência nas áreas de Atenção Básica (44 vagas/dez categorias profissionais) e de Saúde Materno-Infantil (12 vagas/seis categorias profissionais), ambos

com cenários de prática nas Redes de Atenção a Saúde (RAS) dos municípios de Caicó e Currais Novos/RN. Essa instituição tem como característica político-pedagógica a inserção do estudante e residente de forma longitudinal nos sistemas locais de saúde dos referidos municípios a partir de metodologias ativas de aprendizagem e do ensino baseado em comunidade.

Desde a sua criação na EMCM/UFRN, o PRMSMI vem desenvolvendo atividades e se colocando a serviço das necessidades de saúde da população de Caicó/RN do Seridó e para isso, vem desencadeando de forma ético-política, tensionamentos no sistema de saúde local, seja no ambiente hospitalar ou para além deste, sob a lógica da responsabilidade social, oportunizando para os residentes uma formação em serviço crítico-reflexiva ancoradas nos princípios do SUS e na defesa da reforma sanitária, atuando enquanto sujeitos ativos na realidade.

O PRMSMI se caracteriza como um programa de formação que fortalece e consolida a implementação do SUS como política de saúde, pois este projeto de formação em serviço tem como eixo central a defesa do SUS e do movimento de saúde coletiva. O projeto pedagógico do PRMSMI traz como objetivos específicos no âmbito das habilidades, uma assistência de caráter interprofissional com práticas colaborativas.

O Hospital do Seridó, cenário de prática do programa, contempla em sua estrutura física contempla três alas, sendo elas: clínica médica, pediatria e urgência pediátrica, obstetrícia e urgência obstétrica para assistência ao parto de baixo risco.

A necessidade de priorizar cenários diversificados com diferentes níveis de complexidade pressupõe o conhecimento do fluxo do usuário na rede de saúde, permitindo a integralidade da atenção e o exercício do trabalho interdisciplinar na assistência à saúde materno-infantil, em articulação com a rede de equipamentos de saúde local.

Conforme o regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), esclarece que os programas em área profissional da saúde da EMCM/UFRN deverão ser desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e 20% sob a forma de atividades práticas e teórico-práticas. A carga horária do programa soma um total de 5.760h, divididas em 24 meses de formação. Desta forma, o residente atua por 60h semanais, incluindo plantões aos finais de semana e feriados.

Em relação às atividades teóricas, ainda de acordo com o regimento interno, os conteúdos teóricos serão trabalhados, prioritariamente, na/para a prática multiprofissional de forma reflexiva, divididos em três eixos, a saber: Eixo 1 – eixo transversal, comum a todas as categorias; Eixo 2 – eixo transversal da área de concentração; e Eixo 3 – seminário interprofissional.

No que se refere o Eixo 3 – seminário interprofissional, cabe destacar que, nos programas de residências da EMCM/UFRN, tem-se defendido um modelo de formação inovador, que é o da Educação Interprofissional (EIP), com vistas ao desenvolvimento de práticas colaborativas.

Essa metodologia adotada pela instituição de ensino tem colaborado na reorientação da formação em saúde no, para e pelo SUS, na busca pela mudança do processo de trabalho em saúde tradicional e fragmentado, causado pela uniprofisisonalidade, com o incentivo permanente de práticas interprofissionais e colaborativas entre os residentes e nos profissionais do serviço, valorizando dessa forma, o trabalho em equipe, com vistas a visa democratizar o trabalho e

efetivar integralmente o cuidado e a qualidade da atenção, atendendo dessa forma, as reais necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI et al., 2020).

A partir da crescente complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, as mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade, aliado ao envelhecimento e ao aumento das doenças crônicas aponta para a necessidade de um novo perfil profissional na saúde, caracterizado pela colaboração entre as profissões.

Sendo assim, as atividades multiprofissionais realizadas pela equipe de residentes que atua no Hospital do Seridó, tem como objetivo amenizar o sofrimento do processo de hospitalização, proporcionando um ambiente agradável e acolhedor, fortalecendo o vínculo entre a equipe e os usuários do serviço. A seguir, serão descritas quais as atividades são protagonizadas pelo PRMSMI nesse cenário de prática.

O projeto musicoterapia é desenvolvido no cotidiano hospitalar e busca promover comunicação, confiança e melhorias na qualidade de vida não apenas do usuário interno, bem como, de seu acompanhante e demais profissionais envolvidos no processo de cuidado. Em geral, o momento pode oferecer alegria, conforto e bem estar para os que participam da atividade.

A Brinquedoteca é um espaço que faz parte da Classe Hospitalar Sulivam Dantas. Nesse espaço, são desenvolvidas diariamente atividades lúdicas por meio do brincar com as crianças internas na pediatria. Tais atividades são executadas por profissionais do serviço e residentes. O espaço é utilizado, ainda, para orientações socias, escuta qualificada e educação em saúde com os familiares e acompanhantes das crianças hospitalizadas.

A visita multiprofissional é o momento em que os residentes aprendem e colaboram juntos no fazer com, ou seja, as diversas categorias juntas, através da educação em saúde utilizam as enfermarias coletivas para tirar as dúvidas dos usuários através de orientações de alta no que diz respeito à saúde materno infantil e sobre as RAS no momento que antecede a alta hospitalar, colaborando para que a mãe e a criança possam ter a continuidade do cuidado quando retornarem para casa.

O projeto “Por dentro da Maternidade”**,** em parceria com os residentes do PRMAB da EMCM/UFRN, proporciona o que propõe a Lei Federal nº 11. 634, de 27 de dezembro de 2007, Art.1º, itens I e II: “Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual serão realizados seu parto e a maternidade na qual ela será atendida” (BRASIL, 2007). Essa atividade ocorre de acordo com a demanda da Rede de Saúde e da Rede Intersetorial, uma vez que os serviços das Unidades Básicas de Saúde, bem como, os serviços da política de assistência social, podem e devem requerer a visita individual ou de um grupo de gestantes para conhecer a maternidade de referência no momento que antecede o parto.

O projeto Partejar tem o objetivo de proporcionar às parturientes acesso a métodos não farmacológicos para alívio das dores no seu processo de trabalho de parto. Nesse momento, os residentes estabelecem vínculos com essas gestantes, seus acompanhantes e proporcionam um cuidado integral e humanizado em seu momento de parir.

Esse projeto vem contribuindo para a garantia da dignidade das mulheres, respeito e incentivo a sua autonomia no processo de parto e nascimento, proporcionado à participação ativa das parturientes nas decisões que envolvem o seu processo saúde-doença e o trabalho de parto. Desta maneira, após a admissão, a equipe multiprofissional de residentes informa as mulheres os benefícios do parto normal, presta apoio emocional, proporciona um ambiente tranquilo e acolhedor, respeitando a singularidade da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, fortalecendo o protagonismo da mesma.

Entre as mais variadas atividades realizadas pelos residentes, o objetivo comum a todas está em sintonia com a missão proposta pela instituição formadora, que é a de proporcionar o cuidado integral, pela perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS, com compromisso ético e sanitário no desenvolvimento das ações multi e interprofissional.

O PRMSMI também é um agente que põe em evidência os aspectos estruturais que limitam o trabalho em saúde, pois não podemos esquecer que o PRMSMI está inserido em uma lógica macropolítica contraditória que contém determinantes estruturais intrínsecos e que impactam objetivamente a política de saúde nas diversas esferas em que se materializa.

Os residentes estão inseridos em uma realidade consolidada pela hegemonia do modelo biomédico de saúde e estão submetidos a uma grande sobrecarga de trabalho. A prolongada jornada de trabalho dos residentes, somado às múltiplas demandas dos usuários tem causado agravos na saúde física e mental dos mesmos, o que aponta que a residência vem se tornando mais um espaço de precarização do trabalho em saúde do que uma experiência de formação para o SUS (BATISTA SILVA, 2017).

Contudo, é importante ressaltar que as estratégias para enfrentamento dessas problemáticas e para transformação da realidade também têm sido fomentadas pelos que acreditam nas potencialidades do PRMSMI e no SUS como política pública que constitui direito a ser defendido. Neste sentido, destacamos que a construção de alternativas que qualifiquem a formação em saúde deve considerar a importância de todos os atores que constituem o cenário da saúde pública brasileira (SILVA; DALBELLO-ARAUJO, 2019).

CONCLUSÃO

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde apresentam-se como produto histórico de defesa da educação e da saúde e que vêm passando por processos e ganhando espaço, sendo modelados e adaptados para se adequar às necessidades de saúde da população em prol do fortalecimento do SUS, contemplando a qualidade do ensino-aprendizagem, almejando um perfil profissional diferenciado daquele centrado na doença, prezando o trabalho colaborativo e voltado à diversidade e complexidade das necessidades de saúde da população e por isso os programas de residências devem ser defendidos e valorizados.

O trabalho buscou explicitar as principais experiências e análises desenvolvidas pelo PRMSMI no Hospital do Seridó de Caicó/RN, no qual vem tem se constituído como espaço primordial de aprendizado profissional, formação no, para e pelo SUS e do compartilhamento de saberes, contribuindo no fortalecimento da rede cegonha do Seridó Potiguar.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. Health inequalities: A global perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017.

BATISTA SILVA, L. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica ARTIGO TEMA LIVRE Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Katalysis**, v. 21, n. 1, p. 200–209, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Secretaria de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.534, de 27 de Dezembro de 2007**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM); cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Resolução n°510, de 7 de abril de 2016. **Ministério da Saúde**, 2016.

DE MELO, L. P. et al. A escola multicampi de ciências médicas da universidade federal do Rio Grande do norte, Brasil, no contexto do programa mais Médicos: Desafios e potencialidades. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1333–1343, 2017.

FREITAS JUNIOR, R. et al. (org). **Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte**. Natal: EDUFRN, 101p. 2014.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho Em Equipe: Uma Revisita Ao Conceito E a Seus Desdobramentos No Trabalho Interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. suppl 1, p. 1–20, 2020.

REIS DE MENESES, J. et al. RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: os movimentos que as sustentam. p. 33–48, 2018.

SANTOS, Camille Correia. O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde. 2018, 169 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

SESAP/RN. Portaria-SEI Nº 1561, de 15 de agosto de 2019**. Secretaria Do Estado Da Saúde Pública do Rio Grande do Norte,** 2019.

SILVA, C. A. DA; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1240–1258, 2019.

VANDERLEI, L. C. DE M.; FRIAS, P. G. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 157–158, 2015.

Capítulo 3

A INFLUÊNCIA DA IDADE E INSTRUÇÃO MATERNA SOBRE A ADEQUABILIDADE DO PRÉ-NATAL E SUA RELAÇÃO COM O DESFECHO DO PARTO EM ALAGOAS ENTRE 2014 E 2018

Lázaro Heleno Santos de Oliveira[1]
Evylee Hadassa Barbosa Silva[2]
Joicielly França Bispo[3]
Joyce Nayara Duarte da Silva[4]
Maria Tereza Nascimento de Lima[5]
Alba Maria Bomfim de França[6]
Ana Paula Rebelo Aquino Rodrigues[7]

RESUMO: O Pré-natal é a soma de medidas preventivas e de promoção da saúde, entretanto, alguns fatores podem contribuir para uma má Adequabilidade do Pré-natal (APN) e os fatores intrínsecos a este período estão associados a escolha da via de parto. Dessa forma, objetivou-se descrever a influência da idade e instrução materna sobre a adequabilidade do pré-natal e sua relação com o desfecho do parto em Alagoas entre os anos de 2014 e 2018. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo a partir dos dados disponíveis no Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), com análise estatística descritiva e a inferencial, utilizando o software BioEstat®, versão 5.0. De acordo com os resultados, percebe-se que a instrução e a idade materna exercem influência significativa sobre a APN. Evidenciou-se que uma APN adequada influiu num maior número de cesáreas, enquanto os PNs inadequados e intermediários apresentaram maior número de partos vaginais.
Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Parto. Parto Normal. Cesárea. Avaliação em saúde.

ABSTRACT: Prenatal care is the sum of preventive and health promotion measures, however, some factors may contribute to poor Prenatal Adequacy (APN) and the factors intrinsic to this period are associated with the choice of delivery method. Thus, the objective was to describe the influence of age and maternal education on the adequacy of prenatal care and its relationship with the outcome of delivery in Alagoas between the years 2014 and 2018. This is a cross-sectional, descriptive and retrospective study from the data available in the Live Birth Information System (SINASC), with descriptive and inferential statistical analysis, using the BioEstat® software, version 5.0. According to the results, it is clear that education and maternal age have a significant influence on APN. It was evidenced that an adequate APN influenced a greater number of cesarean sections, while inadequate and intermediate NPs had a higher number of vaginal deliveries.
Keywords: Prenatal care. I am leaving. Normal birth. Cesarean section. Health assessment.

Introdução

A assistência ao Pré-Natal (PN) consiste em acompanhar a mulher em um período específico de sua vida, em que diversos sentimentos e anseios se direcionam à hora do parto. Essa assistência contempla diversas medidas de cuidados gerais e de saúde, além dos aspectos psicológicos e sociais, com o intuito de promover a gestante uma evolução saudável de sua gestação (FEBRASGO, 2014).

[1] Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL). E-mail: lazarooliveria99@hotmail.com
[2] Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: evyleehadassa@gmail.com
[3] Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: joiciellybispo22@gmail.com
[4] Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: joyceeduarte.96@gmail.com
[5] Graduanda em Enfermagem pelo UNIT/AL. E-mail: dearmariatereza@gmail.com.
[6] Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e professora do Curso de Enfermagem do UNIT/AL. E-mail: albambf@hotmail.com
[7] Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde pela UFAL e professora do Curso de Enfermagem do UNIT/AL. E-mail: apaularebelo@hotmail.com

Os cuidados iniciam desde a confirmação da gravidez e a partir de então a gestante passa a ser assistida nas consultas de PN, devendo ser orientada no que diz respeito ao acompanhamento de sua gestação (BRASIL, 2017). A efetivação do PN é imprescindível, tanto para a prevenção, como para a detecção precoce de doenças, sejam elas maternas ou fetais, promovendo um desenvolvimento adequado para o bebê e colaborando com a redução dos riscos para a mulher (BRASIL, 2016).

Tendo em vista que as gestantes têm seu direito estrutural de acesso a um atendimento apropriado, qualificado e humanizado durante o período de gestação, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, considerando a inevitabilidade de aplicar ações destinadas a melhorias na assistência e no acompanhamento dessas mulheres, como também de desenvolver a organização e regulação do sistema, visando assegurar a saúde e diminuir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2000).

Incluído no ciclo dos cuidados da saúde reprodutiva, o PN é a soma de medidas preventivas, promoção da saúde, detecção de patologias e intervenção precoce em caso de risco, com o propósito de um bem estar físico e também psíquico, considerando que esse é um período de mudanças no corpo e também na mente da mulher, proporcionando, assim, o desenvolvimento seguro da gestação (FEBRASGO, 2014)

Conforme a Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, as consultas podem ser realizadas na unidade de saúde ou nas visitas domiciliares, sendo a primeira até a 24º semana da gestação, no entanto, o Ministério da Saúde indica que o mais adequado a ser feito é uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, totalizando seis consultas. A gestante deve ser orientada sobre o cartão da gestante, o calendário vacinal, solicitação de exames de rotina e sobre a participação em grupo (BRASIL, 2000).

Os resultados do estudo de Nunes e colaboradores (2016), apontam que na última década, houve um crescimento na cobertura da atenção do PN em quase todo o território nacional, entretanto, no que diz respeito à qualidade os índices, vem apresentando um grande nível de inadequação. Dessa forma, alguns fatores relacionados Adequabilidade do Pré-natal (APN) demonstram uma diminuição importante no que diz respeito a qualificação da assistência ao pré-natal.

Os dados revelados através da pesquisa de Tsunechiro e colaboradores (2018), demonstraram resultados satisfatórios em alguns fatores isolados sobre os indicadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, relacionados à assistência ao PN, como a quantidade de consultas e realização de exames. Porém, ao analisar os indicadores no geral é notado uma diminuição acentuada na APN.

Alguns dos fatores que podem contribuir para uma má APN, são os fatores socioeconômicos e dificuldades no acesso aos serviços, o que proporciona a não adesão ao pré-natal. Outras barreiras importantes são relacionadas diretamente às gestantes, em que fatores como a idade e baixa escolaridade podem representar dificuldades no aceitamento da gestação e

desacreditar do atendimento, o que tende a influenciar na adesão ao programa (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

De acordo com Carvalho; Cerqueira (2020) existe a necessidade de se expandir o acesso ao PN, com medidas que proporcionem uma melhor APN, pois, vários fatores intrínsecos ao período PN estão associados a escolha da via de parto, sendo imprescindível que durante o acompanhamento do PN haja uma discussão sobre esses fatores, para que dessa forma as gestantes tenham informações suficientes para tomar a decisão sobre o tipo de parto que elas desejam ter de fato.

Tostes; Seidl (2016) reafirmam que existe a necessidade de uma maior atenção para a adequação do PN, tendo em vista que a maioria das grávidas afirmam ter uma preparação insuficiente para o parto. Portanto, esse estudo se justifica, diante da necessidade de maiores estudos acerca da APN, pois, conforme os estudos de Nunes e colaboradores (2016) a atenção ao PN no Brasil não se mostrou adequada, o que demonstra a necessidade de melhorias qualitativas nesse contexto.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo descrever a influência da idade e instrução materna sobre a adequabilidade do pré-natal e sua relação com o desfecho do parto em Alagoas entre os anos de 2014 e 2018.

Desenvolvimento

Procedimentos metodológicos

Consiste em um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado através de dados referentes a adequabilidade do pré-natal em Alagoas disponíveis no Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), acessado através do site de Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados no mês de julho de 2020, sendo referentes aos anos de 2014 a 2018 no estado de Alagoas. Foi empregada a variável dependente: “adequabilidade do pré-natal” e como variáveis independentes: idade, instrução da mãe, via de parto e número de filhos.

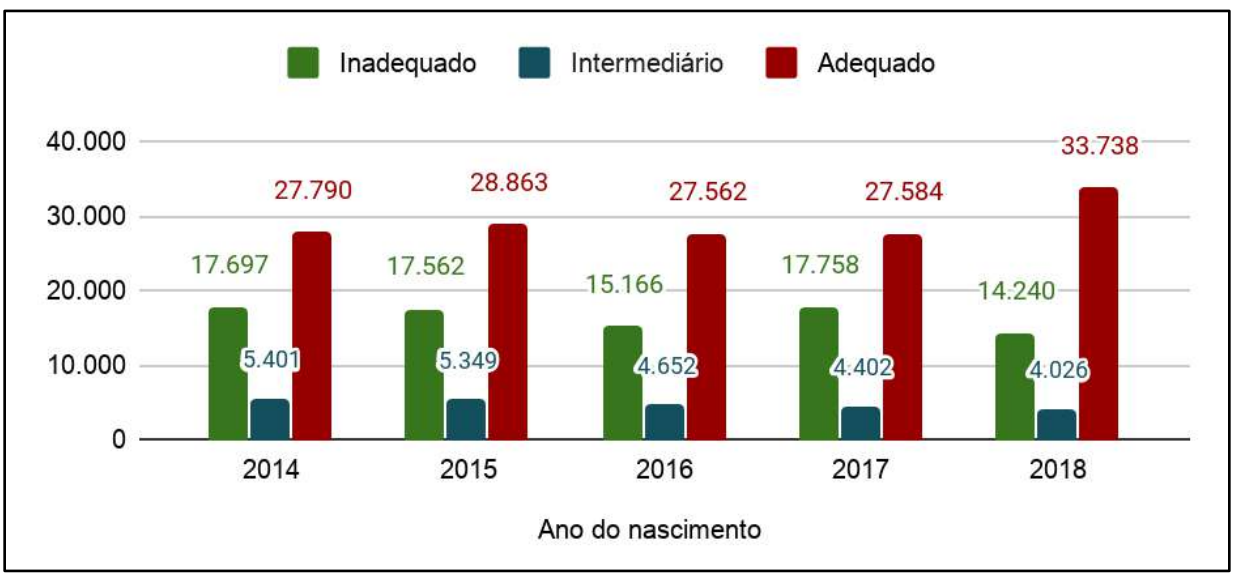
A análise dos dados foi realizada em duas etapas: a análise descritiva e a interferencial utilizando o *software* BioEstat®, versão 5.0. O método aplicado para a execução da estatística descritiva compreendeu a aplicação de média e frequências relativas e absolutas. Na estatística inferencial foi empregado o uso da correlação de Pearson, no sentido de identificar a associação linear entre duas variáveis.

Resultados e discussão

Conforme apresentados os dados de Adequação quantitativa de pré-natal (APN), o que caracteriza o início do PN no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de PN, colhidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), levando em conta os últimos 5 (cinco) anos disponíveis (2014 a 2018), obteve-se o gráfico 1.

Considerando que inadequado compreende os PNs não realizados e realizados inadequadamente, como também os não classificados no SINASC. Já os considerados adequados são os PNs realizados adequadamente ou mais que adequadamente. Por fim os Intermediários que seguem a mesma classificação do SINASC. A partir da análise do Gráfico 1, nota-se que o ano que apresentou o maior número de PNs adequados foi 2018 (33.738), em relação ao Intermediário, o ano de destaque é 2014 (5.401) e o ano que teve o maior número Inadequado foi 2017 (17.758).

Gráfico 1. Distribuição da Adequação quantitativa de pré-natal em Alagoas, de 2014 a 2018.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, julho/2020.

No que se refere à instrução materna, definiu-se como instrução baixa aquelas que apresentavam de 0 (zero) a 3 (três) anos de estudos e os casos ignorados, como instrução média de 4 (quatro) a 11 (onze) anos de estudos e como instrução alta de 12 (doze) anos ou mais.

A partir da análise da Tabela 1, observa-se que em relação a instrução materna média e APN inadequada, há uma correlação baixa (r=0,4507) e que sua influência sobre a APN é de R^2=20,31%. Já a correlação entre APN Intermediária e instrução alta, apresentou uma correlação forte e negativa (-0.7525), indicando que quanto maior a instrução materna, menos PNs intermediários ocorrem, ao observar o R^2, nota-se que a instrução alta influência 56,63% a APN Intermediária.

Em contrapartida, a APN Adequada e Instrução alta apresentam uma correlação forte, porém positiva (0,7560), indicando que quanto maior a instrução materna, mais PNs adequados ocorrem. Através do R^2 é possível notar que Instrução materna alta influência 57,15% a APN Adequada.

Tabela 1. Coeficiente de Correlação de Pearson entre variáveis Instrução da mãe e Adequação quantitativa de pré-natal.

		Adeq. inadequada e Instrução materna	Adeq. intermediária e Instrução materna	Adeq. adequada e Instrução materna
r (pearson)	Baixa	-0.1301	-0.0738	0.6723
	Média	0.4507	0.5190	0.2240
	Alta	-0.4119	-0.7525	0.7560
R^2	Baixa	0.0169 (1,69%)	0.0054 (0,54%)	0.4520 (45,20%)
	Média	0.2031 (20,31%)	0.2694 (26,94%)	0.0502 (5,02%)
	Alta	0.1697 (16,97%)	0.5663 (56,63%)	0.5715 (57,15%)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, julho/2020.

A Tabela 2 toma por definição como Adolescente as mães de 10 (dez) a 19 (dezenove) anos, já as de Idade adequada, as mães de 20 (vinte) a 34 (trinta e quatro) anos, por fim, as mães de 35 (trinta e cinco) a 64 (sessenta e quatro) anos mais os ignorados são definidos como Extremo superior.

A partir da análise da Tabela 2, foi observada uma forte influência entre Adolescente e APN inadequada com um R^2=0.5177 (51,77%), e intermediária com um R^2=0.9388 (93,88%). Sendo que a influência mais significativa da APN adequada, foi com a Idade adequada, com um R^2=0.6104 (61,04%). Apesar disso, o Extremo superior apresentou uma influência ainda maior, com um R^2=0.8502 (82,02%), porém, esse dado não irá ser considerado no presente estudo como o mais relevante, visto que os dados ignorados também estão incluídos junto a essa faixa etária.

Tabela 2. Coeficiente de Correlação de Pearson entre variáveis idade materna e Adequação quantitativa de pré-natal.

		Adeq. inadequada e idade materna	Adeq. intermediária e idade materna	Adeq. adequada idade materna
r (pearson)	Adolescente	0.7195	0.9689	-0.4303
	Idade adequada	-0.0938	-0.2055	0.7813
	Extremo superior	-0.4705	-0.6509	0.9220
R^2	Adolescente	0.5177 (51,77%)	0.9388 (93,88%)	0.1852 (18,52%)
	Idade adequada	0.0088 (0,88%)	0.0422 (4,22%)	0.6104 (61,04%)
	Extremo superior	0.2214 (22,14%)	0.4236 (42,36%)	0.8502 (82,02%)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, julho/2020.

Ao que se refere à correlação da adequabilidade do PN com a via de parto, a Tabela 3 descreve que PNs realizados de forma inadequada e intermediária apresentaram desfechos com maior número de partos por via vaginal, respectivamente 17,2% e 5,06%. Os PNs caracterizados como adequados tiveram maiores taxas de partos cesarianos (34,3%), demonstrando que quanto maior a adequabilidade dos PNs mais desfechos com partos cesarianos ocorrem.

Tabela 3. Correlação entre Via de parto e Adequação quantitativa de pré-natal.

Tipo de parto	adeq. inadequada		Intermediário		adeq. Adequada	
	n	%	n	%	n	%
Vaginal	43.449	17,2	12.765	5,06	59.027	23,4
Cesário	38.736	15,3	11.036	4,3	86.374	34,3
Ignorado	238	0,09	29	0,01	136	0,05

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, julho/2020.

De acordo com os dados analisados, é possível afirmar que o ano onde houve um maior número de PNs adequados em Alagoas foi 2018. Em 2014, se destacou o Intermediário e 2017 teve o maior número de inadequados. Esses dados mostram uma melhora na qualidade do PN em Alagoas no decorrer dos anos, porém ainda devem ser analisadas as causas associadas a essa melhora.

Em relação à instrução materna, foi observado que uma instrução mais alta influencia significativamente a APN Adequada. No estudo realizado por Mario e colaboradores (2019), referente a qualidade da assistência PN no Brasil, foi evidenciado que as mulheres com nível médio (86,8%) tinham uma maior prevalência de PN de qualidade, quando comparadas às mulheres sem instrução. Esse alto índice de escolaridade média associada à APN adequada também foi observada por outros estudos brasileiros (GONÇALVES *et al*., 2018; MEDEIROS *et al*., 2019; ESPOSTI *et al*., 2020).

Essa influência da instrução materna na APN também foi encontrada em pesquisas de outros países. Em um estudo realizado com registros de 100% dos nascimentos de residentes nos Estados Unidos em 2016, foi verificado que 83,6% das mulheres com um diploma de bacharel ou superior recebiam pelo menos um PN adequado, quando comparado com 62,9% das mulheres com menos de um ensino médio (OSTERMAN; MARTIN, 2018).

Em outro estudo, realizado por Reis e colaboradores (2015) em um país na África Central, foi relatado que quanto maior o nível educacional, maior a possibilidade de receber um atendimento adequado. Os autores ainda evidenciaram que mulheres com nível superior possuíam cinco vezes mais chances do que aquelas que não tinham qualquer nível de instrução. O mesmo foi observado por Heredia-Pi e colaboradores (2016), em um estudo feito no México, ao analisar que as mulheres que receberam cuidados PNs tinham mais anos de estudo.

No que se refere a idade materna e APN, foi encontrado nesta pesquisa uma influência significativa da idade adequada na APN adequada, sendo a idade adequada aquela correspondente a mulheres entre 20 e 34 anos. Esse resultado condiz com o de outros estudos brasileiros, como o estudo epidemiológico transversal desenvolvido na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, localizada na região nordeste do Brasil, evidenciou uma maior APN adequada em mulheres entre 19 e 29 anos (SILVA *et al*., 2019).

Já em outro estudo transversal realizado no Estado do Espírito Santo, localizado na região sudeste do Brasil, o maior índice de APN adequada foi encontrado em mulheres de 20 a 34 anos (ESPOSTI *et al*., 2020). Com isso, é possível observar que há uma média de idade das mulheres que recebem um PN mais adequado no Brasil.

Contudo, é perceptível que em estudos de outros países, há uma variação com relação à faixa etária e a APN. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, foi verificado que a faixa etária da mulher influenciava na APN. De acordo com o estudo, mulheres com menos de 15 anos possuíam menos chances de receberem atendimento adequado (41,6%) comparado com mais de três em cada quatro mulheres com 25 anos ou mais (76,0%-79,8%) (OSTERMAN; MARTIN, 2018).

Enquanto que em um estudo desenvolvido na África, mulheres com uma maior idade tinham uma menor probabilidade de receber um atendimento PN adequado, ou seja, mulheres na faixa etária menor que 20 anos apresentaram 82% de chances de terem um PN adequado quando comparadas às mulheres com 35 anos ou mais (REIS *et al*., 2015).

Com relação à via de parto, foi encontrado no presente estudo que PNs realizados de forma inadequada e intermediária apresentaram desfechos com um maior número de partos por via vaginal. Enquanto que os PNs caracterizados com uma maior adequabilidade tiveram maiores taxas de partos cesarianos. Apesar disso, é importante avaliar quais os fatores que ocasionaram esses desfechos.

Leal e colaboradores (2020) abordaram em seu estudo a relação do PN com resultados obstétricos. Os autores descreveram que houve uma variação regional importante no Brasil com relação à atenção PN, evidenciando uma alta taxa de cesariana em todas as regiões. A região Centro-Oeste foi quem apresentou a maior taxa de cesariana (49,5%) e a Nordeste, a menor (41,6%). As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram o maior índice de PN com início precoce, e a Sudeste, a maior cobertura de PN com pelo menos seis consultas. Sendo que as regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores prevalências de APN adequado.

Devido a todo o processo do parto e a falta de conhecimento, a gestante se encontra vulnerável, fazendo com que a mesma não reconheça sua autonomia e seu potencial de decisão durante esse período. Associado a isso, diversos fatores acabam influenciando a gestante na escolha do tipo de parto, como por exemplo: experiências anteriores, opiniões de amigos/familiares e influência médica, ausência do diálogo sobre o assunto durante o PN, interesse, curiosidade, tradições culturais, entre outros (NASCIMENTO *et al*., 2015; CARVALHO; CERQUEIRA, 2020).

Através da influência desses fatores, a gestante não consegue entender ou até mesmo conhecer os benefícios do parto vaginal e presume que a cesariana é o mais indicado para ela e o bebê (WEIDLE *et al*., 2014). Em vista disso, a equipe de saúde deve aceitar a escolha da paciente ou intervir em situações onde a mãe e/ou o feto estejam em risco (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Apesar disso, o entendimento das gestantes sobre as vias de parto se relaciona com a forma como o conhecimento sobre esse assunto é transmitido para as mesmas. Por isso, o PN existe como um instrumento de extrema importância nesse processo educativo (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014). No entanto, o mesmo ainda não é reconhecido da forma como deveria.

Estudos mostram que há uma falta de informação às gestantes referente a escolha da via de parto. Foi evidenciado em um estudo transversal feito por Silva e colaboradores (2019), em que menos da metade das mulheres receberam orientações sobre o tipo e os sintomas do parto e da amamentação, enquanto que somente 25% frequentaram ações educativas PNs. Em outro estudo, 76,5% das mulheres não foram orientadas quanto ao tipo de parto (MEDEIROS *et al*., 2019).

No estudo transversal desenvolvido por Gonçalves e colaboradores (2018), foi evidenciado que mais da metade das mulheres (52%) não receberam nenhuma orientação sobre o parto durante as consultas PNs, sendo que 38,2% destas estavam gestantes do primeiro filho. O estudo ainda verificou que mulheres que possuíam antecedentes de cesárea foram menos orientadas (20,9%) para o parto durante as consultas quando comparadas às mulheres com parto normal anterior (43%).

Ainda no mesmo estudo, os autores observaram que entre as mulheres com mais de seis consultas, 81,7% revelaram não terem sido orientadas para o parto ao longo do PN. Sendo que aquelas mulheres que tiveram um intervalo de até 15 dias entre a última consulta e o parto foram melhor orientadas sobre o mesmo (80,8%). Já entre aquelas que não receberam nenhuma orientação para o parto (52%), a inadequação do PN teve uma taxa de 30,1% (GONÇALVES *et al*., 2018).

Em decorrências de todos esses fatores abordados, é perceptível que há uma influência da idade e instrução materna na APN bem como na escolha da via do parto. Guimarães e colaboradores (2017) evidenciaram isso em seus resultados, ao descrever que a prevalência de cesarianas por tipo de hospital foi de 38,1% em hospitais públicos e de 92,8% em privados. Na qual os partos vaginais eram mais frequentes entre mulheres mais jovens, multíparas solteiras e com ensino médio. Enquanto que as cesarianas eram mais frequentes com mulheres um pouco mais velhas, multíparas casadas e com alto nível de escolaridade.

Considerações Finais

Percebe-se que a instrução e a idade materna exercem uma influência significativa sobre a APN. Observou-se que mulheres com maior instrução apresentam índices mais elevados de adequação e em relação a idade, aquelas com os índices de adequabilidade inadequado e intermediário foram em sua maioria adolescentes.

Evidenciou-se ainda que a APN expressa influência sobre a via de parto, pois uma APN adequada influiu em um maior número de cesáreas, enquanto os PNs realizados de forma inadequada e intermediária apresentaram desfechos com um maior número de partos por via vaginal. O que leva a necessidade de avaliar quais os fatores que levaram a esses desfechos.

Conclui-se que, no geral, os dados apontam uma melhora na APN em Alagoas entre os anos de 2014 e 2018, entretanto, ainda persiste a necessidade de analisar com maior profundidade as causas dessas melhorias, para melhor compreensão das medidas que podem ser eficazes para a ampliação de um PN de qualidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Importância do pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. **Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/artigos/823-assuntos/saude-para-voce/40756-pre-natal. Acesso em: 30 jul. 2020.

CARVALHO, Silas Santos; CERQUEIRA, Raiane Farias Nunes. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 63, p. 120-128, 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6315. Acesso em: 30 jul. 2020.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli *et al*. Desigualdades sociais e geográficas na realização do pré-natal em uma região metropolitana do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1735-1750, mai. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32402040/. Acesso em: 30 jul. 2020.

FEBRASGO. Manual de assistência pré-natal. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

GONÇALVES, Mariana Faria *et al*. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, e0063, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401. Acesso em: 30 jul. 2020.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça *et al*. Factors associated to the type of childbirth in public and private hospitals in Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 3, p. 571-580, jul. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000300571 -. Acesso em: 30 jul. 2020.

HEREDIA-PI, Ileana et al. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. Bull World Health Organ, v. 94, n. 6, p. 452-461, jun. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27274597/. Acesso em: 30 jul. 2020.

LEAL, Maria do Carmo *et al*. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev de Saúde Pública**, v. 54, p. 8, jan. 2020. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt. Acesso em: 30 jul. 2020.

MARIO, Débora Nunes *et al*. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, mar. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30892541/. Acesso em: 30 jul. 2020.

MEDEIROS, Fabiana Fontana *et al*. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 204-211, dez. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31851255/. Acesso em: 30 jul. 2020.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do *et al*. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 119-126, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

NUNES, Juliana Teixeira *et al*. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

OSTERMAN, Michelle JK; MARTIN, Joyce. Timing and Adequacy of Prenatal Care in the United States, 2016. **Natl Vital Stat Rep**, v. 67, n. 3, p. 1-14, mai. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29874159/. Acesso em: 30 jul. 2020.

REIS, Patrícia Alexandra da Graça Dantas dos *et al*. Fatores associados à adequação do cuidado pré-natal e à assistência ao parto em São Tomé e Príncipe, 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1929-1940, set. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26578017/. Acesso em: 30 jul. 2020.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva; BARBOSA, Vanilda Silva de Souza; LIMA, Anderson Luiz da Silva. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. **Revista Recien.**, São Paulo, v. 7, n. 21, p. 21-29, 2017. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239/326. Acesso em: 30 jul. 2020.

SILVA, Esther Pereira da *et al*. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. **Rev Saude Publica**, v. 53, p. 43, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31066821/. Acesso em: 30 jul. 2020.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev. enferm. UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, jan.-mar. 2014. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27263**.** Acesso em: 30 jul. 2020.

TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

TSUNECHIRO, Maria Alice *et al*. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 4, p. 771-780, dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292018000400771&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2020.

WEIDLE, Welder Geison *et al*. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

Capítulo 4

A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO: O QUE DIZEM OS ESTUDOS?

THE FATHER'S PARTICIPATION IN THE BREASTFEEDING PROCESS: WHAT DO THE STUDIES SAY?

Tayanne de Sousa Soares [1]
Ana Aline da Silva Lopes[2]
Aline de Souza Pereira[3]
Meyssa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall[4]
Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra[5]
Thalita de Sousa Castro[6]
Lia Guedes Bravo[7]

RESUMO: O estudo tem como objetivo delinear o que as produções cientificas discutem acerca da participação paterna no apoio ao processo de aleitamento materno. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura utilizando como fonte de pesquisa a biblioteca digital: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e o portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Bireme). Critérios de inclusão: manuscritos publicados na íntegra, disponíveis em idioma português, publicados entre 2010 e 2019 e que apresentassem coerência com o objetivo da presente pesquisa. Obteve-se um total de 11 estudos que possibilitaram a criação das categorias: "Conhecimento paterno acerca do aleitamento materno" e "A participação paterna no processo de amamentação". A análise do conteúdo dos estudos mostrou que os pais apresentam conhecimento superficial sobre o processo de amamentação e que não são orientados, inseridos e incentivados pelos profissionais a contribuir na amamentação, refletindo nas dificuldades que este tem em prestar apoio no aleitamento materno.
Palavras-chave: Aleitamento Materno. Paternidade. Amamentação.

ABSTRACT: The study aims to outline what scientific productions discuss about paternal participation in supporting the breastfeeding process. A narrative literature review was performed using the digital library: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and the Virtual Health Library - VHL (Bireme) portal as a research source. Inclusion criteria: manuscripts published in full, available in Portuguese, published between 2010 and 2019 and which were consistent with the objective of this research. A total of 11 studies were obtained that enabled the creation of the categories: "Father's knowledge about breastfeeding" and "Father's participation in the breastfeeding process". The analysis of the content of the studies showed that parents have superficial knowledge about the breastfeeding process and that they are not guided, inserted and encouraged by professionals to contribute to breastfeeding, reflecting the difficulties that this has in providing support in breastfeeding.
Keywords: Breastfeeding. Paternity. Breast-feeding.

Introdução

A organização mundial de saúde (OMS) e o Ministério da Saúde no Brasil preconizam que os recém-nascidos sejam amamentados exclusivamente até os seis meses (o que reduz consideravelmente os riscos de infecções e mortalidade infantil durante esse período), devendo a criança continuar a receber o leite materno até os dois anos de idade (OMS, 2017; BRASIL, 2018). No Brasil, as atividades direcionadas ao bem-estar materno-infantil têm se destacado entre as

[1] Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UECE. E-mail: tayanne-soares@hotmail.com.
[2] Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UECE. E-mail: aninha_lopess@yahoo.com.br.
[3] Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UECE e docente do Centro Universitário Christus. E-mail: szp.aline@gmail.com.
[4] Doutora em Ciencias Médico-cirúrgicas pela UFC. E-mail: mequezado@gmail.com.br.
[5]Doutoranda em Obstetrícia pela Unifesp. E-mail: bellesombra@gmail.com.
[6]Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UECE. E-mail: thalitaacastro93@gmail.com.
[7] Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e saúde pela UECE. E-mail: guedes.bravo@hotmail.com.

políticas públicas de saúde do país, mas não restam dúvidas de que medidas de proteção, promoção e adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) devam ser fortalecidas (BATTAUS; LIBERALI, 2014).

Sob este viés, o processo de amamentação nos primeiros momentos de vida da criança é considerado uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no país. Além disso, o contato precoce do recém-nascido com a mãe e toda sua base familiar nos primeiros minutos de vida torna-se relevante para a consolidação do vínculo mãe-bebê, assim como da conexão pai/bebê que é importante no sentido de aumentar a duração do aleitamento materno, reduzindo a mortalidade neonatal (RESENDE et al., 2014).

É notório na sociedade que todos os vínculos além dos pertinentes à mãe e filho apresentam-se como secundário e distante do processo de amamentação, principalmente no que enfoca a participação paterna. Todavia, vale ressaltar que o auxílio da figura paterna nos cuidados relacionados a criança pode vir a proporcionar uma interação precoce mais acentuada entre pai e bebê, este hábito de convivência certamente beneficia o desenvolvimento saudável da criança e de maneira geral transmite segurança materna (RESENDE et al., 2014)

Segundo Rêgo et al. (2016), o conceito de pai tem se modificado nos últimos anos, em razão das transformações pelas quais o mundo está passando, especificamente na área de atuação política, econômica, científica e cultural. Em vista disso, o papel do pai em meio ao núcleo familiar sempre foi associado à função de fornecer a família suas necessidades materiais e assegurar a ordem entre os mesmos. No entanto, a colaboração paterna em detrimento de suas responsabilidades de fato não é mais a mesma, na sociedade atual este além de ser responsável pelo sustento da família, apresenta agora, as funções de companheiro, cuidador, protetor e participa ativamente de todas as etapas de construção familiar.

Dessa maneira, percebe-se que a o processo de enaltecimento da participação paterna e a valorização da proximidade do mesmo para com a mãe e o filho, desde o período de pré-natal, a quebra de barreiras de adaptação e cuidados ao filho e à puérpera, vem a contribuir extensivamente no manejo da amamentação, e por conseguinte colabora evitando o desmame precoce, problemática que se mostra presente nos dias atuais (RÊGO, 2016).

Portanto, é evidente que nos últimos anos a participação masculina nas diversas etapas do processo reprodutivo e pós-natal tem ganhado grande evidência, isso justifica o fato de se multiplicarem estudos nesta área, justamente com enfoque sobre o papel do homem no contexto da saúde, dos direitos sexuais, assim como reprodutivos (SALVADOR et al., 2012).

A participação paterna configura-se, como um grande desafio e esta temática ainda é pouco explorado no Brasil, posto que as pesquisas têm enfoque principal sobre o binômio mãe e filho, e acaba por negligenciar muitas vezes a atuação do pai nesse contexto.

O estudo tem como objetivo delinear o que as produções cientificas discutem acerca da participação paterna no apoio ao processo de amamentação.

Metodologia

O presente estudo utilizou a revisão integrativa da literatura, foram percorridas as seguintes etapas, sendo a primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese; Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Quinta etapa: interpretação dos resultados; Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO,2008).

O processo de formação da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a elaboração de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente significância para nortear a elaboração do estudo. Ficou estabelecido a seguinte indagação: Quais as evidências científicas acerca da participação paterna no processo de AME?

Nesse contexto, tendo em vista a compreensão do método de pesquisa, optou-se por fazer um levantamento bibliográfico, tendo como fonte de estudo a biblioteca digital: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e o portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Bireme), que agrupa diferentes bases de dados, sendo priorizadas as bases de dados, tais como Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Coerentemente, na estratégia de identificar os estudos relacionados com a temática em estudo, foram empregadas nas bases de dados anteriormente citadas os seguintes descritores: “Aleitamento Materno”, “Pai” e “Amamentação”, agregados através do operador booleano “and”; sendo estes validados conforme a plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde.

De maneira sequencial, foram utilizados como critérios de inclusão dos estudos: manuscritos publicados na íntegra, disponíveis em idioma português, publicados no período de 2010 a 2019, e que, de fato, apresentassem coerência com o objetivo da presente pesquisa. Por outro lado, como critérios de exclusão foram descartados estudos duplicados nas respectivas bases de dados mencionadas, revisões, editoriais, monografias, dissertações, teses e aqueles que não respondiam à questão da pesquisa.

Diante das pesquisas conforme o uso dos descritores e seleção dos filtros no portal de pesquisa foram listados um total de 40 artigos nas respectivas bases de dados mencionadas anteriormente, sendo 21 estudos na LILACS; 10 artigos na BDENF; e 9 obras na base de dados do SciELO.

Sequencialmente, os estudos identificados e pré-selecionados foram avaliados quanto ao resumo e conteúdo completo quanto a sua relevância e possibilidade de seleção.

Desse modo, uma vez realizada a análise desses, foram selecionadas 11 obras que tinham relevância e relação com o objetivo da pesquisa, sendo seis artigos da base de dados LILACS; três da BDENF; e dois estudos do banco de dados da SciELO.

Após a seleção da amostra, os artigos coletados foram organizados e sumarizados de forma concisa. Foi realizada uma coleta de dados dos seguintes elementos: título, autores, revista

e ano, tendo em vista a identificação dos estudos, assim como foram coletados os dados relacionados ao objetivo, delineamento da pesquisa, nível de evidencia científica, resultados e as principais considerações de cada estudo a fim de permitir o acesso rápido e fácil de informações e facilitar a análise crítica dos resultados encontrados mediante a problemática do presente estudo.

Os estudos foram avaliados quanto à legitimidade, qualidade metodológica e relevância dos dados e foram apresentados em quadros com informações importantes de cada artigo, possibilitando a análise, comparação dos mesmos e a síntese do conhecimento, aos quais permitiram cruzar as informações retiradas dos artigos e mostrar os avanços no conhecimento bem como suas falhas.

A etapa de análise dos resultados corresponde à fase de discussão dos principais resultados na revisão integrativa. Logo, os resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos foram analisados, interpretados e debatidos no desenvolvimento do estudo.

Por fim, a última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

Portanto, para melhor discutir o enfoque dos trabalhos analisados, optou-se pela discussão das categorias a fim de facilitar a compreensão e a síntese do conhecimento.

Resultados

Os estudos selecionados quanto ao período em que foram publicados, observou-se que o ano de 2018 com 4 (36,36%) estudos apresentou-se com o maior número de publicações, sendo seguidos por 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2016 e 2017, cada período com uma (9,09%) obra científica publicada.

Tratando-se do periódico dos estudos, nota-se que, dentre a amostra da presente pesquisa, há uma grande variedade de revistas, sendo a Rev. Eletrônica de Enfermagem predominante com 2 (18,18%), seguida da Revista Médica de Minas Gerais; Rev. paul. Pediatr.; Bioscience Journal; Acta Paulista de Enfermagem; Cogitare Enfermagem; Journal of Nursing and Health; Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro; Revista Enfermagem UERJ; e Rev. Méd. Minas Gerais, cada qual com um estudo.

Ademais, no que tange ao local de identificação das produções científicas, ou seja, a base de dados, observou-se que a LILACS foi predominante com 6 (54,54%) artigos, seguidos da BDENF com 3 (27,27%) estudos e SciELO com 2 (18,18%) obras.

Para melhor apresentação das ideias relevantes avaliadas e codificadas nesta pesquisa, foram desenvolvidas as categorias: “Conhecimento paterno acerca do aleitamento materno” e “A participação do pai no processo de amamentação”, cujo podem ser compreendidas logo abaixo.

Conhecimento paterno acerca do aleitamento materno

A amamentação é um processo complexo e multifatorialmente determinado, ao qual conhecer o seu significado, seus benefícios e aos aspectos que envolve sua prática constitui um fator essencial para o processo de amamentar (TELES et al., 2017).

Nesse contexto, no que se refere ao saber dos pais sobre o processo de amamentação, Pinto et al., (2018) colocam que a maior parte dos pais que faziam parte da amostra de sua pesquisa apresentavam algum tipo de conhecimento sobre o aleitamento materno, como por exemplo, as suas vantagens e sua importância para a saúde e o desenvolvimento do bebê, bem como a economia que o aleitamento materno proporciona. Por outro lado, vale ressaltar que os autores ressaltam que uma parcela apresentava desconhecimento sobre o assunto. Nessa conjuntura, tal pensamento reforça o quão é necessário estudar e conhecer melhor a compreensão dos pais sobre a lactação.

Quando se fala de amamentação, diversos são os aspectos que envolvem esta prática, principalmente, quando esta se trata de aleitamento materno exclusivo. O conceito de amamentar exclusivamente pressupõe que a criança receba apenas o leite materno, sem adição de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos (exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou outros medicamentos), devendo esta ação ser mantida por seis meses, conforme recomendam os estudiosos e entidades que defendem a lactação exclusiva (LIMA, 2013)

Para Silveira, Barbosa e Vieira et al. (2018), tratando-se do conhecimento dos pais sobre o processo de amamentar exclusivamente, nota-se que apenas 4,27% dos pais souberam informar o período de aleitamento materno recomendado pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil. Este achado implica dizer que o apoio do paterno pode estar vulnerável e deve ser trabalhado a conscientização do pai sobre o período certo a fim de que possa auxilia a mãe na amamentação.

Para fortalecer as implicações do pensamento no parágrafo anterior, o estudo de Piazzalunga e Lamounier (2011), ao buscar compreender, sob a ótica paterna e no contexto familiar, o papel que o pai exerce durante o aleitamento materno observa-se que quanto mais o pai dispõe de conhecimento sobre as vantagens e o manejo da amamentação, bem como os aspectos que possam interferir a prática de amamentação, mais eles incentivam a mãe a dar somente o leite materno.

Paula, Sartori e Martins (2013), ao investigar o conhecimento do pai acerca do aleitamento materno, observa-se que estes já expressaram pouco conhecimento a respeito dos benefícios do aleitamento para a criança e para a mãe. Diante desse resultado, reforça-se a necessidade de implementação de ações de saúde, pois, se o pai conhecesse os benefícios biológicos, econômicos e psicológicos para o filho e toda a família provavelmente seria grande parceiro nesse processo, incentivando e contribuindo com o aleitamento de seu filho.

Segundo Lima et al. (2017), o envolvimento paterno na amamentação, nos determinados 10 dias após o parto, é fundamental para que aconteça a continuidade do aleitamento materno, fato este justificável devido às dificuldades que normalmente podem ocorrer na amamentação.

Dessa forma, constata-se que é de suma importância ao saber dos pais sobre os fatores facilitadores e os que podem vir a dificultar esse processo, posto que o saber paterno ainda é limitado e faz-se necessário que se forme um elo entre mãe, pai e bebê desde a gestação. Nesse contexto, o diálogo ativo e constante do pai com a nutriz ainda na fase de preparação para a maternidade encorajaria a mãe a amamentar por mais tempo, a aprovação e o conhecimento do pai em relação a amamentação é um fator primordial para o sucesso desta prática.

A prática de amamentar filho adequadamente é cercada de diversos fatores que podem influenciar negativamente e ocasionar o desmame precoce (VALENTINA et al.,2015). Logo, no que faz referência ao saber dos pais sobre as dificuldades ou pontos que possam prejudicar a amamentação, Pinto et al., descreve que estes pouco compreendiam sobre o assunto e que diante das dificuldades sua vivência nesse momento é repleta de insegurança e também de despreparo para os desafios que a amamentação pode trazer.

Ao analisar a obra de Teston et al. (2018), no que faz referência a experiência do pai sob a perspectiva do cuidado centrado na família, foi possível perceber que, uma das dificuldades apontadas pela figura paterna é que há momentos e situações em que a paternidade representa um período de grande responsabilidade na vida do homem, então por este motivo, sente-se pouco participativos durante o processo gravídico-puerperal, uma vez que a gestação ao seu ver é sentida fisiológica e anatomicamente exclusivamente pela mulher. Ademais, alguns pais destacam que, outra dificuldade ocorre ao longo das consultas de pré-natal que acompanharam, onde os quais não receberam nenhuma orientação sobre aleitamento materno, por parte dos profissionais de saúde e o último aspecto é a foto de não conseguir conciliar os horários de trabalho com tais consultas.

Nessa conjuntura, mesmo diante das dificuldades apontadas na obra do autor anterior, Fazio et al. (2018), reitera que apesar destes aspectos os pais demonstram satisfação em acompanhar e apoiar o aleitamento materno, pois esse processo representa, sobretudo, uma experiência marcante, justamente pela vivência de estar constantemente junto da mulher e do filho e de acompanhar completamente o seu desenvolvimento.

Por fim desta categoria, ressalta-se que quanto à forma de conhecimentos e informações sobre o período e a amamentação, estes pouco obtiveram orientações profissionais, sendo que no tocante a fonte de informação, observou-se a televisão como um dos principais achados (CABRAL et al., 2013; RESENDE et al., 2014). Acredita-se que esta situação esteja relacionada ao distanciamento do homem com as unidades de saúde e falta de engajamento deste com as atividades da mulher no ciclo gravídico-puerperal, contudo, levando em consideração que as unidades básicas de saúde são a porta de entrada para conscientização da população sobre variados assuntos relacionado a saúde, entende-se ser, primordial maior treinamento dos profissionais de saúde e envolvimento destes na busca de estratégias e meios para conscientizar os pais sobre amamentar adequadamente.

A participação do pai no processo de amamentação

A prática do aleitamento materno é uma ação que está fortemente influenciada pelo ambiente em que a mãe está inserida e para obter sucesso no estabelecimento e manutenção dessa prática é necessário o apoio dos profissionais de saúde, bem como do suporte familiar (LEAL et al. 2016).

Nessa conjuntura, estudos descrevem que a participação do pai, em conjunto com a mãe, nos cuidados com o recém-nascido fortalece a prática de aleitamento materno (SILVA et al., 2012; RESENDE et al., 2014; RÊGO et al., 2016; LIMA; CAZOLA; PÍCOLI et al., 2017; FAZIO et al., 2018).

Para melhor didática e fortalecimento do pensamento anterior os autores,Teston et al., (2018) colocam que o pai, pode atuar executando ações simples que favoreçam o emprego de um ambiente tranquilo e acolhedor para que a mulher possa amamentar, fornecendo suporte emocional e físico à puérpera, auxiliando no posicionamento do bebê de maneira a desempenhar mais conforto à mãe, como também dialogando sobre possíveis situações e/ou motivos que levam à ansiedade e insegurança durante todo esse processo. Sob este viés, conhecer como o pai percebe sua função no contexto do aleitamento materno e os possíveis obstáculos frente a essa prática podem dar subsídio ao estabelecimento de estratégias que favoreçam a amamentação.

Segundo Piazzalunga e Lamounier (2011), a figura paterna pode, uma vez iniciada a amamentação, participar auxiliar a sua companheira com apoio verbal e elogios, para assegurar a amamentação positiva. Para os autores citados, as mulheres identificam as atitudes encorajadoras e assistenciais dos homens com as crianças como condutas de apoio à amamentação. Diante desse ponto, é importante que os profissionais se atentem para orientações sobre como o pai pode ajudar no aleitamento materno e que a figura paterna possa trabalhar as orientações recebidas, pois nota-se o quão é importante a sua participação no apoio a companheira para o processo de lactação exclusiva segura e positiva para os envolvidos.

A literatura mostra que o apoio oferecido pelo pai no processo de amamentação é de grande valor; este pode ser manifestado por meio do auxílio nas atividades domésticas, ou até mesmo por meio do cuidado com os outros filhos, reduzindo, desse modo, a carga sobre a puérpera e deixando-a mais calma e tranquila para amamentação (FAZIO et al., 2018).Nesse contexto, a presença do companheiro mostrou-se importante também como apoio para amenizar as dificuldades vivenciadas pela mulher, no entanto ainda existe uma barreira em relação a sensibilização paterna.

Portanto, para Fazio et al., (2018), é preciso que os profissionais de saúde realizem um acolhimento satisfatório do casal no momento de realização das orientações e utilizem-se de diferentes estratégias para advertir sobre a importância do comparecimento do pai nas consultas de pré-natal e reforçar a necessidade do fortalecimento do vínculo familiar, a fim de que os desafios vivenciados, ao longo do processo de amamentação, sejam debelados em conjunto.

No que se refere a participação paterna na amamentação, Lima, Cazola e Pícoli (2017) destacam que os pais reconhecem como importante o seu papel no apoio a lactação e como

forma de ajudar pautam a sua participação em estar junto da mulher. Ademais, além do reconhecimento dos pais em relação a importância do seu papel na amamentação, os pais se revelaram participativos nessa fase, atuando diretamente em situações favoráveis ao ato de aleitar, como por exemplo realizando junto com a mão o acalento da criança quando chorosa e posicionando a criança nos braços da mãe para a realização da amamentação.

Segundo Rêgo et al. (2016) ao objetivar identificar como o pai percebe sua contribuição no apoio e estímulo à amamentação, observou-se que estes demonstram satisfação em prestar cuidados aos filhos e apoiar a amamentação para contentamento de suas companheiras. Os autores colocam, ainda, que a figura paterna se mostra positiva em querer ajudar, principalmente quando suas iniciativas são valorizadas por parte da companheira e pela enfermeira, no entanto, é preciso uma maior ampliação de atividades de apoio a casais, desde o pré-natal e após o nascimento do filho de forma não só contribuir com a amamentação, mas também na saúde da família.

Todavia, estudos ressaltam que referente a participação paterna no cenário da amamentação, esta encontra-se distante do ideal, pois estes não são inseridos e nem estimulados pela equipe de saúde em participar do processo de aleitamento materno (SILVEIRA; BARBOSA; VIEIRA, 2018; PINTO et al., 2018). Este pensamento pode ser melhor compreendido na obra de Lima et al., (2017) quando mencionam que apenas 36 (64,29%) de suas parceiras foram acompanhadas pelo companheiro.

No que se refere aos sentimentos paternos na participação do aleitamento materno, Pinto et al., (2018) destacam que os pais expressam ansiedade, tristeza, preocupação e frustração diante das dificuldades apresentadas pelo binômio durante a amamentação. Este achado demonstra que buscar trabalhar a participação paterna no aleitamento materno é relevante para que estes possam saber lidar com as situações adversas, possibilitando superar os desafios que cercam a amamentação.

Frente essa situação, a literatura mostra que essas questões precisam ser problematizadas pelos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, favorecendo o conhecimento de tais práticas e estimulando a participação do pai nessa etapa do ciclo vital dos filhos. É relevante que o enfermeiro leve em consideração os saberes e práticas populares, devendo esclarecer os benefícios e malefícios de cada um, incentivando os positivos e propondo acordos de modificação daqueles prejudiciais à saúde do recém-nascido, em especial os que interferem negativamente no aleitamento materno (PINTO et al., 2018; SIQUEIRA; BARBOSA; VIEIRA, 2018).

Para tanto, em concordância com o relato anterior e como forma de estimular a participação do pai no apoio a amamentação, Lima et al. (2017) destacam que estes podem estar sendo inseridos nas atividades educativas durante o pré-natal e puerpério. Os autores, ainda, destacam que quando o pai é inserido, estimulado e orientado a cuidar de seu filho, o mesmo poderá ajudar a mãe a vencer os obstáculos que venham aparecer no processo de amamentação.

Portando, diante dos achados neste estudo, torna-se necessário maiores discussões sobre o assunto, bem como melhores prática para orientar e engajar o pai no apoio a amamentação.

Considerações finais

A pesquisa possibilitou compreender o conhecimento paterno acerca da amamentação, bem como a sua participação no apoio a lactação. No que tange aos conhecimentos que os pais apresentam sobre o assunto, evidenciou-se que eles demonstram um saber superficial sobre o processo aleitamento materno, identificando algumas vantagens e sua importância para a nutriz do bebê, mas não sabendo o período adequado e como proceder diante das dificuldades na amamentação.

A literatura aponta, ainda, que os pais, referente à sua participação no apoio a amamentação e cuidar filho, percebem seu papel como importante no apoio a nutriz, mostrando interesse em participar e apoiar suas companheiras nas dificuldades de amamentar, contudo, nota-se que estes não são orientados, inseridos e incentivados pelos profissionais a contribuir na amamentação, o que reflete as dificuldades que os pais têm em prestar apoio no aleitamento materno.

Portanto, tendo em vista que os estudos descrevem a participação paterna como ponto positivo na amamentação, é necessário refletir sobre as atividades desenvolvidas para este público, logo, espera-se que os profissionais possam atuar fazendo o uso do seu conhecimento acerca dessa participação dos pais no processo de amamentação, com vistas a melhor realizar seus cuidados frente ao incentivo dessa prática.

Por fim, reitera-se que se ampliem as discussões sobre temática, tendo em vista o alcance de melhorias sobre o assunto em estudo, tendo como intuito promover saúde e desenvolver na sociedade uma visão ampla em relação aos aspectos positivos da inserção da figura paterna frente ao processo de amamentação.

Referências

BATTAUS, M.R.B.; LIBERALI, R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família – revisão sistemática. **Rev. APS**, p. 93-100, jan/mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A amamentação é a base da vida. Semana mundial da amamentação.** Ministério da Saúde, 2018. Disponível em< https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/27/Campanha-de-Amamentacao.pdf> Acesso em: 21 nov. 2019.

CABRAL, P.P.; BARROS, C.S.; VASCONCELOS, M.G.; JAVORSKI, M.; PONTES, C.M. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 454-62, 2013.

FAZIO, I.A.; SILVA, C.D.; ACOSTA, D.F.; MOTA, M.S. Alimentação e aleitamento materno exclusivo do recém-nascido: representação social do pai. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 26740, 2018.

LEAL, C.C.G.; MACHADO, M.O.F.; OLIVEIRA, L.C.Q.; MONTEIRO, J.C.S.; LEITE, A.M.; SPONHOLZ, F.A.G. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. **Ciencia y Enfermeria,** v.12, n. 3, 2016.

LIMA, J.P.; CAZOLA, L.H.O.; PÍCOLI, R.P. A participação do pai no processo de amamentação. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2017.

LIMA, M.C. **Práticas alimentares em menores de um ano em Recife-PE**. Centro de Ciências da Saúde – UFPE, 2013.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** v.17, n.4, p.758-64, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz: proteger, promover e apoiar a amamentação em instalações que prestam serviços de maternidade e recém-nascido.** Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em:<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/> Acesso em 22 de nov. 2019.

PAULA, A.O.; SARTORI, A.L.; MARTINS, C.A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletrônica de Enfermagem,** v.12, n.3, p. 464-70, 2010.

PIAZZALUNGA, C.R.C.; LAMOUNIER, J.A. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Revista Médica de Minas Gerais - RMMG**, v. 21, n. 2, 2011.

PINTO, K.R.T.D.F.; MARTINS, J.R.; CAMPANA, M.C.; QUINTAMILHA, T. D.F.; ZANI, A.V.; BERNARDY, C.C.F. Dificuldades na amamentação: sentimentos e percepções paternas. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 1., 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

RÊGO, R.M.V.; ALVES, Â.M.; ROCHA, T.N.A.; ALVES, M.D. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 374-380, 2016.

RESENDE, T.C.; DIAS, E.P.; CUNHA, C.M.C.; MENDONÇA, G.S.; RIBEIRO JUNIOR, A.L.R.; DSANTOS, L.R.L.; SILVA, E.P. Participação paterna no período da amamentação: Importância e contribuição. **Bioscience Journal**, v. 30, n. 3, 2014.

SALVADOR, J.P.; XIMENES, V.L; SILVA, I.C.M.; SILVA, M.F.P. Participação do companheiro na promoção do aleitamento materno exclusivo em hospital amigo da criança. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, p. 30-36, 2012.

SILVA, P.P.D.; SILVEIRA, R.B.; MASCARENHAS, M.L.W.; SILVA, M.B.; KAUFMANN, C.C.; ALBERNAZ, E.P. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev. paul. pediatr**, p. 306-313, 2012.

SILVEIRA, F.J.F.; BARBOSA, J.C.; VIEIRA, V.A.M. Conhecimento dos pais sobre o processo de aleitamento materno em mães de uma maternidade pública em Belo Horizonte, MG. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 28, p. 1-6, 2018.

SILVEIRA, L.M.; PRADE, L.S.; RUEDELL, A.M.; HAEFFNER, L.S.B.; WEINMANN, A.R.M. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Rev.Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 37-43, 2013

TELES, M.A.B.; SILVA JUNIOR, R.F.D.; SANTOS JÚNIOR, G.G.D.; FONSECA, M.P.; EUGÊNIO, K.K.; MENEZES, P.I.F.B.D. Conhecimento e práticas de aleitamento materno de usuárias da Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 6, p. 2302-2308, 2017.

TESTON, E.F.; REIS, T.S.; GÓIS, L.M.; SPIGOLON, D.N.; MARAN, E.; MARCON, S.S. Aleitamento materno: percepção do pai sobre seu papel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

VALENTINA, A.L.; PAÚRA, C.R.; BELINHO, R.A.; RIBEIRO, M.G.; HELENA, A.A.S.; PASSOS, M.R.L.; REIS, H.L.B.; CAVALCANTE, F.C.; MARTINS, J.S.A.; FERREIRA, D.C.; MONTENEGRO, H.R.A. Interface gestante e aleitamento: reflexões para o enfermeiro na atualidade. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v.8, n. 19, 2015.

Capítulo 5

A PRÁTICA DE ACADÊMICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇAS VENEZUELANAS EM CONTEXTO DE REFÚGIO NO BRASIL

THE ACADEMIC PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY WITH REFUGE VENEZUELAN CHILDREN IN BRAZIL

Carlos Eduardo Ramos Ataide[1]
Luciane Ferreira Farias[2]
Alberto Gonçalves Matos Júnior[3]
Bruna Tayná Brito Gama[4]
Sandra Maria Cardoso de Almeida[5]

RESUMO: A Venezuela tornou-se o centro de instabilidades e crises na economia, política e saúde. O que motivou sua população a se deslocar na busca por condições melhores de sobrevivência. No entanto, as diversas mudanças ocorridas, tornam essa população vulnerável socialmente. Este relato objetiva descrever e discutir a experiência da atuação de discentes de Terapia Ocupacional junto às crianças residentes de um abrigo de venezuelanos refugiados. As intervenções ocorreram de março a abril de 2018, os participantes foram crianças com idade entre 2 e 12 anos. As práticas buscaram oportunizar a construção do vínculo com as crianças, foram utilizadas atividades de interesses como estratégia de aproximação e avaliação dos participantes. Ainda assim, faz-se necessário mais encontros para o desenvolvimento de outros aspectos, os quais não foram trabalhados, e possíveis tecnologias que não puderam ser implementadas, como a comunicação alternativa, que se faria uma aliada na troca com o público assistido.
Palavras-chave: Refugiados. Crianças. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT: Venezuela has become the center of instabilities and crises in the economy, politics and health. What motivated its population to move in search of better conditions for survival. However, the various changes that have occurred, made this population socially vulnerable. This report aims to describe and discuss the experience of occupational therapy students working with children living in Venezuelan refugees shelter. The interventions took place from March to April of 2018, the participants were children aged between 2 and 12 years. The practices sought to provide the opportunity to build the bond between the academics, activities of interest were used as a strategy to approach and evaluate the participants. Nevertheless, more meetings are needed to develop other aspects, which have not been worked on, and possible technologies that could not be implemented, such as alternative communication, which would become an ally in the exchange with the assisted public.
Keywords: Refugees. Child. Occupacional Therapy.

Introdução

A América do Sul vem enfrentando crises humanitárias desde meados de 2013. A Venezuela, há alguns anos tem se tornado o centro dessas dificuldades que, em sua maioria, são fruto de conflitos políticos, econômicos e humanitários, resultando em consequências negativas tanto para sua nação, como para os países vizinhos que recebem pessoas advindas desses locais. (PINTO; OBREGON, 2018).

O pouco ou inexistente amparo do estado venezuelano para com sua população, vem tornando comum a saída desses de sua zona de conforto, e aumento pela busca por lugares com melhores condições de sobrevivência, visto que seu país de origem se assola no caos da desvalorização da moeda, inflação e a falta de abastecimento de itens básicos que possibilita uma vida digna, refletindo assim, em desemprego, fome e colapso na saúde.

Por tanto, refugiar tornou-se uma das limitas alternativas para milhares de habitantes. Só no ano de 2018 mais de 24 mil venezuelanos entraram no Brasil, na esperança de encontrar um local com melhores condições, e que pudesse fornecer os aparatos de direitos básicos (MARQUES, 2018).

Junto com os venezuelanos que atravessam a fronteira em busca de refúgio no Brasil, estão crianças que de forma abrupta, sofrem com um rompimento na sua infância, perdem seu lar, seus amigos, escola, como também familiares que ficaram para trás, o que pode acarretar em prejuízos no seu desenvolvimento.

As condições precárias em que essas famílias e crianças se encontram quando chegam ao país, às põe em situação de vulnerabilidade social, caracterizada pela instabilidade, condições inadequadas de moradia e fragilidade relacional, causada por diversos fatores, tendo como um dos principais: a falta de domínio do idioma local, dificultando assim na instalação e relação desses recém-chegados ao país (CASTEL, 1997).

Levando em consideração que a infância é a fase da vida munida da dependência de terceiros, os determinantes sociais, ocupam de maneira crítica um importante papel no desenvolvimento das crianças, que, em situação de vulnerabilidade estão expostas a pobreza, exclusão social, e falta de acesso a mecanismos que apoiem o seu desenvolvimento.

Tais fatores refletem negativamente na infância, seja socialmente, nas ocupações ou no seu desenvolvimento cognitivo e motor. A desigualdade social retira a possibilidade da criança de se desenvolver, pela falta do acesso aos aparatos básicos para o desenvolvimento pleno e saudável, entre eles a alimentação, saneamento básico, o brincar e a educação, os prejuízos ocupacionais são incalculáveis, levando essa criança para a margem da sociedade (ASSIS; OLIVEIRA, 2009).

Essas repercussões sociais tomam proporções ainda maiores quando se tratam de crianças refugiadas, que se encontram em uma realidade distinta da de costume, acarretando na criança uma perda na sua identidade, identidade essa ainda em formação.

Crianças refugiadas, em geral, estão suscetíveis a situações de vulnerabilidade, violência, abuso e trabalho infantil, à medida que o estado não as acolhe de forma satisfatória e muitas vezes não recebem nenhuma assistência para a manutenção de suas necessidades e direitos (ALEXANDRE, 2019).

Na sua prática profissional a Terapia Ocupacional volta sua intervenção, seja individual ou grupal, a potencializar o cotidiano, o desempenho, a independência e a autonomia sempre levando em consideração suas necessidades e individualidade. O terapeuta ocupacional se faz o profissional capacitado a reorganizar rotinas e tornar o ambiente do ajudado significativo e pessoal, através de suas abordagens e domínios.

Sendo assim, este relato, objetivo descrever e discutir a experiência da atuação de discentes de Terapia Ocupacional junto às crianças residentes de um abrigo de venezuelanos refugiados.

Desenvolvimento

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de cunho descritivo sobre as intervenções realizadas por acadêmicos do curso bacharelado em Terapia Ocupacional, a prática ocorreu em um abrigo temporário para refugiados venezuelanos, localizado no município de Belém no estado do Pará, durante os meses de março e abril de 2018.

Os participantes das intervenções eram crianças com idade entre 2 e 12 anos, na qual, todos não sabiam falar a Língua Portuguesa. Em média, 10 crianças participaram das intervenções, o número de participantes durante os atendimentos variou de forma considerável.

Os atendimentos Terapêuticos Ocupacionais buscavam a estimulação global, construção de vínculo, sentimento de pertencimento, engajamento em atividades significativas, através da realização de atividades, como: colorir desenhos, circuito psicomotor, pintura em tela, pular colar, jogo da memória, jogos de encaixe e futebol.

Resultados e Discussões

No primeiro contato com o público, utilizou-se de atividades lúdicas e brincadeiras livres, a fim de facilitar na aproximação, oportunizar o início do processo de vínculo e levantar possíveis demandas aparentes naquele momento.

A relação de vínculo entre terapeuta e paciente/cliente ou usuário, envolvem aspectos que facilitam o desenvolvimento de práticas contextualizadas ao ambiente e vivências do indivíduo ajudado. A partir dele, o paciente sente-se seguro para desenvolver seu discurso, oportunizando o terapeuta de ter acesso ao seu processo “do fazer” e enriquecer seu olhar na análise de suas atividades.

De Castro (2005) aponta que esse relacionamento se estabelece através de sistemas de conexões: olhares, linguagem, sentimentos, corporal, fazeres, intensidade de troca e com a intimidade.

As atividades propostas facilitaram na diminuição da estranheza ao qual os acadêmicos foram recebidos no momento de chegada. Utilizou-se nesse momento inicial, estações com jogos de encaixe, desenhos para colorir e brincadeiras físicas (correr, pular, esconde-esconde, entre outras).

Segundo Loro (2015) o brincar, seja ele como ferramenta de intervenção ou como objetivo ao qual se quer alcançar, oportuniza a criança o desenvolvimento de aspectos físicos, sociais, culturais, afetivos e cognitivos. Nele, a criança desenvolve habilidades e capacidades fundamentais para a construção de seu repertório, que são e serão utilizados em seus ambientes de convivências (escola, parque, casa, igreja, etc.).

As brincadeiras carregam o papel de agregar significado ao contexto em que o brincante está inserido, e funcionam como forte potencializador do vínculo entre terapeuta e ajudado, quando utilizado de maneira interessante a criança (LORO, 2015).

A relação de comunicação com as crianças residentes do abrigo se deu através de gestos e no uso das poucas palavras em que haviam aprendido, o que se resumia “sim” ou “não”. Por

essa razão, o uso de atividades de interesses fez-se a estratégia mais adequada devido a insegurança da aproximação das crianças para com os acadêmicos.

Ao decorrer da intervenção as crianças entregaram-se as propostas levadas até elas e participaram das estações montadas, interagiam e falavam entre si e em alguns momentos buscavam alternativas de se fazerem ser entendidas pelos acadêmicos. Ao fim da primeira intervenção mostraram-se mais abertas aos novos conhecidos.

No entanto, eram perceptivas as fragilidades e vulnerabilidade as quais os residentes do abrigo estavam vivenciando, as condições de moradia, naquele momento ainda eram improvisadas, o espaço não estava preparado para acolher tantas pessoas.

As crianças dormiam em locais pequenos e geralmente aglomeradas com seus pais e irmãos. Diversos itens precisavam ser compartilhados, causando conflitos entre os moradores. A individualidade e seus costumes eram deixados de lado na tentativa de adaptação e início de uma reorganização da nova realidade.

Calais et al. (2020, p. 158) indicam que:

> O Brasil não se mostrou bem preparado para acomodar os venezuelanos, apesar de ter sido um dos países que mais recebeu povos da Venezuela em toda a América do Sul. Nesse sentido, ressalta-se que o preconceito, o desemprego e a violência, foram algumas situações que os refugiados encontraram ao chegar no Brasil.

Corroborando com a realidade observada no abrigo, as intervenções com as crianças tiveram variação considerável de público, uma vez que alguns pais levavam seus filhos para as ruas, afim de pedir dinheiro ou alimentos nas localidades da cidade.

Craidy e Kaercher (2009) trazem em seu estudo a visão de Wallon. Esse diz que todos os indivíduos são suscetíveis aos elementos externos ao corpo, como a afetividade do outro, um objeto de apego, a situações desagradáveis e desafiantes, mas também são vulneráveis aos elementos internos que são construídas na rotina (fome, pensamento, dor e sentimentos). O que pode impactar de forma significativa o desenvolvimento dessa criança inserida em contexto de vulnerabilidade.

No segundo encontro foi construído um circuito psicomotor, na perspectiva de avaliar os aspectos do desenvolvimento de cada criança presente. O circuito continha diversas etapas que buscavam abranger aspectos sensoriais, cognitivos e motores.

As atividades psicomotoras contribuem para o desenvolvimento das crianças e promovem o aprendizado de novas habilidades, fortalecimento e concretização de marcos motores e cognitivos importantes. Através delas, as crianças aumentam sua capacidade de independência, estimulam a percepção quanto ao seu próprio corpo e ainda, ampliam a sua visão do mundo (ALMEIDA; DE SOUZA, 2018).

Durante a realização do circuito, os participantes apresentaram desempenho adequado e satisfatório, especialmente no que diz respeito a coordenação motora ampla, equilíbrio e agilidade.

Em seguida, foi proposto as crianças que construíssem um mural com os desenhos e pinturas do encontro anterior e que também pudessem ser anexados os posteriores, o que os

acadêmicos nomearam de “Mural da manhã alegre”. Visando a construção de pertencimento das crianças ao local ao qual residiam no momento e autoestima.

No terceiro encontro, foi oportunizado que as crianças entrassem em contato com experiências sensoriais táteis, a partir do uso de tintas. Os participantes manipulavam e coloriam papéis utilizando os dedos sujos de tinta e montavam histórias a partir da construção em conjunto dos desenhos.

O trabalho em conjunto das crianças nesse momento mostrou-se importante devido os constantes conflitos entre as mesmas, o que fora relatado pelos funcionários do local e presenciado pelos acadêmicos na realização das atividades nos encontros anteriores. Não houve recusa ou qualquer sinal de dificuldade na manipulação dos estímulos e na interação entre as crianças durante a construção do mural.

Em seguida, as crianças foram encaminhadas ao banheiro para lavarem suas mãos, ali foram auxiliadas pelos acadêmicos nas etapas da realização da limpeza. Finalizada, os acadêmicos as organizaram para serem feitas as despedidas.

Devido a situações organizacionais da instituição não foi possível fazer o retorno para os encontros posteriores, o que ocasionou a não finalização das intervenções e na busca de *feedback* dos pais e dos funcionários do espaço.

Considerações finais

Notou-se no decorrer da prática, quão inseguras as crianças refugiadas encontravam-se. Em virtude da ruptura de sua identidade e rotina, concomitante com a mudança abrupta para outro país.

Pode-se concluir que esse contexto tornou a criança cética, afastando-a do que seria comum para sua faixa etária, o que pode levar essa criança a perdas de elementos fundamentais para sua infância.

Dessa forma, fez-se necessário a construção do processo de vínculo terapêutico por meio de atividades interessantes para o público participante, com objetivo de facilitar adesão nas futuras práticas.

O contato com as atividades executadas aumentou a perspectiva da inserção em atividades favoráveis ao seu desenvolvimento, uma vez que proporcionou estimular aspectos motores, cognitivos, da subjetividade e de socialização. Logo, o público assistido tendeu a desenvolver a sensibilidade adaptativa para os novos espaços a qual terá que ser inserido.

Apesar destas propostas, ainda há déficits para desenvolvimento promissor, assim seriam necessários mais encontros para implementação da Comunicação Alternativa com objetivo de ampliar o repertório comunicativo, realizando a organização e construção de pranchas ou cartões de comunicação. Os recursos de comunicação de cada criança são construídos de maneira personalizada levando em consideração as características de cada usuário.

Apesar da mudança de país, alguns costumes e rituais ainda foram preservados e respeitados, os pais/responsáveis são os mentores para continuidade da cultura de origem com intuito de diminuir a perda de identidade em que foram submetidos.

Referências

Alexandre, Ingrid Maria Cavalcante. **Uma análise crítica acerca do dever de proteção às crianças refugiadas venezuelanas pela república federativa do Brasil**. 2019. 47 f. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2019.

ALMEIDA, Andréa Narciso; DE SOUZA, Renan Augusto. A importância da psicomotricidade para o processo de aprendizagem. **Revista Mythos**, v. 10, n. 2, p. 74-80, 2018.

ASSIS, Simone G; AVANCI, Joviana Quintes; OLIVEIRA, Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 92-100, ago. 2009.

CASTEL, Robert. A dinâmica dos processos de marginalização da vulnerabilidade a desfiliação. **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CALAIS, Bernardo Affonso *et al*. A crise dos refugiados venezuelanos e os impactos no Brasil. **Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior.** Juiz de Fora, p. 157-175. jan. 2020.

CRAIDY, Carmem Maria; KAERCHER, Gládis E. **Educação infantil: pra que te quero?**. Artmed Editora, 2009.

DE CASTRO, Eliane Dias. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. **Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2005.

LORO, Aline Rafael. **A importância do brincar na educação infantil**. 2015. 47 f. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2015.

MARQUES, Francisco. **Drama dos refugiados venezuelanos agrava-se no Brasil.** 2018. Disponível em: <http://pt.euronews.com/2018/03/20/drama-dos-refugiados-venezuelanos-agrava-se-no-brasil>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PINTO, Lara Constantino; OBREGON, Marcelo Fernando Quiroga. A CRISE DOS REFUGIADOS NA VENEZUELA E A RELAÇÃO COM O BRASIL. **Derecho y Cambio Social,** Vitória, p.01-21, 02 jan. 2018.

Capítulo 6

A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: CONQUISTAS, ENTRAVES E DESAFIOS

WOMEN`S HEALTH IN BRAZIL: ACHIEVEMENTS, OBSTACLES AND CHALLENGES

Paula Cunha Tavares[1]
Débora Ximenes de Águila[2]
Thais Lima Ciríaco[3]
Ester Duarte Matoso[4]
Alexis Machado Araújo[5]
Luciano Carneiro Suassuna[6]
Cristiano José da Silva[7]

RESUMO: A saúde da mulher evoluiu bastante ao longo dos anos no Brasil. A mulher deixou de ser vista apenas com seu papel social de mãe e de esposa e passou a ter uma politica de saúde voltada para ela, principalmente na atenção primária e secundária em saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a promoção da saúde no âmbito da saúde da mulher no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa feita em bancos de dados *on line*, em seguida, os artigos foram analisados e selecionados. Para serem incluídos, deveriam ser trabalhos primários e completos publicados entre 2015 e 2020, sem restrição de idioma. Ao final foram selecionados 12 artigos. Conclui-se que apesar de todas as conquistas, falhas ainda são detectadas no sistema de saúde as quais prejudicam o acesso à saúde das mulheres e percebe-se a necessidade de intensificar a prática dessas políticas bem como a promoção da saúde.
Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde da Mulher; Brasil.

ABSTRACT: Women's health has evolved considerably over the years in Brazil. The woman stopped being seen only with her social role as mother and wife and started to have a health policy focused on her. This study aims to analyze health promotion within the scope of women's health in Brazil. It is an integrative review carried out in online databases, after which the articles were analyzed and selected. To be included, they should be primary and complete works published between 2015 and 2020 without language restrictions. At the end, 12 articles were selected. It is concluded that despite all the achievements, failures are still detected in the health system which hinder women's access to health and the need to intensify the practice of these policies as well as health promotion is perceived.
Keywords: Health Promotion; Women's Health; Brazil.

Introdução

Durante longo tempo a mulher foi vista pelo papel de esposa e de mãe, com dever de cuidar da família, da casa, de educar os filhos e de satisfazer o companheiro (CURI, 2018). Não obstante, os primeiros programas voltados à saúde dessa população tratavam exclusivamente do ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2004).

No Brasil, entre as décadas de 30 e 70, a atenção à saúde da mulher era baseada em um contexto materno-infantil, no qual os maiores objetivos contemplavam a saúde da criança, a gestação e o planejamento familiar. Assim, a mulher só tinha acesso aos serviços de saúde durante gravidez e puerpério (JORGE *et al,* 2015).

[1] Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: paulact.cunha@gmail.com
[2] Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: debora.aguila@hotmail.com
[3] Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: thaisciriaco@hotmail.com
[4] Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: esterdm_16@hotmail.com
[5] Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: alexisbrasil@gmail.com
[6] Graduando em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: lucianocsuassuna@gmail.com
[7] Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: Cristiano.esf@gmail.com

Já nas décadas de 70 e 80, o movimento feminista ganhou relevância por buscar direitos assistenciais e constitucionais entre homens e mulheres, o que culminou com diversas reivindicações no âmbito da reforma sanitária, dentre elas uma assistência integral em todas as fases da vida (GARCIA, 2013).

Elas buscavam o direito sobre seu próprio corpo, principalmente, no que diz respeito à concepção, através do acesso a métodos contraceptivos e tratamento para infertilidade. Então em 1984, frente às reclamações da sociedade civil, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a proposta de promover atenção primária global a essa população, garantindo autonomia no planejamento reprodutivo e assistência médica da adolescência à terceira idade, respeitando cada fase do ciclo biológico (GARCIA, 2013).

Além disso, a promulgação da Constituição Federal em 1988 veio garantir que o planejamento familiar é de livre decisão do casal e que cabe ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988).

Também merece destaque a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios de integralidade, de equidade e de universalidade, que propõem a saúde como um direito de todos, cabendo ao Estado assegurar-lhes esse direito, diminuindo as desigualdades, tratando cada indivíduo de acordo com suas necessidades e de maneira integral (BRASIL, 1988).

Na década de 90, foi criado, na Atenção Primária de Saúde (APS), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essas ações fortaleceram a atenção básica como um todo e facilitaram o acesso aos serviços de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A mulher passou a receber um olhar mais ampliado e nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), dentre outras atribuições, as mulheres são encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde (UBS) para realização de pré-natal, prevenção ginecológica, planejamento reprodutivo, atendimento puerperal, rastreamento do câncer de mama e atendimento odontológico no território de influência da equipe de ESF. Tais ações melhoraram de forma significativa os indicadores de saúde materno-infantil principalmente a redução da mortalidade materna e puerperal (VERDI et al, 2016).

Em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerando a saúde da mulher como uma prioridade, uma vez que elas correspondem à maior parcela da população brasileira e são as principais usuárias do SUS. A política visa à implementação de ações de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres e diminua a morbimortalidade desse grupo por causas preveníveis e evitáveis. Dentre os objetivos está a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, de prevenção, de assistência e de recuperação da saúde em todo território brasileiro e a ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

Entretanto, apesar de todas as políticas e programas existentes, voltados para a integralidade e humanização do cuidado à mulher, a prática diverge do preconizado. Muitas delas se deparam com uma relação hierárquica profissional/paciente, sem o devido acolhimento às suas

demandas. Um exemplo é a dificuldade em participar do programa para planejamento reprodutivo, seja na obtenção de métodos contraceptivos ou no tratamento da infertilidade (COELHO et al, 2009).

Violência obstétrica é outra violação do direito da mulher. Ela pode ser de caráter físico, psicológico, verbal como também tratar-se de negligência ou de condutas excessivas e ocorrer na gestação, no parto ou no puerpério (CURI, 2018). Em 2019, mesmo diante da relevância da temática em questão, o posicionamento oficial do MS gerou embates entre profissionais de saúde e o governo federal do Brasil sobre o termo 'violência obstétrica', dito pelo MS como uma conotação inadequada que não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério.

No contexto atual, ainda é importante ressaltar que, devido à pandemia COVID-19, houve uma desarticulação do SUS, que voltou boa parte da sua assistência ao atendimento da doença em questão, impactando diretamente no acesso das mulheres à atenção básica (BRASIL, 2020). Nesse sentido, estudiosos apontam que o número de mulheres grávidas durante a pandemia pode crescer assustadoramente, além de altos indicadores de violência contra a mulher nesse período.

Segundo o relatório da ONU Mulher "Mulheres no centro da luta contra a crise Covid-19", as mulheres estão mais susceptíveis às vulnerabilidades sociais em decorrência da pandemia, como desemprego, violência, pobreza e diminuição do acesso aos serviços de saúde. Isso se deve ao fato de que as mulheres representam um maior número de trabalhadores da saúde no mundo, há um crescente aumento da violência doméstica e do feminicídio durante o confinamento, ademais, elas estão sobrecarregadas de tarefas laborais e domésticas e, por conseguinte, precisam de um cuidado holístico e uma atenção prioritária (ONU, 2020).

Diante da problemática em questão, o presente estudo objetivou analisar as conquistas, entraves e desafios de se promover saúde à mulher no âmbito das políticas públicas e redes de apoio existentes no Brasil, destacando crítica e reflexivamente falhas nas redes de apoio e vulnerabilidades de cunho político, que atenuam e interferem nos direitos conquistados constitucionalmente.

Métodos

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, o qual é um método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre uma temática específica. As etapas da preparação do estudo foram compostas por: elaboração do questionamento da pesquisa, busca de estudos primários em base de dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão (MENDES, 2008).

A estratégia PICo (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes) foi utilizada para a construção do questionamento que delineou a pesquisa de revisão integrativa. Essa estratégia permite, além da formulação da questão, a identificação de palavras-chave que colaboram na localização de estudos primários que sejam relevantes oriundos das bases de dados selecionadas (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011). O contexto em que a questão de pesquisa estabelecida foi: "Qual a realidade do país no âmbito da saúde da mulher?" Sendo, o (P),

o primeiro elemento da estratégia, que equivale à população que necessita de acesso ao serviço de saúde; o (I), segundo elemento, consiste nas estratégias; e o (O), quarto elemento, representa o desfecho esperado, qualidade na assistência à saúde da mulher. Vale destacar que dependendo do método de revisão, não é necessário empregar todos os elementos da estratégia PICo. Nesta revisão integrativa, não foi utilizada a comparação ou controle, que é o terceiro elemento, o (C).

O levantamento dos estudos primários foi realizado no mês de julho de 2020 nas bases de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine National Institute of Health (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Os descritores controlados escolhidos basearam-se nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram promoção da saúde, Brasil e saúde da mulher (idioma português). Os termos foram combinados para garantir busca ampla, cujo cruzamento em todas as bases de dados foi: Promoção da saúde AND Saúde da mulher AND Brasil.

O programa Rayyan QCRI (aplicação do Qatar Computing Reseach Institute) foi utilizado para importação das referências encontradas, em que foi realizada a importação de referências de vários formatos e a condução de revisão simultânea por todos os autores do estudo (OUZZANI,2016).

Para serem incluídos no estudo, os artigos deveriam ter sido realizados no Brasil, no período de 2015 a 2020, com foco em promoção da saúde no âmbito da saúde da mulher sem restrição quanto ao idioma da publicação. Foram excluídos estudos de casos, relatos de experiência, revisões tradicionais de literatura, estudos secundários, teses, dissertações e editoriais.

Inicialmente, foi obtido um total de 305 artigos nas bases de dados e em seguida foi analisado título, resumo e se eram artigos primários e completos. Artigos que não demonstravam relação com o tema ou que não respondiam à pergunta do estudo foram excluídos. Nesse momento a busca resultou em 20 artigos, os quais passaram pela primeira triagem, foram lidos de forma mais criteriosa e excluídos os que não se adequavam à temática em questão, com ideia vaga, falhas metodológicas e inconsistências, restando 12 artigos a serem incluídos no estudo.

A extração dos dados dos artigos incluídos foi feita detalhadamente e itens como identificação do artigo, objetivos, características metodológicas, resultados e conclusões foram rigorosamente avaliados.

A apreciação dos trabalhos primários incluídos levou a denominada dos autores e a exposição dos resultados foi configurada de formato descritivo, que possibilita análise de cada estudo primário incluído.

Resultados

A amostra foi composta por 12 estudos primários, sendo 2018, 2017 e 2016 os anos com maior número de publicações (três estudos em cada ano), dois em 2015 e apenas um em 2019.

Em relação ao idioma, cinco foram publicados em inglês, cinco em português, um em português, inglês e espanhol e um em português e espanhol.

Levantou-se estudos conduzidos em todas as regiões do Brasil, a maioria na região Nordeste (05), seguido da região Sul (03), Sudeste (02), Centro-Oeste (01) e outro estudo simultaneamente em todas as regiões do Brasil (01).

Um artigo apresentou resultado de duas pesquisas. Quanto ao método adotado na pesquisa, 2 foram estudos randomizados (GAIANO, 2019; LIMA, 2018), cinco foram estudos descritivos exploratórios qualitativos (BARBOSA e LIMA, 2016; GRAÇA, 2018; GUEDES, 2017; MATOS, 2017; PINTO et al, 2017), um estudo foi descritivo epidemiológico (PASQUAL, 2006), um estudo foi etnográfico qualitativo (SIGNORLLI, 2018), um estudo qualitativo (PAIXÃO, 2015), um estudo transversal analítico (FARIAS, 2016) e um estudo transversal de coorte prospectiva (QUIRINO, 2016). A apreciação dos estudos se baseou naqueles que visam a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todo território brasileiro e ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados, 2020.

Base de dados/Ano	***Título/Referência***	**Objetivo/Tipo de estudo**	**(n)/Região**	**Principais resultados**	**Conclusão**
LILACS/2018	Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. GRAÇA, B.C.; et al.	Conhecer como se dá acesso aos serviços de saúde pelas reeducandas de uma cadeia pública./ Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa.	15 Centro-oeste	Descontentamento com os serviços oferecidos devido à ausência dos recursos humanos e materiais necessários para o atendimento em saúde no cárcere. O encaminhamento para serviços municipais é realizado apenas em situações de urgência/emergência, sendo executado através de escolta que, muitas vezes, é limitada em decorrência do baixo contingente de profissionais disponíveis.	A dificuldade no acesso expressa as iniquidades a que essa população está exposta, limitando promoção e prevenção, tornando o acesso restrito ao atendimento de doenças e agravos em fase grave e aguda, com atenção voltada exclusivamente para assistência.
SCIELO/2018	Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária Brasileira. SIGNORELLI, M.C.; et al	Explorar como a violência doméstica contra as mulheres é geralmente gerenciada na atenção primária à saúde brasileira./ Pesquisa etnográfica qualitativa	15 Sul	Nem toda cidade possui serviços de saúde específicos para apoiar as vítimas ou prevenir a VD. Os problemas de saúde estavam relacionados a atos violentos recentes, geralmente associados a lesões físicas e / ou sexuais. Cada ACS cuidava de 130 a 200 famílias, o que é um grande número de casos. Os profissionais de saúde não recebem treinamento adequado para lidar com violência doméstica apesar de ser uma meta mencionada em muitas políticas federais.	Existe lacuna entre as políticas públicas de saúde para violência doméstica contra as mulheres no nível federal e sua aplicação prática nos níveis locais, o que pode deixar profissionais e mulheres inseguros; os ACS locais, visam promover o diálogo entre as mulheres que sofrem violência, os profissionais de saúde e o sistema de saúde.

SCIELO/2017	Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. PINTO, L. S. S.; et al.	Avaliar as políticas públicas, a legislação de proteção à mulher e os atendimentos de saúde às vítimas de violência sexual/ Estudo exploratório e descritivo.	135 Nordeste	Houve evolução da legislação brasileira e da intervenção do poder público no controle da violência. O serviço avaliado preconiza a humanização do atendimento, a dignidade, a não discriminação, o sigilo e a privacidade, evitando exposição e desgaste das vítimas. São realizados exames físico e ginecológico, testes sorológicos e coleta de vestígios em busca da identificação do agressor, além de assistência farmacêutica e acompanhamento multiprofissional.	Conclui-se que as diretrizes analisadas têm tido eficácia, sendo necessário, entretanto, a realização de estudos com maior abrangência nos serviços de toda a rede de atendimento integrante do SUS, em prol da melhor notificação dos casos, minimização dos danos às vítimas e a punição dos culpados.
LILACS/2017	Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. MATOS, G. C.; et al	Conhecer a contribuição dos grupos de gestantes na construção de conhecimentos sobre o processo de parto./ Estudo descritivo-exploratório	10 Sul	Da análise das transcrições emergiram as temáticas: Trabalho de parto e parto sob a ótica de mulheres que participaram dos grupos de gestantes; e Humanização do parto e Nascimento: Conhecimento x Vivência.	O grupo de gestantes ajuda a mulher a preparar-se para o parto, trocar informações e experiências com outras participantes e profissionais da saúde para realizar suas escolhas.
SCIELO/2015	Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal. PAIXÃO, G.P.N. et al	Analisar a relação familiar, na infância e adolescência, de mulheres que vivenciam violência conjugal./ Qualitativo	19 Nordeste	Os resultados foram divididos em: presenciaram violência entre os pais; sofreram repercussões da violência entre os pais; indignaram-se com a submissão da mãe ao companheiro; e reproduziram a violência conjugal. O discurso mostrou que as mulheres presenciaram violência entre os pais e submissão da mãe perceberam que sua vida conjugal se assemelhava a dos pais, reproduzindo a violência apesar de sentimentos de indignação.	É necessário o investimento em estratégias de rompimento da violência intergeracional, e os profissionais de saúde têm importância neste processo, por ser um fenômeno com repercussão na saúde.

SCIELO/ 2019	O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. GAIANO, L.V. et al	Analisar a relação entre percepção de apoio social e sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos entre mulheres. / Transversal, qualitativo, randomizado.	141 Sudeste	Ter profissões consideradas de baixo prestígio suscitou algumas reflexões relacionadas à desigualdade de gênero. Houve diferença significativa nos escores de satisfação entre as mulheres que referiram ou não os sintomas de cansaço e tristeza e do número de apoiadores. Cônjuges e filhos foram os apoiadores mais mencionados e ter transtorno mental foi associado a não ter amigos na rede de apoio.	Equidade de gênero e satisfação com o apoio social são importantes para a assistência. A promoção da saúde mental deve ser voltada para que as mulheres se sintam mais amparadas pelos apoiadores disponíveis em seu entorno social.
LILACS/2018	Eficácia de uma intervenção educacional orientada para a ação de garantir a melhoria a longo prazo do conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde em saúde materna e infantil: um estudo controlado randomizado. LIMA,T.R.M.; et al.	Avaliar a efetividade de um curso de treinamento na melhoria do conhecimento, atitudes e práticas dos ACS em relação à saúde materna e infantil./ Estudo controlado randomizado	68 Nordeste	O grupo intervenção apresentou melhor resultado na avaliação de atitudes, conhecimentos e práticas que o grupo controle, além de manter melhorias significativas 1 ano após a realização do curso o que garante melhor assistência à saúde materno-infantil	Investir na qualificação da equipe de saúde pode garantir melhor qualidade na atenção à saúde no âmbito da saúde materno-infantil.
BIREME/2017	Percepções de gestantes sobre a promoção do parto normal no pré-parto. GUEDES, C.D.F.S.; et al.	Conhecer a percepção de gestantes, de uma equipe da ESF de Parnamirim/RN, sobre a promoção do parto normal no pré-natal./ Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa	17 Nordeste	As gestantes relataram que existem poucas atividades educativas de promoção ao parto no pré-natal; apontaram a necessidade de melhor comunicação por parte dos profissionais; demonstraram entender a importância da preparação na gravidez para o parto, mesmo as orientações e informações sendo falhas.	Recomenda-se a realização de ações educativas em grupo e estratégias para o fortalecimento de vínculo entre equipe e gestantes, buscando melhor promoção ao parto normal e assistência pré-natal.
BIREME/2016	Compreensão das mulheres sobre o câncer de colo de útero e suas formas de prevenção em um município do interior da Bahia, Brasil. BARBOSA, D.C ; LIMA,E.C.	Avaliar a compressão das mulheres entre 18 e 59 anos sobre o câncer de colo de útero e suas formas de prevenção/Estudo descritivo-exploratório qualitativo	20 Nordeste	As entrevistadas demonstraram desconhecimento e compreensão superficial sobre CCU, e que o sentimento do exame Papanicolau desencadeia sentimento de medo, constrangimento e vergonha. Além de barreiras como horário de funcionamento, demora na marcação do exame e o excesso de burocracia.	Necessidade de reorganização dos serviços de saúde, ações de promoção da saúde e de melhoria de acesso para aumentar a cobertura do exame Papanicolau a fim de reduzir a incidência de CCU.
SCIELO/2016	Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto. QUIRINO, A.F. A.; et al.	Avaliar as possíveis associações de prática do 'autocuidado' referida com indicadores sociodemográficos e com as exigências da Teoria de Orem, no primeiro ano pós-parto./ Estudo transversal aninhado com uma coorte prospectiva.	310 Sul	A análise estatística foi utilizado o Teste Qui-quadrado p<0,05) a prática de autocuidado se associou a: faixa etária (p=0,043), renda (p=0,045), apoio do governo (p=0,025), percepção do que é cuidado de si (p=0,042), ingestão de frutas (p=0,039), sono (p=0,005), práticas (p=0,039), lazer (p=0,037), retorno aos estudos (p=0,036), autopercepção de doença depressiva (p=0,005), tipo de parto (p=0,038), laceração e ou episiorrafia(p=0,046).	Os resultados identificaram que a prática do autocuidado pela mulher sofreu influências pela sua idade, disponibilidade de recursos financeiros e de alguns determinantes presentes nas três exigências da Teoria de Orem.
SCIELO/2015	Atenção á saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade pragmática na Estratégia de Saúde da Família. PASQUAL, K. K.; et al	Avaliar o processo de atenção prestado a mulheres, a partir dos 50 anos de idade, em unidade de Saúde da Família, tornando-se como referência o conceito de vulnerabilidade pragmática./ Estudo descritivo epidemiológico.	715 Sudeste	Observou-se que nenhuma mulher sem patologia diagnosticada realizou consultas e exames preconizados. Do total de hipertensas e diabéticas 20,7% estavam inseridas no Programa Hiperdia e menos de 1% tinha realizado as consultas e exames necessários. Apenas 11% tinham realizados exames ginecológicos, exame clínico das mamas e mamografia, no ano anterior a coleta dos dados.	Conclui-se que as mulheres com mais de 50 anos estão numa situação de vulnerabilidade pragmática, logo conhecer a realidade poderá resultar no atendimento de enfermagem mais adequado para esse grupo.
SCIELO/2016	Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. FARIAS, M. R.; et al.	Analisar a prevalência do uso atual de contraceptivos orais e injetáveis por mulheres brasileiras, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e aspectos relacionados ao acesso a esses medicamentos/Estudo transversal analítico	20.404 domicílios Brasil	A prevalência de uso de CO e CI em mulheres de 15 a 49 anos, não gestantes, residentes em área urbana brasileira foi de 32,7%.Em relação á indicação de uso, todas as usuárias de CI referiram indicação médica, as usuárias por CO referiram usar por indicação médica (90,4%) por conta própria (5,6%) ou por indicação d e outro profissional (2,5%)	A maioria das mulheres entre 15 e 49 anos que referem usar contraceptivos obteve acesso ao medicamento, usa contraceptivos orais combinados monofásico, de eficácia e segurança adequada, obtido com pagamento do próprio bolso, principalmente, nas farmácias comerciais.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020

Discussão

A saúde da mulher compreende uma série de cuidados e serviços que se tornam cada vez mais imprescindíveis de priorização nos sistemas de saúde, principalmente na atenção básica. Uma melhor compreensão sobre a realidade do público feminino brasileiro e de suas necessidades é de extrema importância para o direcionamento de atividades e tornar o sistema mais efetivo, visto sua capacidade de intervir em muitos aspectos no âmbito da saúde feminina (GRAÇA; et al, 2018). Dessa forma, no presente estudo, foram abordadas temáticas no que diz respeito a algumas das vulnerabilidades enfrentadas por este público.

Algumas pesquisas analisadas mostram que grande parte das entrevistadas que vivenciam violência em seus lares, viram o mesmo ocorrer na relação dos pais. Essa realidade, ainda muito frequente, exige estratégias de saúde pública para romper a violência intergeracional. Dado que a ESF tem como eixo condutor a promoção da saúde, é urgente que os profissionais reconheçam precocemente esse tipo de situação e prestem os devidos cuidados (PAIXÃO; et al, 2015).

Apesar da criação de muitas políticas públicas para o combate desse tipo de violência, como a PNAISM, estudos mostraram que os profissionais de saúde não recebem treinamento adequado para lidar com a violência doméstica, embora muitas vezes consigam reconhecê-la, além disso, as equipes de ESF enfrentam desafios como condições precárias de trabalho (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2015).

Ainda no que concerne à violência, PINTO et al (2017) traz como cenário de estudo as políticas existentes em confronto com a realidade das vítimas de violência sexual. Ele trata os diversos avanços políticos do tema, mas ressalta a importância de mais estudos nacionais na área para análise, a fim de detectar o cumprimento das diretrizes existentes.

Ademais, CONCEIÇÃO e MORA (2020) relatam que apesar do apoio que essas mulheres podem receber do ponto de vista da saúde física e até mesmo da punição do agressor, a principal sequela é emocional, levando as vítimas à solidão afetivo-sexual e até mesmo desdobramento da violência que o ato resulta em uma gestação, desta forma ressaltando a importância do apoio psicoemocional como fundamental a essas mulheres.

No âmbito do acesso aos serviços de saúde por populações menos favorecidas, os achados de GRAÇA et al (2018) ressaltam a problemática das unidades prisionais, que não conseguem manter condições dignas de atenção à qualidade de vida e saúde das reclusas. De acordo com o mesmo autor, a reclusão tem impacto direto na saúde física e mental dessas mulheres que apresentam mais problemas de saúde que a população feminina em geral. Esse fato demonstra grande fragilidade no sistema prisional brasileiro.

Ainda sobre saúde mental, GAIANO et al (2019) destaca a importância de uma rede de apoio social, a qual é relacionada a melhores desfechos de saúde, como abandonos de comportamentos nocivos. Fato relevante dado o perfil sociodemográfico diferir da população anteriormente citada, demonstrando a relevância da saúde mental no contexto social da mulher.

Este mesmo estudo percebe relação significativa entre apoio social e efeito protetivo para transtornos mentais.

Como já debatido anteriormente, a equipe da ESF tem um papel fundamental na promoção de saúde, especialmente no que diz respeito à saúde da mulher. Pode-se citar o papel dos ACS na melhoria de índices sobre saúde materno-infantil, sendo fundamental nas visitas domiciliares e acompanhamento das famílias. É crucial que esses profissionais recebam treinamento adequado para identificar sinais de perigo durante a gravidez e a infância, podendo repassar aos cuidadores orientações, promovendo a prevenção de situações de risco (LIMA, et al. 2018).

Nesse sentido, GUEDES et al (2017) discursa sobre a necessidade de mais ações educativas sobre a promoção do parto durante o pré-natal e MATOS et al (2017) discorre sobre a humanização do parto com grupos de gestantes que visam preparar as mulheres para o processo de parturição. Ambos salientam a importância da participação e preparação dos profissionais de saúde para tal. Afirmam ainda que os trabalhos em grupos de gestantes podem ter efeitos terapêuticos, bem como ser uma excelente ferramenta para passar conhecimento a esta população e ainda estimular a humanização do parto e nascimento do bebê na atenção primária de saúde.

QUIRINO et al (2016) ressalta sobre a importância da atenção à saúde da mulher, não apenas na gestação e no parto, mas também no puerpério quando o autocuidado é de fundamental importância. Ele é referente a horas de sono, de lazer, alimentação adequada, apoio recebido e a percepção do autocuidado pela puérpera além de outros tópicos de cunho sociodemográficos. No entanto, há carência de ações em saúde no que diz respeito a esse momento da vida feminina.

No Brasil, há políticas nacionais (Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, por exemplo) relacionadas à saúde da mulher que reforçam a garantia de direitos constitucionais relacionados ao planejamento reprodutivo e estabelecem as responsabilidades do Estado (CATES, 2014). Entretanto, algumas políticas ainda precisam ser revistas, uma vez que os métodos contraceptivos, por exemplo, ainda são um tabu e alguns estados encontram dificuldades, como falta de equipamentos e treinamento dos profissionais de saúde, além de expressivas diferenças econômicas entre estados.

Sobre o tema supracitado, pode-se afirmar que, globalmente, há um aumento no uso de métodos contraceptivos, de 54,8% em 1990 para 63,3% em 2010 (ALKEMA; KANTOROVA; MENOZZI; BIDDLECOM, 2013). O estudo mostra que a maioria das mulheres entre 15 e 49 anos utiliza mais contraceptivos orais que injetáveis, assim como o pagamento por desembolso direto, demonstrando falhas de abastecimentos dos estabelecimentos de saúde. Este fato corrobora o índice de 55% de gestações não planejadas no Brasil em 2018 (FARIAS 2016) ao contrário de países como o Reino Unido, onde 31% das mulheres usam métodos contraceptivos de longa duração e a taxa de gravidez não planejada é de 16,2%. É válido também citar o México, país em

desenvolvimento, que conseguiu reduzir para 36% o percentual de gestações não planejadas com o auxílio de programas (ALKEMA; KANTOROVA; MENOZZI; BIDDLECOM, 2013).

Em relação ao acompanhamento da saúde da mulher há uma série de dificuldades. No estudo de PASQUAL (2015), situações que evidenciam a vulnerabilidade que as mulheres na faixa etária acima dos 50 anos estão expostas por falta de diagnóstico, acesso a exames e consultas. Do total de mulheres com hipertensão e diabetes, 20,7% participaram do programa HiperDia e menos de 1,0% recebeu o aconselhamento e testes necessários. Apenas 11,9% das mulheres foram submetidas a exames ginecológicos, exames clínicos de mama e mamografia.

Este aspecto vai de encontro à PNAISM, cujo objetivo é promover a melhoria da vida e da saúde das mulheres em todas as etapas do seu ciclo de vida, além de ampliar o acesso a meios e serviços em todo o território brasileiro de forma abrangente à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Outro estudo (BARBOSA e LIMA, 2016) identifica o medo e a dificuldade com relação a alguns dos exames diagnósticos, principalmente para o Câncer de Colo do Útero (CCU), considerado um grave problema de saúde pública (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2000). Para fortalecer as ações de controle do CCU, foi formulado o Plano Nacional de Controle do Câncer Cervical, cujo objetivo principal é estabelecer a coleta de materiais e de exame citopatológico de rotina, principalmente na APS.

No entanto, na estratégia de detecção precoce do CCU, 30 anos após a inserção, a incidência e a mortalidade dessa neoplasia ainda persistem. De acordo com BARBOSA e LIMA (2016), o CCU possui uma grande probabilidade de cura quando diagnosticado precocemente, porém permanece um desafio ampliar a cobertura do exame de rastreio em virtude de barreias do sistema como restrições de tempo nos serviços de saúde, atrasos na organização dos testes e burocracia excessiva. Portanto, é necessário avaliar os serviços de saúde, com foco em ações que promovam a saúde e melhorem o acesso, como estratégias para aumentar a cobertura do exame Papanicolau.

Considerações finais

A respeito do tema em questão, pode-se afirmar que o Brasil apresentou evoluções ao longo de sua história, quando a mulher deixou de ser vista apenas por seu papel social, e passou a ter direitos igualitários aos homens. Atualmente, suas conquistas políticas voltadas à saúde vão além da atenção materno-infantil.

No entanto, a mulher ainda vive situações de vulnerabilidade, sendo um dos principais alvos de violência doméstica, de assédios diversos, submetendo-se a condições desumanas no sistema prisional, além da dificuldade de acesso a alguns serviços de saúde, principalmente ao parto humanizado, à fertilização *in vitro*, aos anticoncepcionais e aos fármacos de alto custo, quando necessita de tratamentos mais complexos, como a quimioterapia oral em tempos da pandemia de covid-19.

Em quesitos de gênero e sexualidade, é notório o aumento da violência e feminicídios em mulheres que desejam sua liberdade conjugal (com uma separação ou divórcio amigável), ou que

assumem sua homoafetividade e transexualidade em busca de saúde, de felicidade e de paz. Em muitas situações, observa-se a letargia do sistema jurídico e político brasileiro em proporcionar uma melhor qualidade de vida, igualdade de gênero e saúde mental às mulheres de acordo com o que rege a Constituição.

Sendo assim, é possível concluir que, apesar de todas as conquistas, falhas ainda são detectadas no sistema de saúde e nas políticas públicas, as quais prejudicam o acesso das mulheres aos serviços do SUS. Em termos gerais, percebe-se a necessidade de intensificar a prática dessas políticas, bem como a promoção da saúde. Além disso, é essencial um maior engajamento e sensibilidade dos representantes políticos diante da luta do movimento feminista, um melhor entendimento e empatia da sociedade civil, muitas vezes cercada de preconceitos, como também a formulação de novas pesquisas que apresentem evidências fortes sobre o tema, a fim de se promover melhorias na saúde da mulher no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALKEMA, L.; KANTOROVA, V.; MENOZZI, C.; BIDDLECOM, A. National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **The Lancet,** v. 381, n. 9878, p. 1642-1652, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em 23 jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de manejo clínico do coronavírus COVID-19 na atenção primária à saúde. Brasília, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejo Pacientes.pdf. Acesso em: 22 de jul. 2020.

BARBOSA, D.C.; LIMA, E.C. Compreensão das mulheres sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção em um município do interior da Bahia, Brasil. **Rev. APS,** v.19, n.4, p. 546-555, out. 2016. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-832213>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CATES JR, W.; MAGGWA B. Family planning since ICPD: how far have we progressed? *Contraception*, v. 90, s.6, p. 14-21, 2014. DOI:10.1016/j.contraception.2014.06.02. Acesso em 20 jul. 2020.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 154-160, mar. 2009. GN1 Genesis Network. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000100021>. Acesso em: 20 jul 2020.

CONEIÇÃO, C.S.; MORA, C.M. "*Respeito é bom e eu gosto*": trajetórias de vida de mulheres negras assistidas por um Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: < https://scielosp.org/pdf/csp/2020.v 36n7/e00180019/pt>. Acesso em 20 jul. 2020.

CURI, Paula Land. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 123-136, jan. 2018.

FARIAS, M.R. et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-878720160500061 76.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.

GAIANO, Loraine Vivian et al. O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3157, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artte xt&pid=S0104116920190001003 43&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2020.

GARCIA, Paula Trintade. Saúde da Mulher. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís, 2013. Disponível em: <http://portal.universidadeabertadosus. org.br/node/1>. Acesso em 24 de julho de 2020.

GRAÇA, B.C. et al. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v.31, n.2, p.1-9, 2018. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907005>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GUEDES, C.D.F.S. et al. Percepções de gestantes sobre a promoção do parto normal no pré-natal. **Rev. Ciênc. Plur,** v.3, n.2, p.87-98, 2017. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876529>. Acesso em: 20 jul. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero: entre 1979 e 1998 [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo07 .action>. Acesso em 20 ju. 2020.

JORGE, Herla Maria Furtado; HIPÓLITO, Maiza Claudia Vilela; MASSON, Valéria Aparecida; SILVA, Raimunda Magalhães da. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 140-148, 30 mar. 2015. Fundação Edson Queiroz. http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p140.

LIMA, T.R. M et al. Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement of knowledge, attitudes and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study. ***BMC Med Educ***. v. 18, n. 1, 201. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30261868/>. Acesso em 20 jul. 2020.

MATOS, G.C. Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. **Rev Fund Care Online**, v.9, n. 2, abr./jun. 2017. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5052/pdf_1>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto **Contexto Enferm**., v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

ONU. Relatório: Mulheres no centro da luta contra a crise Covid-19. Disponível em https://nacoesunidas.org/onu-mulheres-pede-atencao-as-necessidades-femininas-nas-acoes-contra-a-covid-19/. Acesso em 24 de jul. 2020.

OUZZANI, M.; et al. Rayyan - a web and mobile app forfor systematic reviews. **Systematic Reviews** (2016) 5:210. Disponível em: https://rayyan.qcri.org/ DOI: 10.1186/s13643-0160384-4. Acesso em: 16 jul. 2020.

PAIXÃO, G.P.N. et al. Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.874-879, set./out. 2015. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00874.pdf>. Acesso em 20 jul. 2020.

PASQUAL, Kelly Karine; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Health care for women over 50: programmatic vulnerability in the Family Health Strategy. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n.2, p. 21-27, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983144720150002000 21&lng=en&nrm=iso>. Access on 24 July 2020.

PINTO, Lucielma Salmito Soares et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciênc. saúde coletiva,** v.22, n.5, p.1501-1508, 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002501501&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 20 jul. 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab). **Ciência & Saúde Coletiva,** [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018.

QUIRINO, A.F.A. et al. Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.15, n.3, p. 436-444, 2016. Disponível em: < http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31787/18287>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; TAFT, Angela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres, políticas publicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária Brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 93-102, Jan. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000100093&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.16562015.

VERDI, Marta Inês Machado. Saúde e Sociedade. Universidade Federal de Santa Catarina. UNASUS/UFSC. Florianópolis, 2016. Disponível em: Disponível em: < https://unasus.ufsc.br/atencaobasica >. Acesso em: 24 de jul. 2020

Capítulo 7

A SEGURANÇA E A PROTEÇÃO DA CRIANÇA NO CENÁRIO BRASILEIRO

CHILD SAFETY AND PROTECTION IN THE BRAZILIAN SCENARIO

Bárbara Bizzo Castelo[1]
Carla Victória Moreira Vasconcelos[2]
Carolina Teixeira Heleno[3]
Letícia Henriques Neto Salgado[4]
Luiza Ribeiro De Lima Brandão[5]
Mayra Varginha Viegas[6]
Elisabeth Campos de Andrade[7]

RESUMO: A curiosidade e o desejo de conhecer e explorar o mundo tornam as crianças vulneráveis aos perigos nos mais diversos ambientes. Os cuidados e a atenção devem ser adequados a cada fase da vida, levando em conta as particularidades do desenvolvimento. A promoção da segurança na infância é de extrema importância e se trata de um desafio para os cuidadores, profissionais de saúde e para o Estado. Este estudo apresenta uma revisão narrativa com base em artigos e produções científicas e contém informações que podem servir de alicerce para a garantia da saúde integral infantil. Constatou-se que as crianças estão expostas a múltiplos riscos, especialmente violência, abuso sexual, bullying, suicídio e acidentes, tendo sua segurança comprometida no ambiente doméstico, rural, na internet e no trânsito. Portanto, conclui-se que uma infância segura se dá num meio saudável, pautado pelo afeto, cuidado e atenção em todas as suas dimensões.
Palavras-Chave: Cuidado da Criança; Defesa da Criança e do Adolescente; Maus-Tratos Infantis; Bem-Estar da Criança; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT: Curiosity and the desire to know and explore the world make children vulnerable in various settings. Care and attention must be adapted to each stage of life, taking into account the particularities of development. The promotion of child safety is extremely important and it is a challenge for caregivers, healthcare professionals and the government. This study presents a narrative review based on articles and scientific publications and contains information that can serve as a foundation for ensuring the integral health of the pediatric population. It was observed that children are exposed to multiple risks, especially violence, sexual abuse, bullying, suicide and accidents, which compromise their safety in domestic, rural, urban and virtual environments. Therefore, it is concluded that a safe childhood takes place in a healthy environment, guided by affection, care and attention in all its dimensions.
Keywords: Child Care; Child Advocacy; Child Abuse; Child Welfare; Comprehensive Health Care.

[1] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, barbara.bizzo@medicina.ufjf.br
[2] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, carla.vasconcelos@medicina.ufjf.br
[3] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, carolina.heleno@medicina.ufjf.br
[4] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, leticia.henriques@medicina.ufjf.br
[5] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, luiza.brandao@medicina.ufjf.br
[6] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, mayra.varginha@medicina.ufjf.br
[7] Doutora em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Professora Adjunta III da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, elisabeth.andrade@medicina.ufjf.br

1. Introdução

Crianças e adolescentes são caracteristicamente curiosos em relação ao mundo que os cerca, mas em geral não possuem ainda aptidões físicas, cognitivas e de percepção espacial compatíveis com esse desejo exploratório. Desta forma, podem estar susceptíveis a riscos de acordo com o ambiente em que vivem.

É fundamental assegurar as condições ideais para o crescimento, desenvolvimento e amadurecimento até que, ao completar 18 anos, o jovem já tenha autonomia e capacidade de avaliar os riscos e as consequências de seus atos. Portanto, a promoção da segurança infantil é de extrema relevância e, também, um desafio aos cuidadores, aos profissionais de saúde e ao Estado.

No ano de 2018, aproximadamente 70% dos óbitos ocorridos de 0 a 14 anos foram causados por acidentes e 16% por agressões. Já na faixa etária de 15 a 19 anos, 61% dos óbitos foram causados por agressões e 24% por acidentes. Nessa segunda faixa etária, há ainda a preocupação com o aumento das lesões autoprovocadas intencionalmente, que representam cerca de 6% dos óbitos (BRASIL, 2018c). No mês de maio de 2020, cerca de 80% das internações de 0 a 14 anos foram devidas a acidentes, sendo eles de transporte ou lesões acidentais como quedas, afogamentos, queimaduras, entre outros (BRASIL, 2020b).

As estatísticas reforçam a necessidade de atenção à segurança das crianças e adolescentes e permitem identificar as demandas de acordo com cada idade. O conhecimento da especificidade de cada faixa etária é essencial para que as políticas de proteção sejam efetivas.

O Estado considera que é dever familiar, social e governamental assegurar os direitos das crianças e adolescentes, como consta na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2020a). Concomitantemente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, reforça a proteção integral à criança e ao adolescente, promove a adoção de políticas sociais públicas e estabelece penalidades em caso de violação desses direitos (BRASIL, 1990).

No âmbito da atenção primária, a equipe de saúde tem o papel de orientar os responsáveis quanto às medidas de segurança e prevenção de agravos e acidentes nos ambientes domiciliar, escolar, no trânsito e na internet, que devem ser adotadas na rotina. Tendo em vista a importância de garantir a saúde integral, o presente estudo tem como objetivo apresentar uma revisão narrativa sobre a segurança da criança e do adolescente em suas diversas esferas.

2. Materiais e Métodos

Este estudo constitui uma revisão narrativa de caráter exploratório e descritivo a respeito da segurança da criança e do adolescente na atualidade e seus diversos aspectos. A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2020 e utilizou-se as bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Nacional Library of Medicine (PubMed) e a plataforma UpToDate.

Foram pesquisados artigos relevantes publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português e inglês, acerca da segurança no trânsito, na zona rural e no ambiente doméstico, violência, suicídio, internet, bullying e abuso sexual. Além disso, para coleta de informações, foram utilizados documentos oficiais do governo brasileiro, produções científicas de autoridades nacionais e internacionais, o Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (4ª edição) e a plataforma DATASUS.

3. Resultados e Discussão

3.1. Segurança no ambiente doméstico

O próprio domicílio constitui o principal risco para eventos traumáticos em crianças até o período escolar, sendo que cerca de metade das mortes consideradas acidentais em indivíduos de até 15 anos ocorrem no lar (SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011). Nesse ambiente, as quedas são os acidentes mais frequentes, seguidas pelas queimaduras (SBP, 2020). Os locais que oferecem mais riscos são, em ordem decrescente, a cozinha, o banheiro, as escadas e corredores, o quarto, a sala, o elevador, a lavanderia, a piscina, o quintal e a garagem ou depósito (SAFE KIDS WORLDWIDE, 2015).

Estudos demonstram que um relevante entrave à implementação de equipamentos de segurança e proteção de crianças se relaciona ao fato de viver em um ambiente que não permite modificações, seja por se tratar de aluguel e/ou residência com famílias grandes (SMITHSON; GARSIDE; PEARSON, 2011). Em 2018, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) mostrou que 11,5 milhões de brasileiros viviam em locais com mais de três pessoas por dormitório. Este fato pode dificultar a instalação de ambientes adequados e seguros para as crianças (BRASIL, 2019).

Para que haja a prevenção de traumas a partir de simples medidas de prevenção e proteção, a orientação e a conscientização dos pais são essenciais para proporcionar uma supervisão efetiva das crianças e a eliminação de possíveis riscos (HON e LEUNG, 2010). A residência e seu entorno também devem estar preparados para as possibilidades de exploração por crianças (BURNS *et al*, 2017).

Dentre as orientações gerais mais relevantes, destacam-se: proteger as escadas instalando portões nos dois lados; não utilizar andador; manter produtos tóxicos em armários altos e trancados; assegurar que as janelas possuem grades ou redes de proteção; proteger as tomadas elétricas; não colocar móveis embaixo de janelas; não utilizar puxadores de cortinas. Na cozinha, é importante limitar o acesso da criança através de um portão, utilizar os queimadores da parte de trás do fogão para preparar os alimentos, virar os cabos de panela para dentro e para trás, deixar objetos cortantes fora do alcance de crianças e manter o botijão de gás do lado de fora da cozinha com as válvulas de liberação sempre fechadas. No banheiro, cosméticos, medicamentos e aparelhos elétricos devem ficar em armários altos e trancados, o piso deve estar sempre seco e, se houver tapete, o ideal é que este seja antiderrapante. A tampa do vaso sanitário deve ser mantida fechada e travada (BURNS *et al*, 2017).

3.2. Segurança rural

Na zona rural os acidentes são, em geral, mais graves e acompanhados de alta morbimortalidade. Os principais riscos incluem equipamentos utilizados no trabalho agrícola, afogamentos em piscinas ou em águas naturais, queimaduras, lesões causadas por animais de grande porte ou peçonhentos e intoxicações (BURNS *et al*, 2017). A descontinuidade na supervisão e a desatenção dos pais no ambiente rural devido à simultaneidade das tarefas que desempenham e a vigilância às crianças relaciona-se à ocorrência de acidentes (MORRONGIELLO *et al.*, 2008).

No Brasil, em 2018, os afogamentos e submersões acidentais foram responsáveis pela morte de 866 crianças de 0 a 14 anos, predominantemente em águas naturais (BRASIL, 2018b). Portanto, recomenda-se que a piscina seja cercada em todo o seu perímetro, com portão e fechadura automáticos, e que cisternas, poços e reservatórios de água também apresentem coberturas ou cercas. É importante salientar que as crianças precisam de vigilância contínua e atenta quando se encontram nas proximidades desses ambientes (BURNS *et al*, 2017).

3.3. Segurança no trânsito

No cenário mundial, lesões ocorridas no trânsito são a principal causa de morte entre 5 e 29 anos (WHO, 2018). No Brasil, durante o ano de 2019, ocorreram 10.832 hospitalizações de crianças entre 0 a 14 anos devido a este mesmo motivo (CRIANÇA SEGURA, 2020).

Crianças menores de 10 anos devem ser sempre supervisionadas por um adulto em todas as situações de trânsito, já que os perigos excedem suas habilidades físicas, cognitivas, sensoriais e de comportamento (BURNS *et al*, 2017).

Dentre os fatores de risco relacionados aos atropelamentos estão: meninos, faixa etária de 3 a 12 anos, número de ruas que a criança atravessa, atravessar a rua fora da faixa de pedestre, horários escolares e moradias sem quintal ou área de recreação (SMITH *et al*., 2009; LIU; MENDOZA, 2014).

As recomendações internacionais para o transporte seguro de crianças são: manter menores de 13 anos no banco traseiro do automóvel, usar um dispositivo de contenção apropriado em toda viagem e instalá-lo de maneira correta (ZONFRILLO; DURBIN; WINSTON, 2012). Contudo, no Brasil, o Conselho Nacional de Trânsito dispõe que menores de 10 anos devem ser obrigatoriamente transportados nos bancos traseiros. Os assentos de segurança infantis, que devem ser certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), são específicos às diversas fases do crescimento, cabendo aos pais se atentar às recomendações. A obrigatoriedade do uso do dispositivo de retenção vale, inclusive, para os veículos de transporte escolar. O cinto de segurança pode ser utilizado a partir dos 1,45 m de altura e recomenda-se que, até atingirem essa estatura, as crianças usem assentos de elevação (BURNS *et al*, 2017; BRASIL, 2018a).

Ampliar o conhecimento das crianças quanto às atitudes e práticas preventivas no trânsito também está recomendado (FREITAS *et al*., 2019), devendo ser trabalhado de forma periódica,

uma vez que os objetivos desta educação são atingidos a longo prazo (COSCRATO; PINA; DE MELLO, 2010).

3.4. Violência na infância

A violência na infância é definida como "toda ação ou omissão, conscientemente aplicada ou não, que venha a lhe provocar dor, seja ela física ou emocional" (BURNS *et al.,* 2017). Pode ser categorizada em quatro tipos: física, negligência, psicológica e sexual (DE SOUZA e CASTANHA, 2014) e ocorre principalmente no domicílio da vítima e em áreas urbanas e, muitas vezes, são perpetrados pelos próprios cuidadores (MACEDO *et al.*, 2020).

A violência física consiste na prática de quaisquer ações com uso de força, de forma intencional, a fim de causar danos, ferir, lesar ou destruir a vítima. O agente agressor é sempre um adulto ou pessoa mais velha que a criança (BUTCHART e HARVEY, 2006). São sinais e sintomas de suspeição: hematomas; marcas de queimadura; fraturas em locais incomuns e em vários níveis de calcificação; alterações neurológicas; lesões bilaterais em região de órbitas, isoladas, sem comprometimento do nariz ou outra área. Nesse contexto, vale lembrar que mais frequentemente até os 2 anos de vida, o chacoalhar brusco da criança pode fazer com que a massa encefálica se choque com a calota craniana e provoque lesões vasculares e teciduais, caracterizando a Síndrome do bebê sacudido (BURNS *et al.*, 2017).

A negligência se dá pela omissão do cuidado básico para com a criança, de forma crônica, impactando de forma negativa no desenvolvimento físico, emocional e social (PFEIFFER, 2011; UNICEF, 2014). Como consequência, tem-se: prejuízos de higiene, nutrição, saúde, educação, estímulo ao desenvolvimento, à orientação moral, à proteção e à afetividade (BURNS *et al.*, 2017).

A violência psicológica consiste em atitudes que visem à humilhação ou à desqualificação da criança, acarretando danos à saúde mental, autoestima e identidade (UNICEF, 2014). Alguns sinais de alerta são sintomas regressivos, como enurese e encoprese, e distúrbios alimentares, como anorexia, bulimia e obesidade, tratando-se de uma forma de auto-agressão adotada pelas vítimas. Com a persistência do quadro, ocorrem atrasos de desenvolvimento psicomotor e afetivo e distúrbios de aprendizagem que podem culminar com o fracasso escolar (BURNS *et al.*, 2017).

Existem, ainda, outros tipos de violência como a Síndrome de Münchhausen por procuração, na qual a criança é levada, principalmente pela mãe (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018), para atendimentos médicos de forma insistente e em frequência acima do esperado. As queixas de sintomas e sinais inventados, simulados ou provocados por seus responsáveis ou cuidadores são vagas, não consistentes ou não compatíveis com patologias conhecidas (BURNS *et al.*, 2017). No geral, essa é uma maneira intrincada de violência contra a criança, havendo associação entre abuso físico e psíquico.

De forma ampla, é preciso saber que a violência infantil se traveste de diversas formas e é responsabilidade do profissional da saúde saber identificá-la e notificá-la, a fim de proteger a criança.

3.5. Abuso sexual

O abuso sexual infantil é definido como "todo ato ou jogo sexual com a finalidade de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando a utilizá-lo para obter satisfação sexual" (BRASIL, 2010), sendo incluídos o estupro, o contato oral-genital e as carícias. As ocorrências são mais frequentes na faixa pré-púbere, sendo comum que o primeiro episódio ocorra entre os 8 a 11 anos. As meninas são mais acometidas que os meninos e estima-se que 30 a 80% dos casos não sejam revelados até a idade adulta (BURNS *et al*, 2017).

Os abusadores geralmente são homens adultos conhecidos e fatores como relacionamento familiar conflituoso e a presença de um homem não-biologicamente relacionado na casa podem se associar a um maior risco (JOHNSON *et al*., 2004).

Em geral, as queixas são inespecíficas (KELLOGG *et al*, 2005) e a avaliação deve incluir anamnese e exame físico criteriosos, obtendo melhores resultados em ambientes não emergenciais. Os principais objetivos devem ser a identificação de lesões que necessitam de intervenção, de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e de gravidez, além da documentação dos possíveis achados (GIRARDET *et a*l 2006).

A criança deve ser entrevistada sozinha, mas caso essa se sinta desconfortável, um adulto de apoio que não seja suspeito pode permanecer no local. (LAHOTI *et al*, 2001). O exame físico deve incluir cavidade oral, seios, genitália masculina/feminina, região perineal, parte interna das coxas e ânus (KELLOGG *et al*, 2005). Apesar das grandes expectativas dos pais de que se descarte a hipótese de abuso, é importante salientar que as alterações são observadas numa pequena parcela de pacientes, mesmo quando em penetrações anal ou vaginal (HEGER *et al*., 2002; SMITH *et al*., 2018).

A prevalência de aquisição de ISTs após abuso sexual em vítimas pediátricas é menor que 10% e é um achado mais frequente em meninas (GIRARDET *et al*, 2009). As investigações a serem feitas incluem HIV, sífilis e hepatites B e C, e a interpretação do resultado deve considerar possíveis transmissões vertical ou direta (BURNS *et al*, 2017).

A avaliação deve ser realizada urgentemente nas seguintes situações: o abuso relatado ocorreu dentro de 72 a 96 horas; lesões genitais ou anais que requerem tratamento; evidências forenses presentes nas roupas ou no corpo do paciente; risco de abuso ou represália contínuos por parte do suposto autor; ideação homicida ou suicida por parte da vítima e outras queixas de emergência (FLOYED *et al*, 2011).

Quanto ao suporte psicológico, crianças abusadas sexualmente têm um risco aumentado de apresentar distúrbios psiquiátricos como transtorno do estresse pós-traumático, depressão, tendência ao suicídio, ansiedade, baixa autoestima e problemas de comportamento sexual (CUMMINGS, *et al*., 2012). Por fim, é necessário avaliar as condições da família de lidar com a situação e manter a criança longe de seu agressor, oferecer uma abordagem multidisciplinar, notificar os casos de forma compulsória e imediata em até 24 horas e coletar as evidências com o intuito de auxiliar a família e a criança num futuro processo penal (BURNS *et al*, 2017).

3.6 Segurança na internet

Atualmente, crescente parte da população infantil entra em contato com algum tipo de tecnologia digital, como smartphone, tablet ou computador (ATAÍDE; FERREIRA; FRANCISCO, 2019). A pesquisa Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC Kids Online Brasil 2018 mostrou que 86% das crianças com idade entre 9 e 17 anos faziam uso da Internet. No que tange ao uso diário da rede, a porcentagem desses usuários saltou de 47%, em 2012, para 88% em 2018 (CGI, 2018).

As crianças podem desfrutar de benefícios ao usar a informática em prol da aquisição educativa ou de um lazer sadio, uma vez que essa constitui uma ferramenta de transmissão rápida de cultura e de conhecimento (ATAÍDE; FERREIRA; FRANCISCO, 2019). Contudo, sendo o meio imprevisível, podem ser oferecidos riscos em caso de uso excessivo ou sem supervisão (BURNS *et al*, 2017). As redes sociais digitais, os sites de busca e os aplicativos podem expor a criança a conteúdos inadequados à idade, a jogos violentos e ao contato com pessoas mal intencionadas, além de facilitar a divulgação de informações pessoais da criança e de sua família. Deve-se acrescentar que a internet é um espaço em que a criança pode se tornar vítima de *cyberbullying*, resultando em graves danos devido à rápida disseminação e ao caráter anônimo possibilitado por este veículo de informação (BURNS *et al*., 2017).

Em suma, é praticamente inevitável a relação da criança com a internet, portanto é necessário atentar-se às possibilidades que ela oferece (ATAÍDE; FERREIRA; FRANCISCO, 2019). Para que o uso das novas tecnologias se dê de forma saudável, os responsáveis devem sempre avaliar os riscos e alertar os filhos para um uso consciente e apropriado da rede. Recomenda-se que o acesso ao computador ou smartphone deva ocorrer em uma área comum da residência, de modo que a criança esteja sob supervisão constante. Além disso, o tempo de uso deve ser limitado e através de um provedor que bloqueie áreas impróprias e indesejadas (BURNS *et al.*, 2017).

3.7. *Bullying*

A intimidação sistemática, conhecida como *bullying*, é definida pela Lei nº 13.185/2015 como “todo ato de violência física ou psicológica, intencional e repetitivo que ocorre sem motivação evidente, praticado por indivíduo ou grupo, contra uma ou mais pessoas, com o objetivo de intimidá-la ou agredi-la, causando dor e angústia à vítima, em uma relação de desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas”. Em 2015, o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) foi instituído devido às diversas consequências negativas que esse ato pode acarretar, buscando um meio legal de combate à essa violência (BRASIL, 2015).

O *bullying* pode ocorrer quando na presença da vítima, sendo classificado como direto, ou ainda quando a vítima se faz ausente, o *bullying* indireto. É frequente que essa prática se apresente associada a outras manifestações de violência no ambiente escolar, como depredação do patrimônio, atos de incivilidade e falta de respeito perante colegas e professores (BURNS *et al.*, 2017).

As agressões podem se dar nos âmbitos verbal, moral, sexual, social, psicológico, físico, material e virtual (BRASIL, 2015). É importante identificar características das vítimas, que no geral são crianças de perfil retraído, com dificuldade de se expressar ou se abrir para responsáveis em casa ou na escola, seja por medo ou timidez (BRASIL, 2017). Ainda, elas podem apresentar diversidade étnica, religiosa, de identificação sexual, socioeconômica, algum tipo de deficiência física ou cognitiva, além de obesidade ou magreza e alterações em estatura (BURNS *et al.*, 2017).

Os responsáveis precisam estar atentos às mudanças de comportamento das crianças e aos padrões como fobia escolar, ansiedade antecipatória às vésperas das aulas ou final de férias, insônia ou pesadelos, isolamento ou quadro depressivo, choro fácil, sintomas psicossomáticos (como dores mal localizadas e indisposição, principalmente em dias de aula), ter pertences perdidos ou danificados sem explicação lógica, decréscimo do rendimento escolar e, até mesmo, sinais de agressão física (BURNS *et al.*, 2017).

As consequências do *bullying* dependem da duração, do tipo e da intensidade da agressão, além da estrutura psíquica dos envolvidos e do apoio recebido. Em casos graves, a vítima pode apresentar atitudes de automutilação, ideação e/ou tentativa de suicídio ou medidas drásticas de vingança. A longo prazo, a falta de suporte adequado relaciona-se ao desenvolvimento de quadros crônicos de depressão, pânico, abuso de substâncias, transtornos alimentares e instabilidade nos relacionamentos (BURNS *et al.*, 2017).

Sendo assim, os estabelecimentos de ensino devem assegurar medidas de conscientização, prevenção, diagnóstico e combate à intimidação sistemática (BRASIL, 2015), promovendo pactos de convivência saudável, disponibilizando serviço de apoio psicológico aos alunos e realizando encontros informativos sobre o tema. Para que as medidas sejam ainda mais eficazes, deve-se articular escola-família-sociedade, para que os pais também se façam atentos aos comportamentos das crianças e sejam capazes de intervir e procurar por ajuda. (BURNS *et al.*, 2017).

3.8. Suicídio

O suicídio é considerado a ação humana que causa a cessação da própria vida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014). É encarado como um problema de saúde pública mundial (SOUSA *et al.*, 2020), chegando a ser considerado uma das maiores causas de morte no mundo (BURNS *et al.*, 2017).

Antes que venha a ocorrer o ato, podem ser identificadas atitudes de auto agressão, com busca frequente por situações que tragam perigo ou dor (BURNS *et al.*, 2017). Um indicativo de risco da consumação do suicídio que pode também estar presente em indivíduos na idade escolar e na adolescência é a ideação suicida (MPPR, 2019). Nas crianças, apresenta-se de forma menos específica e não planejada, dado o conceito limitado de morte desta faixa etária (SILVA *et al.*, 2019).

As vítimas são frequentemente acometidas por traumas físicos e emocionais e, às vezes, diagnosticadas como portadoras de transtorno de oposição desafiante ou de hiperatividade (BURNS *et al.*, 2017) ou de outros transtornos mentais (SILVA *et al*., 2019). É possível que esteja

em sofrimento devido a relações domiciliares conflituosas, perdas, grandes injustiças ou sentimento de incapacidade em conseguir satisfazer as expectativas próprias e alheias (BURNS *et al.*, 2017). Como fator de risco, tem-se o histórico familiar de suicídio ou depressão, impulsividade, isolamento social, desentendimentos com colegas, *bullying* e influência das mídias digitais. Contudo, é preciso atentar-se à natureza multifatorial desse evento, não devendo atribuir uma única causa a um fenômeno tão complexo (SILVA *et al*., 2019).

Nesse sentido, é necessário que, a partir da percepção de comportamentos auto agressivos ou de atentado à própria vida em crianças ou adolescentes, haja um acompanhamento multidisciplinar, com pediatra, psiquiatra e psicólogo. Essa abordagem deve ser prolongada e estendida à família, de forma a pesquisar fatores de risco e esclarecer as razões do desejo de sofrer ou de se suicidar (BURNS *et al.*, 2017).

4. Conclusão

A segurança da criança é um tema amplo e que deve ser abordado sob vários ângulos. Pais e responsáveis devem ser orientados de forma continuada ao longo do acompanhamento pediátrico e com recomendações ajustadas a cada faixa etária. É necessário que os profissionais da saúde estejam atentos a todos os sinais, tanto com o intuito de alertar os pais, quanto de notificar as autoridades em casos que requeiram intervenção legal.

Por fim, ressalta-se que uma infância segura é aquela que se dá num meio saudável, pautado pelo afeto, cuidado e atenção em todas as suas dimensões. É um dever social prover os meios para que crianças cresçam e reproduzam atos de amor que serão a base para a segurança dos demais.

5. Referências Bibliográficas

ATAÍDE, Mayara Waleska Oliveira; FERREIRA, Adilson Rocha; FRANCISCO, Deise Juliana. **A criança e a Internet: análise bibliográfica acerca dos riscos e benefícios percebidos por crianças**. Revista EDaPECI, São Cristóvão (SE): v.19. n. 2, p. 165-176. mai./ago. 2019.

BURNS. Dennis Alexander Rabelo (org). Tratado de pediatria. Barueri, SP : Manole, 2017.

BUTCHART, Alexander; HARVEY, Alison Phinney. **Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence**. Toronto, Canada, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº N° 13185, de 6 de novembro de 2015. **Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying).** Diário Oficial da União. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13185.htm Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2019. 40. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 130 p. ISBN 978-85-240-4511-0. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101678. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Especialistas indicam formas de combate a atos de intimidação**. Brasília, 2017. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/47721-especialistas-indicam-formas-de-combate-a-atos-de-intimidacao. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Infraestrutura. Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes. **Segurança no trânsito: a importância do uso da cadeirinha**. [*S. l.*], 2018a. Disponível em: https://www.gov.br/dnit/pt-br/assuntos/noticias/seguranca-no-transito-a-importancia-do-uso-da-cadeirinha-1. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por Local de Internação - Brasil. *In:* **Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por Local de Internação - Brasil.** [*S. l.*], 2020b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fiuf.def. Acesso em: 23 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Óbitos infantis - Brasil. *In*: **Óbitos infantis - Brasil**. [*S.l.*], 2018b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Óbitos por Causas Externas - Brasil. *In*: **Óbitos por Causas Externas - Brasil.** [*S.l.*], 2018c. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def. Acesso em: 23 jul 2020.

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. Acesso em: 26 jul. 2020.

CGI: Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br (2018). **Pesquisa Sobre o Uso da Internet por Crianças e Adolescentes no Brasil: TIC Kids Online 2018**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2018.

COSCRATO, Gisele; PINA, Juliana Coelho; DE MELLO, Débora Falleiros. **Use of recreational activities in health education: Integrative review of literature**. ACTA Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 2, p. 257–263, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200017. Acesso em: 26 jul. 2020.

CRIANÇA SEGURA (Brasil). Os acidentes em número: Hospitalizações. *In*: **Os acidentes em número**. [*S.l.*], 2020. Disponível em: https://criancasegura.org.br/dados-de-acidentes/. Acesso em: 31 jul. 2020.

CUMMINGS, Marissa; BERKOWITZ, Steven; SCRIBANO, Philip. **Treatment of childhood sexual abuse: an updated review.** *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(6):599-607. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11920-012-0316-5. Acesso em 23 jul. 2020.

DE SOUZA, Leila Regina Paiva; CASTANHA, Neide. **Disque 100: cem mil denúncias e um retrato da violência sexual infanto-juvenil**. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_. Acesso em: 23 jul. 2020.

FREITAS, Carla Kalline Alves Cartaxo *et al.* **Programa educativo para promoção de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas de crianças em relação aos acidentes de trânsito: estudo experimental**. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 37, n. 4, p. 458-464, Dec 2019.

FLOYED, Rebecca; HIRSH, Daniel; GREENBAUM, Virginia; SIMON, Harold. **Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits.** *Pediatrics*. 2011;128(2):221-226.

GIRARDET, Rebecca; LAHOTI, Sheela; HOWARD, Laurie, *et al.* **Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault.** *Pediatrics*. 2009;124(1):79-86.

GIRARDET, Rebecca; GIACOBBE, Lauren; BOLTON, Kelly; LAHOTI, Sheela; MCNEESE, Margaret. **Unmet health care needs among children evaluated for sexual assault.** *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):70-73.

HEGER, Astrid; TICSON, Lynne; VELASQUEZ, Oralia; BERNIER, Raphael. **Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children**. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):645-659.

HON, Kam Lun Ellis; LEUNG, Alexander K. C. **Childhood Accidents: Injuries and Poisoning**: Advances in pediatrics, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.yapd.2009.08.010. Acesso em: 26 jul. 2020.

JOHNSON, Charles Felzen. **Child sexual abuse**. Lancet, 2004; 364: 462-470.

KELLOGG, Nancy; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. **The evaluation of sexual abuse in children**. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-512.

LAHOTI, Sheela; MCCLAIN, Natalie; GIRARDET, Rebecca; MCNEESE, Margaret; CHEUNG, Kim. **Evaluating the child for sexual abuse.** *Am Fam Physician*. 2001;63(5):883-892.

LIU, Gilbert Chien; MENDOZA, Jason. **There and back again: Safety and health on the journey to school**. American Academy of Pediatrics, 2014.

MACEDO, Davi Manzini *et al*. **Characterization of Child Maltreatment Cases Identified in Health Services.** Paidéia, v. 30, 2020.

MORRONGIELLO, Barbara A. *et al.* **Adult supervision and pediatric injuries in the agricultural worksite**. Accident Analysis and Prevention, v. 40, n. 3, p. 1149–1156, 2008.

MPPR: Ministério Público do Paraná: Saúde Mental: **Suicídio na Infância e Adolescência** 2019. Disponível em: http://crianca.mppr.mp.br/pagina-1498.html. Acesso em: 24 jul. 2020.

PFEIFFER, Luci. **Método de classificação da gravidade da violência contra crianças e adolescentes**. 2011. - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SAFE KIDS WORLDWIDE. **Report to the nation : Protecting children in your home.** Washington, DC, Fev 2015. Disponível em: https://www.safekids.org/sites/default/files/documents/ResearchReports/report_to_the_nation_protecting_children_in_your_home.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Acidentes Domésticos**. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/prevencao-de-acidentes/acidentes-domesticos/. Acesso em: 25 de julho de 2020.

SILVA, Lucía. **Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 32, n. 3, p. III-IVI, jun. 2019.

SMITH, Gary A. *et al.* **Policy statement - Pedestrian safety**. Pediatrics, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2009-1143. Acesso em: 26 jul. 2020.

SMITH, Tanya; RAMAN, Sudha; MADIGAN, Sheri; WALDMAN, Judy; SHOULDICE, Michelle. **Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault.** *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(2):79-83.

SMITHSON, Janet; GARSIDE, Ruth; PEARSON, Mark. **Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research**. Injury Prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention, v. 17, n. 2, p. 116–126, 2011.

SOUSA, Karina Alcântara de; FERREIRA, Maria Goreth Silva; GALVAO, Edna Ferreira Coelho. **Assistência multidisciplinar à saúde nos casos de ideação suicida infantojuvenil: limites operacionais e organizacionais.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 73, supl. 1, e20190459, 2020.

UNICEF. **Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children.** New Scientist. New York, NY, 2014.

WAKSMAN, Renata Dejtiar; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; PFEIFFER, Luci. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência**. 2ª ed. Brasília: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2018.

WHO: World Health Organization. **Global Status Report on Road Safety 2018**: Summary Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/NMH/NVI/18.20). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

WHO: World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Genève: WHO; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 24 jul. 2020.

ZONFRILLO, Mark R.; DURBIN, Dennis R.; WINSTON, Flaura K. **Child passenger safety: Protecting your patients on every trip**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

Capítulo 8

ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO O PESO AO NASCER NO BRASIL

ADEQUACY OF PRENATAL CARE ACCORDING TO BIRTH WEIGHT IN BRAZIL

Márcio Cristiano de Melo[1]
Elizabeth Regina de Melo Cabral[2]
Tassia Fraga Barros[3]

RESUMO: Este estudo objetivou analisar a relação do quantitativo de consultas de pré-natal com o peso ao nascer dos registros de nascidos vivos, nos estados e regiões brasileiras. Estudo ecológico e descritivo da totalidade do número de consultas de pré-natal e do peso, ao nascer, registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos no ano de 2018. Evidenciou-se que os nascidos vivos, em todos os estados, tiveram peso adequado com proporções acima de 85%, independentemente do número de consultas. Entre as mulheres que não realizaram pré-natal, estados como PR, RS, SC, SP, MG, MS, GO, DF e CE registram 25% ou mais de nascimentos abaixo do peso ideal. Os achados ressaltam o *paradoxo do baixo peso ao nascer* e revelam os subgrupos de consultas de pré-natal em que ocorrem os maiores percentuais de baixo peso e sobrepeso, alertando para a necessidade de investigações mais detalhadas.
Palavras-Chave: Cuidado Pré-Natal, Nascimento Vivo, Peso ao Nascer, Estatísticas Vitais

ABSTRACT: This study aimed to analyze the relationship between the number of prenatal consultations and the birth weight of live birth records in Brazilian states and regions. Ecological and descriptive study of the total number of prenatal consultations and birth weight recorded in the Live Birth Information System in 2018. It was evidenced that live births, in all states, had adequate weight with proportions above 85%, regardless of the number of consultations. Among women who did not have prenatal care, states such as PR, RS, SC, SP, MG, MS, GO, DF and CE registered 25% or more of births under ideal weight. The findings highlight the paradox of low birth weight, reveal the subgroups of prenatal consultations with the highest percentages of low weight and overweight, alerting to the need for more detailed investigations.
Key-Words: Prenatal Care, Live Birth, Birth Weight, Vital Statistics

Introdução

As políticas nacionais de atenção à saúde materno-infantil preconizam um bom acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério como estratégia de prevenção e redução dos riscos de morbidade, complicações e mortalidade, tanto para a gestante quanto para a criança (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). A situação de saúde no universo materno-infantil permite a identificação, construção e análise de indicadores que alicerçam a gestão, planejamento de ações, vigilância da atenção à saúde e avaliação das políticas públicas. Para tal, o Brasil utiliza o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) que permite às equipes de saúde de nível municipal, estadual e federal gerar indicadores específicos sobre o pré-natal, parto e puerpério, utilizando a Declaração de Nascido Vivo (DN) como fonte de dados (OLIVEIRA; ANDRADE; DIMECH; OLIVEIRA et al., 2015).

[1] Doutor em Epidemiologia pela FCM/Unicamp e professor da Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic de Araras-SP. E-mail: enf.marciomelo@gmail.com
[2] Doutoranda e Mestra em Epidemiologia pela FCM/Unicamp e professora da Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic de Araras-SP. E-mail: belreg@gmail.com
[3] Doutora em Epidemiologia pela FCM/Unicamp e professora da Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic de Araras-SP. E-mail: tassiafraga@yahoo.com.br

A assistência ao pré-natal possui gradiente de crescimento desde 1990 em todas as regiões do país, levando em consideração as diferenças entre características sociodemográficas, sociais e as reprodutivas. Uma má adequação do pré-natal reduz a efetividade dos cuidados materno-infantis e a prevenção de complicações (POLGLIANE; LEAL; AMORIM; ZANDONADE et al., 2014; VICTORA; AQUINO; DO CARMO LEAL; MONTEIRO et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, tendo como parâmetro de início o primeiro trimestre, com a realização de exames clínico-obstétricos e laboratoriais (BRASIL, 2013a). A adequação da assistência pré-natal é avaliada por meio de indicadores baseados no número de consultas realizadas e no início do pré-natal (VILLAR; BA'AQEEL; PIAGGIO; LUMBIGANON et al., 2001). Contudo, não existem parâmetros avaliativos que definam o número ideal, esperado e exequível de consultas, uma vez que é comprovado cientificamente que poucas consultas realizadas com qualidade refletem uma eficácia satisfatória no cuidado, quanto à realização de mais consultas com um menor rigor de qualidade da assistência (BRASIL, 2013a).

Conhecer as ações de pré-natal, por parte dos profissionais de saúde, garante a compreensão dos avanços conquistados e dos entraves que podem ser superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possui como principal aliada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que configura como modelo de atenção que sustenta a efetivação do pré-natal na Rede de Atenção à Saúde do SUS (NUNES; GOMES; RODRIGUES; MASCARENHAS, 2016; TOMASI; FERNANDES; FISCHER; SIQUEIRA et al., 2017).

O objetivo deste estudo foi analisar o peso ao nascer em relação à adequação de consultas de pré-natal dos registros de nascidos vivos, nos estados e regiões brasileiras, no ano de 2018.

Método

Trata-se de um estudo ecológico e descritivo, acerca da totalidade dos registros do número de consultas de pré-natal e do peso ao nascer registrados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2018, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

Estudou-se a frequência de baixo peso (BP) (<2.500g), peso suficiente/adequado (PS/A) (entre 2.500g e 3.999g) e excesso de peso (EP) (≥ 4.000g) de acordo com a adequação quantitativa do número de consultas de pré-natal, divididas em seis categorias e seus respectivos métodos de cálculo: **não fez pré-natal** (mulheres que não fizeram consulta durante a gestação; Consprenat = 0); **inadequado** (início do pré-natal após o terceiro mês de gestação e aquelas que, embora tenham iniciado o pré-natal até o terceiro mês de gestação, fizeram menos de três consultas; Mesprenat >3 ou, Mesprenat ≤ 3 e Consprenat < 3); **intermediário** (início dos cuidados antes ou durante o terceiro mês e três a cinco consultas; Mesprenat ≤ 3 e Consprenat entre 3 e 5); **adequado** (início antes ou durante o terceiro mês e fizeram seis consultas; Mesprenat ≤ 3 e Consprenat = 6); **mais que adequado** (início antes ou durante o terceiro mês com sete consultas ou mais; Mesprenat ≤ 3 e Consprenat ≥ 7) e **não classificados** (sem informações) (o índice foi

calculado a partir dos campos da declaração de nascidos vivos “33 – Número de consultas pré-natal” (Mesprenat) e “34 – Mês de gestação em que iniciou o pré-natal” (Consprenat) (BRASIL, S/D; BRASIL, 2013b, BRASIL, 2018).

Como critério de inclusão no estudo, utilizou-se a seleção precisa da unidade da federação do registro da informação e o ano 2018. Foram calculadas as frequências absolutas do peso ao nascer de acordo com a adequação do pré-natal. O cálculo das proporções de peso ao nascer foi realizado considerando a distribuição de cada uma das categorias de consultas de pré-natal, em relação ao peso ao nascer, multiplicado por 100.

Os dados estão apresentados em tabelas com as frequências, de acordo com cada unidade federativa e regiões brasileiras. Para tanto, utilizou-se do software Excel 2019 para Windows.

Por serem utilizados dados secundários, de domínio público, dispensou-se a solicitação de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No Brasil, em 2018, registrou-se 3.455.147 nascimentos com informação do peso ao nascer e número de consultas de pré-natal de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde. A região Sudeste deteve 33,2% (N=1.147.006) dos registros, seguida da região Nordeste com 24,2% (N=836.694), Norte com 19,8% (N = 684.608), região Sul com 15,7% (N=540.860) e Centro-Oeste com 7,1% (N=245.979).

Na região Norte, a frequência, no total geral, esteve acima dos 85% com PS/A de 2.500g a 3.999g. Mas verifica-se que nas categorias de adequação do pré-natal, houve uma exceção no estado de RO, na categoria de “não fez o pré-natal”, que ficou com 69,7% (N=23). Os estados que mais se destacaram, em relação ao peso ideal, foram: RO com 87,2% (N=24.495), seguido do TO e do PA, ambos com 86,6% (N=22.028 e N=122.614, respectivamente) (Tabela 1).

Em relação ao BP (<2.499g), em todos os estados da região Norte, a categoria de “não fez o pré-natal” teve maiores frequências. E todos os estados, comparando as categorias pré-natal adequado e mais que adequado, tiveram redução de BP, entre essas modalidades e quem realizou mais de sete consultas pré-natais teve menor frequência de crianças nascidas com BP. Quanto aos que nasceram com EP (≥4.000g), as modalidades foram bem diversificadas nas categorias, mas foi predominante em todos os estados a “mais que adequado” e mais alta no Amazonas, com 8,1% (N=2.453), Tabela 1.

Foram observadas menores coberturas de pré-natal na Região Norte, na qual os autores descreveram que esse fator era potencializado se fossem mulheres indígenas, com menor escolaridade, sem companheiro e com maior número de gestações. Também foi apontado que as barreiras de acesso, como as de locomoção, eram as razões mais frequentes para a não realização do pré-natal (VIELLAS et al, 2014).

Também foi reforçado por Anjos e Boing (2016) que houve maior proporção de municípios com baixa prevalência de realização de sete ou mais consultas e alta prevalência de zero a três consultas. Os autores reforçaram que apesar de o Brasil possuir um sistema único de saúde, que

deveria fornecer assistência pré-natal universal, o uso desse serviço é iníquo, especialmente nos aspectos demográficos, socioeconômicos e geográficos (ANJOS & BOING, 2016).

Tabela 1. Frequência de baixo peso ao nascer, de acordo com a adequação quantitativa do número de consultas de pré-natal, por estados da região Norte, 2018.

Estado	Adequação da consulta de pré-natal	Peso ao nascer (g)						Total
		< 2500		2500 a 3999		≥ 4000		
		N	%	N	%	N	%	
Acre (AC)	Não fez pré-natal	25	23,8	77	73,3	3	2,9	105
	Inadequado	307	7,0	3802	86,3	295	6,7	4404
	Intermediário	208	13,6	1229	80,6	88	5,8	1525
	Adequado	109	9,0	1024	84,6	78	6,4	1211
	Mais que adequado	207	3,8	4877	88,5	425	7,7	5509
	Não Classificados	405	11,1	3005	82,7	225	6,2	3635
	Total	1261	7,7	14014	85,5	1114	6,8	16389
Amazonas (AM)	Não fez pré-natal	328	16,3	1602	79,5	86	4,3	2016
	Inadequado	2039	7,4	23719	86,5	1658	6,0	27416
	Intermediário	1157	12,5	7642	82,3	481	5,2	9280
	Adequado	578	8,0	6165	85,5	465	6,5	7208
	Mais que adequado	1461	4,8	26456	87,1	2453	8,1	30370
	Não Classificados	143	10,4	1164	84,7	68	4,9	1375
	Total	5706	7,3	66748	85,9	5211	6,7	77665
Amapá (AP)	Não fez pré-natal	68	19,4	273	77,8	10	2,8	351
	Inadequado	453	8,1	4803	86,2	313	5,6	5569
	Intermediário	275	10,9	2105	83,2	150	5,9	2530
	Adequado	119	8,1	1282	87,2	70	4,8	1471
	Mais que adequado	288	5,3	4763	88,2	347	6,4	5398
	Não Classificados	68	12,6	445	82,6	26	4,8	539
	Total	1271	8,0	13671	86,2	916	5,8	15858
Rondônia (RO)	Não fez pré-natal	8	24,2	23	69,7	2	6,1	33
	Inadequado	337	7,3	3990	87,0	261	5,7	4588
	Intermediário	211	11,1	1587	83,6	101	5,3	1899
	Adequado	137	6,9	1753	88,1	100	5,0	1990
	Mais que adequado	635	4,3	13383	89,7	903	6,1	14921
	Não Classificados	591	12,7	3759	80,7	310	6,7	4660
	Total	1919	6,8	24495	87,2	1677	6,0	28091
Roraima (RR)	Não fez pré-natal	8	22,9	26	74,3	1	2,9	35
	Inadequado	432	9,0	4149	86,2	231	4,8	4812
	Intermediário	178	12,3	1203	82,9	70	4,8	1451
	Adequado	115	10,4	934	84,7	54	4,9	1103
	Mais que adequado	216	4,5	4288	89,0	314	6,5	4818
	Não Classificados	155	14,9	837	80,5	48	4,6	1040
	Total	1104	8,3	11437	86,3	718	5,4	13259
Pará (PA)	Não fez pré-natal	311	18,1	1331	77,3	79	4,6	1721
	Inadequado	3468	8,2	36404	86,5	2232	5,3	42104
	Intermediário	1915	12,1	13160	82,8	811	5,1	15886
	Adequado	1132	8,2	11908	86,1	784	5,7	13824
	Mais que adequado	3171	5,6	50140	88,1	3607	6,3	56918
	Não Classificados	855	7,6	9671	86,3	684	6,1	11210
	Total	10852	7,7	122614	86,6	8197	5,8	141663
Tocantins (TO)	Não fez pré-natal	26	23,9	79	72,5	4	3,7	109
	Inadequado	434	9,1	4108	85,7	252	5,3	4794
	Intermediário	366	16,3	1795	79,7	91	4,0	2252
	Adequado	248	10,2	2046	84,0	143	5,9	2437
	Mais que adequado	908	6,0	13393	88,3	859	5,7	15160
	Não Classificados	51	7,4	607	87,6	35	5,1	693
	Total	2033	8,0	22028	86,6	1384	5,4	25445

No Nordeste observa-se que, do total de nascidos vivos em todos os estados, o peso normal ao nascer (2.500 a 3.999 gramas) possui maior frequência, acima dos 85%. O estado do AL é o único em que o peso normal está acima dos 80% em todas as categorias de adequação de consultas de pré-natal (Tabela 2).

Observando-se a extremidade inferior do peso ao nascer (<2.500 g), verifica-se que as maiores prevalências de BP se concentram entre as que não fizeram consulta de pré-natal, variando de 13,7% (AL) a 27,2% (CE). Em seguida, os maiores percentuais de BP (<2.500g) encontram-se entre as que realizaram uma quantidade intermediária de consultas de pré-natal, variando de 14% (AL e PI) a 22,1% no CE. Aqueles que nasceram com EP (≥4.000 g) foram mais frequentes entre os que realizaram uma quantidade de consultas mais que adequada, com a frequência variando de 6,3% na BA a 7,6% no MA (Tabela 2).

A região Nordeste é a segunda com menor proporção de acesso adequado ou mais que adequado a consultas de pré-natal (BRASIL, 2018). Com relação ao peso ao nascer, uma análise deste indicador entre as regiões brasileiras, de 2001 a 2010, apontou que as menores proporções de baixo peso se encontravam na região Norte, seguida pela região Nordeste, estando, inclusive, abaixo da média nacional, juntamente com a região Centro-Oeste (NILSON et al, 2015). Esse estudo analisou também o baixo peso ao nascer segundo o número de consultas de pré-natal, em 2010, e encontrou no Nordeste a segunda menor proporção de baixo peso ao nascer em todas as categorias de número de consultas de pré-natal, sendo reforçado pelos achados do presente estudo.

Uma análise espacial apontou diferenças regionais e intrarregionais quanto ao baixo peso ao nascer e ressaltou que a situação socioeconômica e o acesso às consultas de pré-natal desempenham um papel importante nesta condição. No entanto, não verificou correlação significativa entre o baixo peso e consultas de pré-natal especificamente para a região Nordeste (LIMA et al., 2009).

Tabela 2. Frequência de peso ao nascer, de acordo com a adequação quantitativa do número de consultas de pré-natal, por estados da região Nordeste, 2018.

Estado	Adequação da consulta de pré-natal	Peso ao nascer (g)						Total
		< 2500		2500 a 3999		≥ 4000		
		N	%	N	%	N	%	
Alagoas (AL)	Não fez pré-natal	22	13,7	129	80,1	10	6,2	161
	Inadequado	843	8,0	9005	85,9	630	6,0	10478
	Intermediário	571	14,0	3303	81,1	200	4,9	4074
	Adequado	455	8,5	4598	85,7	314	5,9	5367
	Mais que adequado	1520	5,3	25087	87,6	2028	7,1	28635
	Não Classificados	448	11,9	3109	82,3	221	5,8	3778
	Total	3859	7,4	45231	86,2	3403	6,5	52493
Bahia (BA)	Não fez pré-natal	261	22,85	828	72,5	53	4,6	1142
	Inadequado	4058	8,78	39538	85,5	2638	5,7	46234
	Intermediário	2687	16,59	12797	79,0	712	4,4	16196
	Adequado	1889	10,99	14407	83,8	900	5,2	17196
	Mais que adequado	6869	6,28	95617	87,4	6865	6,3	109351
	Não Classificados	1572	10,37	12763	84,2	826	5,4	15161
	Total	17336	8,45	175950	85,7	11994	5,8	205280
Ceará (CE)	Não fez pré-natal	84	27,2	212	68,6	13	4,2	309
	Inadequado	1763	8,6	17555	85,9	1129	5,5	20447
	Intermediário	1661	22,1	5519	73,5	328	4,4	7508
	Adequado	1227	13,9	7176	81,5	401	4,6	8804
	Mais que adequado	4603	5,7	70576	87,8	5161	6,4	80340
	Não Classificados	1258	8,9	11959	84,9	865	6,1	14082
	Total	10596	8,1	112997	85,9	7897	6,0	131490
Maranhão (MA)	Não fez pré-natal	90	18,9	367	76,9	20	4,2	477
	Inadequado	2327	7,6	26329	85,9	1988	6,5	30644
	Intermediário	2007	11,3	14609	82,5	1091	6,2	17707
	Adequado	1018	7,3	11987	86,3	892	6,4	13897
	Mais que adequado	2571	5,4	41471	87,0	3628	7,6	47670

Paraíba (PB)	Não Classificados	582	8,7	5640	84,3	465	7,0	6687
	Total	8595	7,3	100403	85,8	8084	6,9	117082
	Não fez pré-natal	52	21,9	172	72,6	13	5,5	237
	Inadequado	765	7,8	8364	85,6	643	6,6	9772
	Intermediário	734	17,6	3204	76,8	236	5,7	4174
	Adequado	559	11,1	4192	83,2	286	5,7	5037
	Mais que adequado	1955	5,1	33715	87,9	2696	7,0	38366
	Não Classificados	305	11,7	2130	81,4	182	7,0	2617
	Total	4370	7,3	51777	86,0	4056	6,7	60203
Pernambuco (PE)	Não fez pré-natal	190	24,6	558	72,4	23	3,0	771
	Inadequado	2510	8,3	25940	85,7	1815	6,0	30265
	Intermediário	1698	19,1	6743	75,9	444	5,0	8885
	Adequado	1198	11,9	8357	83,0	511	5,1	10066
	Mais que adequado	4553	5,4	73660	87,9	5572	6,7	83785
	Não Classificados	449	9,9	3833	84,7	246	5,4	4528
	Total	10598	7,7	119091	86,1	8611	6,2	138300
Piauí (PI)	Não fez pré-natal	41	22,5	135	74,2	6	3,3	182
	Inadequado	761	7,6	8700	86,4	610	6,1	10071
	Intermediário	532	14,0	3043	80,3	216	5,7	3791
	Adequado	388	9,6	3409	84,7	227	5,6	4024
	Mais que adequado	1484	5,7	22704	87,7	1696	6,6	25884
	Não Classificados	735	13,3	4482	81,0	319	5,8	5536
	Total	3941	8,0	42473	85,8	3074	6,2	49488
Rio Grande do Norte (RN)	Não fez pré-natal	38	22,4	127	74,7	5	2,9	170
	Inadequado	780	8,6	7669	85,0	574	6,4	9023
	Intermediário	698	19,0	2827	77,0	145	4,0	3670
	Adequado	529	12,5	3474	81,9	238	5,6	4241
	Mais que adequado	1596	5,7	24521	87,7	1835	6,6	27952
	Não Classificados	358	11,7	2495	81,8	197	6,5	3050
	Total	3999	8,3	41113	85,5	2994	6,2	48106
Sergipe (SE)	Não fez pré-natal	13	18,8	53	76,8	3	4,3	69
	Inadequado	651	9,5	5787	84,0	448	6,5	6886
	Intermediário	722	17,4	3213	77,4	216	5,2	4151
	Adequado	351	9,9	2956	83,4	239	6,7	3546
	Mais que adequado	1022	5,4	16393	87,2	1374	7,3	18789
	Não Classificados	75	9,2	679	83,7	57	7,0	811
	Total	2834	8,3	29081	84,9	2337	6,8	34252

Na região Centro-Oeste, as gestantes que iniciaram o pré-natal, até a 12 semana de gestação, tiveram o seguimento do período gravídico mais que adequado, evidenciado nas porcentagens acima de 60% em todos os estados (DF=62,5%, GO=63,7%, MT=63,7 e MS=63,9%) (dados não expressos em tabela). Observa-se que do total de nascidos vivos de mulheres que não fizeram pré-natal, no DF, GO e MS, 25% destes nascimentos foram com BP. A porcentagem de crianças com PS/A no nascimento é superior a 85% na região Centro-Oeste e em cada unidade federativa (Tabela 3).

Os resultados revelam que ainda possam existir mulheres que desconhecem a importância do pré-natal, podendo associar essa carência a aspectos socioeconômicos, como a baixa escolaridade (MARTINS; FERREIRA; ARAGÃO; GOMES et al, 2015). Estudo sobre as causas de morte de NV, o Mato Grosso mostrou que a “não” realização do pré-natal aumenta o surgimento de comorbidades de causas reduzíveis durante a gestação, comumente associadas ao baixo peso ao nascer, independentemente da realização do pré-natal (BONATTI; SILVA; MURARO, 2018). Com relação a fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste, evidencia-se que os nascimentos de baixo peso apresentam maior risco de morte quando comparados com os nascimentos de peso adequado (MORAIS NETO; BARROS, 2000).

Tabela 3. Frequência de peso ao nascer, de acordo com a adequação quantitativa do número de consultas de pré-natal, por estados da região Centro-Oeste, 2018.

Estado	Adequação da consulta de pré-natal	Peso ao nascer (g)						Total
		< 2500		2500 a 3999		≥ 4000		
		N	%	N	%	N	%	
Distrito Federal (DF)	Não fez pré-natal	85	24,9	248	72,7	8	2,3	341
	Inadequado	762	10,1	6486	85,7	317	4,2	7565
	Intermediário	623	23,7	1933	73,4	77	2,9	2633
	Adequado	406	17,1	1909	80,2	64	2,7	2379
	Mais que adequado	1951	7,1	24560	88,8	1134	4,1	27645
	Não Classificados	484	13,3	3007	82,8	141	3,9	3632
	Total	4311	10	38143	86,0	1741	4	44195
Goiás (GO)	Não fez pré-natal	120	25,0	348	72,5	12	2,5	480
	Inadequado	1479	9,5	13595	87,0	558	3,6	15632
	Intermediário	1257	15,4	6603	81,0	288	3,5	8148
	Adequado	962	11,5	7077	84,9	297	3,6	8336
	Mais que adequado	4321	6,9	56042	89,0	2605	4,1	62968
	Não Classificados	477	14,4	2700	81,7	128	3,9	3305
	Total	8616	8,7	86365	87,4	3888	3,9	98869
Mato Grosso (MT)	Não fez pré-natal	32	22,2	107	74,3	5	3,5	144
	Inadequado	824	7,7	9283	87,0	568	5,3	10675
	Intermediário	668	16,2	3289	79,7	172	4,2	4129
	Adequado	461	10,6	3715	85,4	174	4,0	4350
	Mais que adequado	2162	5,8	33201	88,9	1977	5,3	37340
	Não Classificados	135	6,7	1735	86,4	138	6,9	2008
	Total	4282	7,3	51330	87,5	3034	5,2	58646
Mato Grosso do Sul (MS)	Não fez pré-natal	104	25,5	291	71,3	13	3,2	408
	Inadequado	691	8,6	6930	86,6	385	4,8	8006
	Intermediário	579	15,0	3132	81,3	141	3,7	3852
	Adequado	354	10,2	2954	85,4	151	4,4	3459
	Mais que adequado	1792	6,3	25052	88,6	1431	5,1	28275
	Não Classificados	29	10,8	232	86,2	8	3,0	269
	Total	3549	8,0	38591	87,2	2129	4,8	44269

Os nascimentos com PS/A na região Sudeste somaram mais de 85% do total em todos os estados. Ao evidenciar a ausência do pré-natal na gestação, a frequência tem redução nesta faixa de peso, caindo para 78,2% no ES, 69,7% em MG, 74,9% no RJ e 69,7% em SP. No estado de SP 88,7% (N=394.401) dos nascidos vivos tinham o peso na faixa de normalidade e pré-natal mais que adequado, 88,9% (N=162.605) em MG, 87,7% (N=122.176) no RJ e 87,3% (N=31.656) no ES (Tabela 4).

Observa-se que a região Sudeste possui uma boa adequação das consultas de pré-natal, mantendo seus índices acima de 80%. Os achados deste estudo são semelhantes aos de outras pesquisas que focam na qualidade da atenção e fatores socioeconômicos (DOMINGUES; VIELLAS; DIAS; TORRES et al, 2015; MARIO; RIGO; BOCLIN; MALVESTIO et al, 2019; TOMASI; FERNANDES; FISCHER; SIQUEIRA et al, 2017). As maiores cidades brasileiras encontram-se na região sudeste, e estas apresentam disparidades quanto ao acesso e à população alvo que recebe esse serviço, variando de acordo com o porte e desenvolvimento das cidades onde essas mulheres vivem. Apesar da universalidade do pré-natal no Brasil, ainda são presentes, na assistência à saúde, as complicações resultantes da ausência de um acompanhamento adequado que considera o mínimo de seis consultas durante a gestação (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Tabela 4. Frequência de peso ao nascer, de acordo com a adequação quantitativa do número de consultas de pré-natal, por estados da região Sudeste, 2018.

Estado	Adequação da consulta de pré-natal	Peso ao nascer (g)						Total
		< 2500		2500 a 3999		≥ 4000		
		N	%	N	%	N	%	
Espírito Santo (ES)	Não fez pré-natal	93	18,8	388	78,2	15	3,0	496
	Inadequado	983	10,4	7887	83,3	596	6,3	9466
	Intermediário	788	16,8	3660	78,3	229	4,9	4677
	Adequado	561	12,0	3904	83,2	229	4,9	4694
	Mais que adequado	2168	6,0	31656	87,3	2417	6,7	36241
	Não Classificados	135	11,8	956	83,3	55	4,8	1147
	Total	4728	8,3	48451	85,4	3541	6,2	56721
Minas Gerais (MG)	Não fez pré-natal	201	27,4	511	69,7	21	2,9	733
	Inadequado	3825	10,6	31132	85,9	1272	3,5	36231
	Intermediário	3410	24,1	10396	73,3	371	2,6	14178
	Adequado	2848	16,1	14343	81,0	520	2,9	17711
	Mais que adequado	13064	7,1	162605	88,9	7211	3,9	182881
	Não Classificados	1381	11,6	10085	84,7	436	3,7	11906
	Total	24729	9,4	229072	86,9	9831	3,7	263640
Rio de Janeiro (RJ)	Não fez pré-natal	426	21,4	1492	74,9	75	3,8	1993
	Inadequado	4057	10,3	33226	84,5	2021	5,1	39304
	Intermediário	2533	21,9	8584	74,1	463	4,0	11580
	Adequado	1759	14,2	10015	81,0	590	4,8	12364
	Mais que adequado	9483	6,8	122176	87,7	7692	5,5	139351
	Não Classificados	1812	11,4	13293	83,6	799	5,0	15907
	Total	20070	9,1	188786	85,6	11640	5,3	220499
São Paulo (SP)	Não fez pré-natal	1031	27,4	2617	69,7	106	2,8	3757
	Inadequado	8881	11,1	68055	84,7	3388	4,2	80325
	Intermediário	8435	25,4	23839	71,8	945	2,8	33220
	Adequado	6012	17,1	27955	79,7	1117	3,2	35084
	Mais que adequado	29717	6,7	394401	88,7	20772	4,7	444890
	Não Classificados	1510	17,0	7043	79,4	311	3,5	8870
	Total	55586	9,2	523910	86,4	26639	4,4	606146

Na região Sul, a frequência, no total geral, manteve acima dos 85% no peso de 2.500g a 3.999g. Quanto à categoria de adequação ao pré-natal "não fez o pré-natal", o estado do PR, registrou 67,0% (N=339) de nascidos vivos com PS/A (Tabela 5). Em relação ao BP, nos três estados da região Sul, a categoria de "não fez o pré-natal" tiveram a frequências elevadas, acima de 25%. Em todos os estados, as categorias pré-natal adequado e mais que adequado tiveram menor frequência de crianças nascidas com baixo peso ao nascer. Em relação ao EP, houve predominância em todos os estados da categoria "mais que adequado", mas no estado do RS a frequência do pré-natal "inadequado" também foi mais alta, com 5,4% (N=1.274), como observado na Tabela 5.

Segundo Leal et al (2020), as regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores prevalências considerando o início precoce do pré-natal e o número mínimo de consultas. Foi reforçado que persistem as iniquidades regionais, as barreiras no acesso e a inadequação da atenção pré-natal, contribuindo para resultados negativos para os recém-nascidos.

Em estudo conduzido por Domingues et al (2015), identificou-se que todas as variáveis maternas apresentaram associação positiva com a adequação da assistência pré-natal, sendo que as maiores chances de adequação estavam na categoria de mulheres residentes na região Sul. Identificou-se, também, que essa adequação era potencializada ao acesso aos serviços de saúde, a escolaridade e da classe econômica mais elevada, sendo identificado que a chance de um pré-

natal adequado era mais do que duas vezes superior em mulheres pertencentes às classes econômicas mais inferiores (DOMINGUES et al, 2015).

Tabela 5. Frequência de baixo peso ao nascer, de acordo com a adequação quantitativa do número de consultas de pré-natal, por estados da região Sul, 2018.

Estado	Adequação da consulta de pré-natal	Peso ao nascer (g)						Total
		< 2500		2500 a < 4000		≥ 4000		
		N	%	N	%	N	%	
Paraná (PR)	Não fez pré-natal	155	30,6	339	67,0	12	2,4	506
	Inadequado	1824	9,3	16870	86,5	815	4,2	19509
	Intermediário	1376	24,8	3992	71,9	183	3,3	5551
	Adequado	1122	17,7	4997	78,9	215	3,4	6334
	Mais que adequado	8525	7,0	107432	88,3	5731	4,7	121688
	Não Classificados	282	10,8	2224	85,2	104	4,0	2610
	Total	13284	8,5	135854	87,0	7060	4,5	156198
Rio Grande do Sul (RS)	Não fez pré-natal	270	25,6	748	71,0	36	3,4	1054
	Inadequado	2360	9,9	20155	84,7	1274	5,4	23789
	Intermediário	1694	25,8	4610	70,3	250	3,8	6554
	Adequado	1278	18,0	5550	78,2	269	3,8	7097
	Mais que adequado	6977	7,1	86208	87,5	5371	5,4	98556
	Não Classificados	471	15,7	2383	79,6	139	4,6	2993
	Total	13050	9,3	119654	85,4	7339	5,2	140043
Santa Catarina (SC)	Não fez pré-natal	83	26,0	230	72,1	6	1,9	319
	Inadequado	1221	8,8	11845	85,6	776	5,6	13842
	Intermediário	1194	20,9	4244	74,4	264	4,6	5702
	Adequado	945	14,2	5375	80,7	339	5,1	6659
	Mais que adequado	4181	5,9	62440	87,6	4641	6,5	71262
	Não Classificados	201	11,0	1519	83,4	102	5,6	1822
	Total	7825	7,9	85653	86,0	6128	6,2	99606

Vale ressaltar que foram encontrados percentuais elevados de registros de adequação de consultas de pré-natal “Não Classificados” em todos os estados, o que pode indicar dificuldade no preenchimento dessa informação nos prontuários e acarretar limitações para o estudo. Seria pertinente a realização de um estudo para explorar essa categoria, a fim de esclarecer de que forma pode impactar na interpretação do indicador em pesquisas e no monitoramento da gestão em saúde.

Comparando-se o baixo peso nas diferentes regiões brasileiras, verifica-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores proporções, enquanto nas regiões Norte e Nordeste esses valores são menores. Como este é um indicador que, em geral, está associado a piores níveis socioeconômicos e de acesso à saúde, esse achado parece incoerente, porém é comumente encontrado em diversos estudos (LIMA; OLIVEIRA; LYRA; RONCALLI et al, 2013; NILSON; GOMES; RODRIGUES; MASCARENHAS, 2016; ANJOS & BOING, 2016; BRASIL, 2018; LEAL; ESTEVES-PEREIRA; VIELLAS; DOMINGUES, 2020), sendo denominado *paradoxo do baixo peso ao nascer* (LIMA; OLIVEIRA; LYRA; RONCALLI et al, 2013).

Algumas hipóteses podem ser aventadas para explicar esse paradoxo, que vão além da qualidade dos sistemas de informações em saúde, os quais vêm melhorando ao longo dos anos. Nas regiões Sul e Sudeste há maior ocorrência de partos induzidos, cesáreos e pré-termo, que podem contribuir para o baixo peso ao nascer. Por outro lado, as regiões Norte e Nordeste ainda mantêm taxas de mortalidade infantil elevadas, quando comparadas às demais regiões, o que pode explicar as menores proporções de baixo peso ao nascer, já que esses neonatos podem não estar conseguindo sobreviver (LIMA; OLIVEIRA; LYRA; RONCALLI et al, 2013).

Conclusão

Foram observadas disparidades em relação ao peso ao nascer, de acordo com a adequação das consultas de pré-natal nas diferentes regiões brasileiras e nos diferentes estados que compõem essas regiões. As análises sugerem consultas de pré-natal realizadas em conformidade com o que é preconizado pelo MS proporcionam o PS/A, o que minimiza a mortalidade e a ocorrência de comorbidades. No entanto, o BP ainda é uma preocupação na área da saúde materno-infantil e mostrou-se influenciado pela não realização ou quantitativo intermediário de consultas de pré-natal, com maiores percentuais nos estados das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Por outro lado, o sobrepeso foi maior nos estados das regiões Norte e Nordeste, com percentuais mais elevados entre as que tiveram consultas de pré-natal mais que adequadas. Esses são achados que ressaltam o *paradoxo do peso ao nascer*, revelam os subgrupos em que se encontram a maior concentração dos nascidos com baixo peso e que revelam a necessidade de investigações mais detalhadas, a fim de compreender os fatores que contribuem para essa realidade.

Referências

ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 19, n. 04, 2016.

BONATTI, A. F.; SILVA, A. M. C.; MURARO, A. P. Mortalidade infantil em Mato Grosso: Tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte. **Ciência & Saúde Coletiva** (no prelo). Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mortalidade-infantil-em-mato-grosso-tendencia-entre-2007-e-2016-e-causas-de-morte/17050?id=17050.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Ministério da Saúde. S/D.

BRASIL. _____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde 2013a.

BRASIL. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Analises Epidemiológicas – CGIAE. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011**. Ministério da Saúde. 2013b.

BRASIL. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Ministério da Saúde. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M; GAMA, S. G. N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 54, n. 8, 2020.

LIMA, M. C. B. M.; OLIVEIRA, G. S.; LYRA, C. O.; RONCALLI, A. G.; FERREIRA, M. A. F. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 8, p. 2443-2452, 2013.

MARIO, D. N.; RIGO, L.; BOCLIN, K. D. L. S.; MALVESTIO, L. M. M. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

MORAIS NETO, O. L. D.; BARROS, M. B. D. A. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. **Cadernos de Saúde Pública**, 16, p. 477-485, 2000.

NILSON, L. G.; WARMLING, D.; OLIVEIRA, M. S. V.; GOUVEIA, G. D. A. Proporção de baixo peso ao nascer no Brasil e regiões brasileiras, segundo variáveis sócio-demográficas. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, 8, n. 1, p. 69-82, 2015.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 24, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, M. M. D.; ANDRADE, S. S. C. D. A.; DIMECH, G. S.; OLIVEIRA, J. C. G. D. et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 24, p. 629-640, 2015.

POLGLIANE, R. B. S.; LEAL, M. D. C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, p. 1999-2010, 2014.

MARTINS, Q. P. M.; FERREIRA, G. S. M.; ARAGÃO, A. E. A.; GOMES, F. M. A. et al. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE**, 14, n. 2, p. 65-67, 2015.

ROSA, C. Q. D.; SILVEIRA, D. S. D.; COSTA, J. S. D. D. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. **Revista de Saúde Pública**, 48, p. 977-984, 2014.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, 33, 2017.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; DO CARMO LEAL, M.; MONTEIRO, C. A. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T.; COSTA, J. V. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 30, supl.1, 2014.

VILLAR, J.; BA'AQEEL, H.; PIAGGIO, G.; LUMBIGANON, P. et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **The Lancet**, 357, n. 9268, p. 1551-1564, May 19 2001.

Capítulo 9

"ALÉM DA ESTRADA DE TIJOLOS AMARELOS": ENTRAVES E POSSIBILIDADES NO CUIDADO À CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

"BEYOND THE YELLOW BRICK ROAD": HINDRANCES AND POSSIBILITIES IN CARING FOR CHILDREN/ADOLESCENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Isis Giselle Medeiros da Costa[1]
Francilene Figueiredo da Silva Pascoal[2]
Alynne Mendonça Saraiva Nagashima[3]

RESUMO: A deficiência intelectual traz sérias repercussões à vida da criança e de suas cuidadoras. Esta pesquisa se propôs a conhecer como é realizado o cuidado às crianças e adolescentes com deficiência intelectual. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, realizado com oito cuidadoras de crianças e adolescentes com deficiência intelectual que eram acompanhadas em um serviço de saúde. O material empírico foi obtido por meio de entrevista e analisado a partir da análise de conteúdo. Como resultado foi elaborada a categoria*: "*As pedras e as pontes do caminho: dificuldades e possibilidades no cuidado à criança e ao adolescente com deficiência intelectual". A partir dos depoimentos observou-se que os fatores sócioeconômicos das cuidadoras influenciam diretamente no cuidado. As principais dificuldades enfrentadas foram às limitações da própria doença, a sobrecarga no cuidado e o preconceito. É importante o desenvolvimento de estratégias que promovam uma relação dialógica e de amparo às famílias.
Palavras-Chave: Crianças com deficiência. Saúde Mental. Cuidado da criança. Deficiência Intelectual. Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT: Intellectual disability entails severe consequences to the life of the child and its caregivers. Thus, this research was intended to know how the care of children and adolescents with intellectual disabilities is held. This is a qualitative and exploratory study, performed with eight caregivers of children and adolescents with intellectual disabilities who were followed-up in a health service. The empirical material was obtained through interviews and analyzed based on content analysis. As a result, we raised the following category: "The stones and bridges on the way: the difficulties and possibilities in caring for children and adolescents with intellectual disabilities". From the statements, we noted that the socioeconomic factors of caregivers directly influence care. The main difficulties faced were the limitations of the illness itself, the burden of care and the prejudice. It is important to develop strategies that foster a dialogical and supportive relationship with families.
Keywords: Disabled Children. Mental Heath. Child Care. Intellectual Disability. Child Development.

Introdução

A Deficiência Intelectual (D.I) diz respeito a uma condição crônica de saúde muito importante no âmbito da Saúde Pública, visto que além de trazer prejuízos à vida da pessoa com a deficiência, traz sérias repercussões à vida dos familiares que se disponibilizam a realizar o cuidado.

Conforme a definição proposta em 2002, pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), a deficiência intelectual refere-se a uma limitação existente no funcionamento intelectual

[1] Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande – PB. Enfermeira plantonista no Hospital Municipal Nossa Senhora das Mercês, no município de Cuité – PB. E-mail: Isis-costta@hotmail.com.
[2] Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – PB. E-mail: fran.pascoal@hotmail.com.
[3] Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – PB. E-mail: alynnems@hotmail.com.

e nas habilidades adaptativas, geralmente originadas durante o crescimento e desenvolvimento infantil(CARVALHO; MACIEL, 2003).

Em 2010, a Cartilha do Censo demográfico da população brasileira identificou que do total de pessoas residentes no país, 23% apresentavam algum tipo de deficiência, sendo a D.I. correspondente a 1,4%, isto é, quase 3 milhões de brasileiros (BRASIL, 2012).

Por ser uma morbidade que afeta significativamente o desempenho das atividades diárias e da socialização, os cuidados específicos da criança e/ou adolescente com esse tipo de deficiência deve ser iniciado precocemente para garantir a eficácia do tratamento (MOREIRA, 2011). O cuidado deve abranger não somente as necessidades individuais, mas incluir a criança e seus familiares em uma assistência integral que permita o desenvolvimento das habilidades afetadas (LIMA et al., 2012).

Em virtude da incidência de casos de crianças acometidas com deficiência intelectual no Brasil, e considerando que a D.I. evidencia um potencial comprometimento das funções cognitivas, motoras, de linguagem, entre outras, há a necessidade de conhecer como é o cuidado prestado ao público infantojuvenil, já que este é um dos principais locais de realização contínua de cuidados.

Por conseguinte, pressupõe-se que a família é uma extensão do cuidado realizado nas instituições de saúde. Quando a mesma está inserida em um contexto de dificuldades, tal cuidado pode refletir negativamente no processo de desenvolvimento das habilidades afetadas em decorrência da D.I.. Assim, para o delineamento deste estudo objetivou-se conhecer como é realizado o cuidado às crianças e/ou adolescentes com deficiência intelectual.

Metodologia

Este estudo foi um recorte de um projeto intitulado: “MUITO ALÉM DAS BRINCADEIRAS”: Os recursos terapêuticos no CAPS infantil e suas repercussões na saúde da criança”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa pelo CAA: 15592213.2.0000.5182.

Participaram do estudo oito cuidadoras de crianças e adolescentes, que estavam sendo acompanhadas pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), situado na cidade de Campina Grande – PB.

Inicialmente foram levantados alguns dados dos prontuários das crianças. Posteriormente, houve o contato com as cuidadoras para o agendamento das entrevistas. Com o consentimento das participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os diálogos foram gravados e guiados conforme um roteiro de perguntas de uma entrevista semiestruturada, permitindo, assim, a obtenção de um maior número de informações relevantes para a pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas, o material foi analisado por meio da técnica de análise do conteúdo de Bardin (2006, apud MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011), que consistiu no agrupamento de métodos para descrever a emissão de comunicações por meio de três etapas: a pré-análise, na qual o material coletado foi organizado e delimitado conforme os objetivos

propostos; a exploração do material, que permitiu identificar, classificar e caracterizar os temas; e tratamento do material, ou seja, a análise dos depoimentos de forma crítica e reflexiva.

Para preservar o anonimato das participantes, elas receberam o nome de flores do sertão, em alusão à sua resistência em contextos de dificuldade.

Resultados e Discussões

Para melhor compreensão acerca dos fatores que influenciam no cuidado à criança e/ou adolescente com deficiência intelectual acompanhadas pelo CAPSi, o perfil das cuidadoras que participaram da pesquisa foi traçado, considerando-se a importância de conhecer as questões sociais e econômicas em que estão inseridas, pois este é um aspecto que mantém relação direta com o cuidado a ser ofertado.

I-Caracterização das cuidadoras

Das mulheres que participaram da pesquisa, sete (87,5%) eram as genitoras das crianças e/ou adolescentes com deficiência intelectual e apenas uma das cuidadoras era a avó. Destas, apenas cinco (62,5%) relataram conviver com um companheiro, vinculados por união estável ou matrimonial.

Assim como evidenciado por esta pesquisa e alguns estudos publicados, mesmo em situações onde há dinâmica conjugal, a mãe ainda se apresenta como a principal provedora de cuidados dentro do lar. A este fato se atribui, entre outros fatores, os aspectos culturais que dividem as funções do homem e da mulher e os sentimentos de responsabilidade e culpa, muitas vezes, desenvolvidos ou direcionados à mãe de uma criança com deficiência (PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010).

Sobre isto, Pimenta, Rodrigues e Greguol (2010) afirmam que, histórica e culturalmente, o trabalho da mulher vem sendo associado aos afazeres domésticos e maternais de cuidar da família e dos doentes, enquanto o homem detém a função de prover o sustento através de seu trabalho. Em outros casos, a exemplo da avó que é participante da pesquisa, a cuidadora pode ser outro membro da família, geralmente outra mulher, que é, por vezes, destinada a esse papel em decorrência de ligações familiares, algum grau de parentesco, ou também por morar junto ou próximo à criança.

Outro aspecto de extrema importância observado foi que quatro (50% das entrevistadas) haviam cursado ou concluído o ensino fundamental, enquanto as outras quatro cursaram o ensino médio incompleto/completo. Sobre isso, Barata (2009), afirma que o grau de escolaridade e instrução das cuidadoras é um determinante de desigualdade social e serve como parâmetro sugestivo sobre o modo de compreensão e uso adequado e correto das técnicas e manejos de cuidado. Logo, níveis mais baixos de escolaridade podem refletir negativamente na realização do cuidado, como também no acesso aos serviços de assistência à saúde, tão necessários para a estimulação da criança em seu desenvolvimento.

No tocante à ocupação, seis cuidadoras (75%) relataram não realizar nenhuma atividade fora do lar e denominavam-se donas de casa, enquanto duas (25%) exerciam funções além do ambiente domiciliar, sendo uma agricultora e outra, autônoma. Vinculado a isso, tanto a renda mensal familiar de cada cuidadora como o recebimento de benefícios sociais foram investigados. Quatro mulheres (50%) têm renda familiar de um salário mínimo, três (37,5%) indicaram a renda no valor de dois salários mínimos e uma (12,5%) não informou. Com relação aos benefícios, seis cuidadoras (75%) relataram receber o salário mensal assegurado à pessoa portadora de deficiência, conforme prevê a Constituição Federal, e cinco (62,5%) recebiam o auxílio do Programa Bolsa Família.

Silva e Dessen (2003) afirmam que a situação socioeconômica interfere no tratamento de crianças com deficiência, visto que famílias com níveis econômicos mais elevados têm maior acesso a informações, serviços de saúde e medicamentos, o que acontece com menos frequência naquelas que detêm menor poder econômico.

Sabendo dos fatores de risco que podem comprometer a realização do cuidado, é essencial que os profissionais de saúde direcionem esclarecimentos às cuidadoras sobre a deficiência e os cuidados adequados, favorecendo uma melhor qualidade de vida à criança e/ou adolescente.

Das oito crianças e adolescentes com deficiência intelectual envolvidas neste estudo, quatro (50%) eram do sexo feminino, com idades entre 6 e 17 anos. Sete (87,5%) frequentavam a escola normalmente, enquanto uma (12,5%) não o fazia por motivos relacionados à doença.

Embora este não seja um estudo quantitativo, vale ressaltar que a maioria dos artigos publicados exibe o sexo masculino como a principal população acometida, em decorrência do grande número de mutações que afetam o cromossomo X (KARAM et al., 2015).

Com relação à inclusão escolar, Castro (2012) enfatiza que a inserção de crianças com alguma deficiência não é uma situação fácil. Muitas vezes, é permeada por posturas discriminatórias e preconceituosas que podem trazer várias consequências à vida do indivíduo que sofre com deficiência intelectual, a exemplo da exclusão social, identificada neste estudo pelo abandono escolar da criança.

Comumente, as crianças com D.I. possuem comorbidades. Sabendo disso, e através da observação dos prontuários, foi possível identificar que três crianças (37,5%) apresentavam o diagnóstico principal de deficiência intelectual, enquanto as outras cinco (67,5%) conviviam com outras comorbidades associadas.

Em relação à cidade de origem, quatro crianças (50%) residiam em Campina Grande- PB, onde também está situado o CAPSi, e as outras moravam em cidades circunvizinhas. As dificuldades decorrentes de ser habitante de municípios de interior envolvem interferências significativas tanto no cuidado à criança como na frequência escolar e acessibilidade a serviços de saúde e educação voltados para o público de cidades de pequeno porte, posto que o trâmite de ida e volta dessas localidades demanda maior disponibilidade de tempo e, muitas vezes, recursos financeiros dos cuidadores.

Com base nos objetivos propostos, os resultados obtidos através da análise dos depoimentos das entrevistadas permitiram a construção da categoria empírica I, apresentada a seguir. A partir das falas das cuidadoras foi possível compreender de maneira mais ampla os entraves e possibilidades existentes no cuidado à criança e/ou adolescente com deficiência intelectual.

Categoria I: As pedras e as pontes do caminho: dificuldades e possibilidades no cuidado à criança e ao adolescente com deficiência intelectual.

Reconhecendo a primordialidade da continuidade dos cuidados além dos serviços de saúde, a família é considerada fundamental nos processos de prevenção e intervenção (DIAS; LOPES DE OLIVEIRA, 2013). Nesse contexto, analisar as relações do binômio criança-família auxilia na identificação de fatores de risco que possam comprometer a realização desse cuidado (AFONSO, 2008), como se pode perceber nas subcategorias a seguir.

Subcategoria I.I: O (des)conhecimento do diagnóstico e sua repercussão no cuidado

Esta primeira subcategoria alude às dificuldades de entendimento da grande maioria das cuidadoras a respeito do diagnóstico da criança e do comprometimento do desenvolvimento infantil em virtude da deficiência. Em relação a isso, algumas cuidadoras afirmaram conhecer o diagnóstico, enquanto outras associaram a deficiência intelectual a uma alteração no cérebro, como seguem os relatos:

> [...] é o retardo mental médio e epilepsia. (Papoila)
>
> [...]disseram que ele tem um retardozinho e a geneticista disse que ele tem uma síndrome; só não sei qual a síndrome que ele tem. (Crisântemo)
>
> Não sei direito, não! O médico quase não disse nada. (Flor de Algodão)
>
> [...] É uma coisinha no cérebro. Agora eu não sei como é o nome porque eu não estou com o laudo[...]. Eu não sei assim tudo decorado. (Jurema)

No tocante à compreensão das cuidadoras acerca da deficiência intelectual, Papoila relatou conhecer a doença, embora tenha apresentado informações que divergiam das constantes no prontuário da criança. Os depoimentos das outras cuidadoras demonstraram não apenas a dificuldade de entendimento, mas também a fragilidade na comunicação entre profissionais de saúde e a família no que tange às informações relativas à deficiência.

A comunicação entre o profissional, o usuário e a família faz parte do processo de acolhimento dentro do serviço de saúde e é essencial que realizada de maneira coerente e dialógica, para que o conteúdo original seja compreendido em sua totalidade ou em grande parte (SCANDOLARA et al., 2009).

Verificou-se também que, além da dificuldade em compreender como se dá o desenvolvimento da deficiência intelectual, as cuidadoras relacionavam a deficiência a um problema cerebral, ou seja, a uma parte orgânica. Porém, diante da subjetividade que envolve a D.I., muitas vezes, relacioná-la a algum acometimento orgânico facilita o entendimento da família.

A tarefa de cuidar da criança e do adolescente com deficiência intelectual pode trazer consigo implicações referentes ao cuidado e ao enfrentamento das dificuldades. No que concerne ao último aspecto, as entrevistadas mencionaram a agressividade, o medo, a pouca autonomia por parte das crianças e/ou adolescentes, como principais obstáculos enfrentados, além da sobrecarga decorrente do fato de serem as únicas provedoras do cuidado, como é possível observar adiante:

Subcategoria I.II: Os obstáculos do caminho

Apesar de algumas cuidadoras já adotarem estratégias para desenvolver a independência da criança no ambiente domiciliar, Bromélia do Sertão e Papoila, quando indagadas sobre as dificuldades vivenciadas durante o cuidado, ainda expressaram o sentimento de angústia em relação à falta dessa autonomia:

> Eu tenho medo dela se perder, porque ela não sabe dizer onde mora. (Bromélia do Sertão)
>
> Pra vestir uma roupa eu tenho que vestir nela, pra calçar um sapato, tem que ser eu mesma, fazer a higiene pessoal também! [...] Essa é minha maior dificuldade! (Papoila)

As dificuldades acima relatadas, se apresentam com frequência entre pais e cuidadores desde o diagnóstico da deficiência, pois eles tendem a acompanhar todo o percurso de vida e empenhar-se na busca de cuidados que possam garantir a autonomia de suas crianças e/ou adolescentes com deficiência intelectual.

Vale reforçar que o comprometimento das funções adaptativas e de cuidados pessoais, a exemplo das habilidades necessárias para tomar banho, vestir-se, entre outros, são frequentes limitações encontradas em crianças e/ou adolescentes com deficiência intelectual (MEDEIROS, 2013). Conforme Inácio (2011), estes entraves dependerão do nível de gravidade da D.I.. Sendo assim, crianças com níveis mais leves realizam atividades cotidianas com mais facilidade, se comparadas a outras que apresentam uma condição mais crítica e que, por sua vez, necessitarão de treinamento contínuo para o desenvolvimento de habilidades elementares de higiene.

Além dos fatos evidenciados acima, Flor de Mandacarú e Crisântemo relataram não ter apoio durante o manejo do cuidado, em consequência da agressividade apresentada pela criança com deficiência intelectual:

> A dificuldade que encontro é quando ela (a criança) tá zangada, porque ela é bruta! A minha mãe não fica mais ela de jeito nenhum, porque ela belisca, morde. (Flor de Mandacarú)
>
> [...] A maior dificuldade que eu acho é que ele (o filho), às vezes, tá agitado. Às vezes empurra, às vezes ele bate. (Crisântemo)

A agressividade em crianças e adolescentes com D.I. é uma das queixas mais frequentes relatadas nos serviços de saúde mental. O desenvolvimento deste impulso agressivo é de ordem multifatorial, podendo ocorrer em razão de questões biológicas, comportamentais ou através da

associação de ambos. Este agravante também pode desenvolver-se ou intensificar-se em consequência de ambientes ofensivos (ARRUÉ et al., 2013). Por conseguinte, a terapêutica direcionada à criança que apresenta este sintoma deverá se basear no problema de base e, a partir deste ponto, indicar o melhor método de tratamento, que pode ser de natureza medicamentosa ou não medicamentosa (GARCIA, 2008).

A partir da compreensão de que a complexidade de cuidar de uma criança e/ou adolescente com deficiência intelectual incide sobre a necessidade de um suporte social, de modo a contribuir com a diminuição da sobrecarga física e psicológica e auxiliar nas atividades realizadas durante o cuidado, as cuidadoras foram estimuladas a discorrer sobre os apoios sociais dos quais dispunham:

> Às vezes os irmãos e o pai me ajudam, mas a maior parte sou eu. Quando estou com muita atividade, eu deixo ele lá na sala brincando sozinho. (Flor de Algodão)
>
> No cuidado em casa só sou eu mesma. Agora, pra sair pra determinados lugares, aí eu tenho que ter minha mãe, que vai pra me ajudar com ela (filha) porque, às vezes, nos lugares, ela dá trabalho. (Papoila).
>
> É muito difícil alguém ficar com ele. [...] Eu quase não saio. As vezes quando eu tenho que resolver algo, deixo com minha irmã. [...] às vezes quando eu saio, tenho que deixar com o pai de todo jeito, mesmo ele querendo ou não. Ele tem vergonha dele [da criança]. Então, geralmente, eu só deixo com minha mãe ou minha irmã, e o pai, assim, porque tem que deixar mesmo, sou obrigada. (Flor de Muçambê).

Nos depoimentos acima fica evidente que as cuidadoras assumem, majoritariamente, as responsabilidades de manter e promover o cuidado às crianças, muitas vezes, se deparando com a questão do preconceito dentro da própria família. Essa situação gera sobrecarga física e emocional, já que, culturalmente, a maternidade é vista como obrigação e um ideal a ser seguido. Esses fatores são fortes componentes na produção do sofrimento psíquico nas mulheres.

Para Passos (2018), essa desigualdade na produção do cuidado é mais uma manobra de exploração e reprodução do capitalismo que está alicerçado e alimenta as diferenças entre os gêneros. Nesse sentido, o Estado transfere a responsabilidade de proteção social para as famílias, que reafirmam as características biologizantes do sexo. Por isso, mesmo na ausência da figura materna, quem geralmente assume esse trabalho reprodutivo são as outras mulheres da família, como pode ser observado nos discursos das cuidadoras entrevistadas.

Sabendo da importância da rede intersetorial de serviços que podem ajudar essas mulheres e seus filhos, as participantes do estudo foram questionadas quanto às atividades de cuidado realizadas fora do CAPSi, em outros espaços públicos e no âmbito domiciliar. Com base nos relatos, emergiu-se a terceira subcategoria.

Subcategoria I.III: O cuidado além dos muros do CAPSi

No que concerne às atividades realizadas fora do CAPSi, sete cuidadoras mencionaram o ambiente escolar como um dos locais onde são realizadas atividades educativas e práticas de

exercícios físicos, e apenas uma declarou que a criança não ia à escola em detrimento da deficiência.

> Ela faz aula de computação, faz judô, aula de ciências, [...] (Flor de Sena)
>
> Faz no AEE (Assistência a Estudantes Especiais). [...] porque ela estuda em escola pública, e lá dão direito à criança ter, duas vezes na semana, aula com uma professora só pra eles, [...] que sabe ensinar criança especial. Ela tem mais paciência, vê qual é a dificuldade da criança e trabalha naquilo [...]. (Bromélia do Sertão)
>
> Dois dias na sala regular e dois dias no AEE, na sala de recursos. O AEE é a Assistência a Estudantes Especiais. As atividades que eles fazem lá são com jogos educativos, tem computador, tem televisão, tem pintura à mão [...]. (Papoila)

Partindo da premissa de que todas as crianças, inclusive as com deficiência intelectual, têm direito ao acesso educacional voltado para suas peculiaridades, a inclusão escolar deve acontecer através de um ensino especializado, à medida que também contribui para ampliar os conhecimentos preexistentes e favorecer o desenvolvimento e emancipação intelectual (SANTOS, 2012).

O Atendimento Educacional Especializado (AEE), mencionado nos discursos das entrevistadas, se apresenta como um dos modelos de ensino especializado que atende a criança com deficiência intelectual, oferecendo aulas simultâneas ao ensino regular e visando a conquista de competências e capacidades funcionais. É importante ressaltar que os conteúdos ministrados neste modelo educacional não são diretamente relacionados aos aplicados nas aulas regulares, porém são complementares, pois possibilita que o educador identifique com maior precisão as peculiaridades de cada aluno (SANTOS, 2012).

Segundo Miranda (2008), a participação escolar não depende somente das condições pessoais da criança e do adolescente, mas também do preparo da escola que receberá este aluno, acolhendo-o e promovendo espaços de interação e desenvolvimento.

No que se refere às atividades físicas relatadas pelas cuidadoras, tais práticas, além de contribuir para a redução de problemas secundários, como os cardiorrespiratórios e a obesidade, promove o desenvolvimento das demais capacidades afetadas pela deficiência intelectual (BIANCONI; MUNSTER, 2011).

Outras formas de assistência profissional, tais como fonoaudiologia, fisioterapia, terapeuta ocupacional destinada às crianças com D.I., também foram relatadas pelas cuidadoras.

Segundo o regulamento do Ministério da Saúde, os CAPSi podem funcionar através da atuação de uma equipe multiprofissional mínima, que inclui apenas um médico psiquiatra (neurologista ou pediatra com formação em saúde mental), um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e profissionais de nível médio (BRASIL, 2013).

No entanto, a inexistência de alguns acompanhamentos específicos com fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais pode comprometer o atendimento integral da criança/adolescente com deficiência intelectual, fazendo com que as famílias busquem esses atendimentos na rede privada.

No que compete às atividades realizadas em ambiente domiciliar para complementar a assistência prestada nas instituições, a maioria das cuidadoras declarou utilizar de atividades de comando para pegar objetos, observação e identificação de figuras e desenhos educativos.

> Eu ensino a ela “me dá um colorau” já pra ela saber o que é um colorau, porque antes ela não sabia identificar as coisas. Aí hoje ela já aprende muita coisa. Ela tem interesse! (Bromélia do Sertão)
>
> Eu incentivo com livros, com figuras, revistas, desenhos educativos, [...] Eu incentivo a parte básica da convivência, [...] a tomar banho só, se vestir só, calçar o sapato só. Quando come, escovar os dentes, lavar as mãos, essas coisas básicas do dia a dia. (Papoila)

É importante a continuidade do tratamento da criança e/ou adolescente no domicílio. Logo, a instrução e acompanhamento dos familiares em relação ao desempenho do cuidado podem facilitar a aprendizagem e o desenvolvimento das habilidades da criança com D.I. (SILVEIRA, 2013).

Em estudo realizado por Renata Grossi com capacitação de cuidadoras de crianças com D.I. para o ensino de atividades da vida diária, observou-se a utilização de um Currículo Funcional Natural, que compreende um modo ecológico de ensino, considerando, além da deficiência, a pessoa em sua subjetividade e idade cronológica. Ao fim da capacitação, houve uma redução do comprometimento das habilidades afetadas e dos comportamentos inadequados, assim como a melhoria nos níveis de independência das crianças com deficiência (SILVEIRA, 2013).

Considerações Finais

Este estudo permitiu observar que as cuidadoras demonstravam pouco conhecimento a respeito da deficiência intelectual e que a agressividade e pouca autonomia das crianças/adolescentes se constituíram como dificuldades na produção de cuidados. A pesquisa também evidenciou a sobrecarga física e emocional a qual essas mulheres são expostas quando condicionadas a cuidarem sozinhas de suas crianças, enfrentando o preconceito e renunciando, muitas vezes, sua vida social e laboral.

A fragilidade das redes de apoio social também configurou-se como uma questão preocupante neste estudo, visto que a grande maioria das cuidadoras declarou dispor do apoio de membros familiares, mas apenas quando solicitado, em situações de extrema necessidade.

Outra dificuldade constatada refere-se à fragilidade do atendimento multiprofissional no âmbito do CAPSi, razão pela qual as cuidadoras buscam em outras instituições assistenciais, de cunho privado, o acesso aos serviços de saúde necessários à criança e/ou adolescente com D.I.. Ademais, é preciso enfatizar que o atendimento particular pode ser dificultado pela renda mensal relativamente baixa para o custeio desse suporte profissional.

É importante enfatizar que o apoio matricial pode servir de ponte entre a assistência prestada pelos serviços de atenção psicossocial e os cuidados familiares, tendo em vista que a equipe matricial se configura como uma peça chave na rede de atenção à saúde.

A partir do reconhecimento destas barreiras encontradas no cotidiano das oito cuidadoras entrevistadas, é imprescindível que os profissionais de saúde e educação possam ampará-las, juntamente e, principalmente, às suas crianças e/ou adolescentes com D.I., com o intuito de identificar e minimizar fatores de risco que possam comprometer a qualidade de vida.

Em síntese, os dados obtidos através desta pesquisa podem servir como subsídio norteador de informações que possam auxiliar os profissionais e serviços na identificação de fatores de risco que possam comprometer a realização dos cuidados à criança e/ou adolescente.

Referências

AFONSO, A. P. S. **Deficiência mental e qualidade de vida:** avaliação de funcionários e utentes de um centro de formação e reabilitação profissional. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Superior de Psicologia, [S.l.], 2008. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3615>. Acesso em: 16 set. 2016.

ARRUÉ, A. M. et al. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 227-237, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7827>. Acesso em: 07 set. 2016.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 02 set. 2016.

BIANCONI, E. C; MUNSTER, M. A. V. Avaliação de aspectos psicomotores em jovens e adultos com deficiência intelectual antes e após um programa de educação física. In: VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, 2011, Londrina. **ISSN 2175-960X**. Londrina, p. 2847-2857, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2011/NOVAS_TECNOLOGIAS/264-2011.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial nos Territórios**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria dos Direitos Humanos. **Cartilha do Censo 2010:** Pessoas com deficiência. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficienciareduzido.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CARVALHO, E. N. S; MACIEL, D. M. M. A. Nova concepção da deficiência mental segundo a American Associationon Mental Retardation – AAMR: sistema 2002. **Temas em psicologia da SBP**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 147-156, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v11n2/v11n2a08.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2016.

CASTRO, E. C. V. M. **Concepções e práticas de professores frente a situações de bullying contra crianças com deficiência intelectual:** um estudo exploratório. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/692#preview-link0>. Acesso em: 31 ago. 2016.

DIAS, S. S; LOPES DE OLIVEIRA, M. C. S. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. **Revista Brasileira de Educação**

Especial, Marília, v. 19, n. 2, p. 169-182, abr./jun. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbee/v19n2/a03v19n2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

GARCIA, G. Z. I. **Apontamentos genealógicos a respeito da noção de deficiência mental e de suas instituições de cuidado no Brasil.** 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Assis, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97589/garcia_gzi_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 set. 2016.

INÁCIO, C. A. P. A. **Representações de amizade em jovens com Deficiência Mental**. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, [S.l.], 2011. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/7190/1/carlos.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

KARAM, S. M. et al. Prováveis causas da Deficiência Intelectual em estudo de Pelotas, RS. **Revista Deficiência Intelectual**, [S.l.], v.1, n.8, p. 19-25, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.apaesp.org.br/instituto/Documents/Artigos/Revista%20DI/Edi%C3%A7%C3%A3o%208/DI_n8_19-25.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2016.

LIMA, E. T. et al. O cuidado de enfermagem a crianças com retardo mental: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n.1, p. 362-368, 2012. Disponível em: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/594>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MEDEIROS, D. L. L. **Dificuldade de aprendizagem por deficientes intelectuais em relação à leitura e escrita**. 2013. 36 f. Monografia (Conclusão do curso de Letras), Pará de Minas, 2013. Disponível em: <http://fapam.web797.kinghost.net/admin/monografiasnupe/arquivos/1042014205232DERLY_LOPES.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

MIRANDA, A. A. B. Educação especial no Brasil: desenvolvimento histórico. **Cadernos de História da Educação**, [S.l.], v. 1, n. 7, p. 29-44, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/che/article/view/1880/1564 >. Acesso em: 17 set. 2016.

MOREIRA, L. M. A. **Deficiência intelectual**: conceitos e causas. In: Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011, 8 f. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7z56d/pdf/moreira-9788523211578-06.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

MOZZATO, A. R; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.

PASSOS. R.G. **Trabalho, gênero e saúde mental**. São Paulo: Cortez, 2018.

PIMENTA, R. A; RODRIGUES, L. A; GREGUOL, M. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 69-76, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/9687/5406>. Acesso em: 28 ago. 2016.

SANTOS, D. C. O. Potenciais dificuldades e facilidades na educação de alunos com deficiência intelectual. **Educação e Pesquisa:** Revista da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo**.** São Paulo, v. 38, n. 4, p. 935-948, out./dez. 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4150699>. Acesso em: 07 set. 2016.

SCANDOLARA, A. S. et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial de Cascavel – PR. **Psicologia & sociedade**, v. 21, n.3, p. 334-342, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3>. Acesso em: 03 nov. 2016.

SILVA, N. L. P; DESSEN, M. A. Crianças com Síndrome de Down e suas interações familiares. **Psicologia:** reflexão e crítica, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 503-514, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a09.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016.

SILVEIRA, A. D. **Programa de capacitação de cuidadores para o ensino de habilidades ocupacionais a adultos com deficiência intelectual**. 2013. 219f. Dissertação (Pós-graduação em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3135/5199.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 set. 2016.

Capítulo 10

ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE JUNTO ÀS GESTANTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANALYSIS OF COVID-19 COPING STRATEGIES IN PRIMARY HEALTH CARE FOR PREGNANT WOMEN: AN INTEGRATIVE REVIEW

Marcelo Coelho Parahyba Júnior[1]
Dário Sobreira Rodrigues[2]
João Pedro Nobre Tomaz[3]
Pedro Romero Carvalho[4]
Manuela Roque Alves[5]
Carolina Chaves Bittencourt Albuquerque[6]
Kilvia Maria Albuquerque[7]

RESUMO : O objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias utilizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da Covid-19 para atenção às gestantes. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada em julho de 2020, utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), usando de forma associada os descritores: APS, Covid-19 e gestação. O recorte temporal foi o ano de 2020, sendo analisados seis artigos. A análise dos estudos selecionados levou à identificação de duas categorias: Gestação e Manifestações Clínicas da Covid-19 e Atenção à Gestante na APS em tempos de Covid-19. Como conclusão, observa-se a importância de manter a continuidade do atendimento de pré-natal às gestantes durante a pandemia, utilizando-se de ferramentas como teleconsulta e teleorientação para monitoramento dos casos.
Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Gestação.

ABSTRACT: The aim of this study was to learn about the strategies used in Primary Health Care (PHC) in coping with COVID 19 for the care of pregnant women. This is an integrative literature review, carried out in July 2020, using the databases of the Virtual Health Library (VHL), PubMed, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Using, in an associated way, the descriptors: PHC, Covid-19 and pregnancy. The time frame was the year 2020, with six articles analyzed. The analysis of the selected studies led to the identification of two categories: Gestation and Clinical Manifestations of Covid-19 and Attention to Pregnant Women in PHC in Covid-19 times. In conclusion, the importance of maintaining the continuity of prenatal care to pregnant women during the pandemic is observed, using tools such as teleconsultation and teleguidance for monitoring cases.
Keywords: Primary Health Care. Covid-19. Pregnancy.

Introdução

No final do ano de 2019, foram detectados os primeiros casos de Covid-19 no mundo em quatro pessoas que haviam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, que vende ao público aves vivas, produtos aquáticos e vários tipos de animais selvagens, na cidade de Wuhan, localizada na China.

Desde então, a incidência de Covid-19 aumentou exponencialmente, resultando em uma disseminação global, levando o mundo inteiro a viver uma profunda crise de saúde, fato que levou

[1] Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: marcelo_parahyba05@hotmail.com.
[2] Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: dariosobreirarodrigues@gmail.com.
[3] Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: jpnobretomaz@gmail.com.
[4] Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: pedroromeroc@hotmail.com.
[5] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: manuelaalves99@hotmail.com.
[6] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: carolalbuquerque998@gmail.com
[7] Mestre em Saúde Pública pela UECE e professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus – Campus Parque Ecológico. E-mail: kilviaalbuquerque@gmail.com

a Organização Mundial da Saúde (OMS) a emitir uma Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro de 2020, e, no mês de março de 2020, qualificou o estado de contaminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) como pandemia, uma vez que a epidemia inicial se espalhou rapidamente por vários países e continentes e afetou um número significativo de pessoas, ocasionando milhares de mortes.

Todos os países, desde o surgimento da Covid-19, têm buscado alternativas e estratégias de enfrentamento dessa pandemia e adotado ações para conter a disseminação do novo coronavírus e cuidar, adequadamente, dos pacientes.

O Brasil iniciou as primeiras ações para o enfrentamento da Covid-19 em fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por meio da Portaria nº 188. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)[1].

Esta portaria também estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, ficando sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, a gestão do COE-nCoV1.

Ainda em fevereiro, o país procedeu a repatriação de 34 (trinta e quatro) brasileiros que viviam em Wuhan, cidade chinesa, epicentro da infecção, e, após 15 dias, o país confirmou a primeira contaminação de um paciente de 61 anos, residente em São Paulo e que esteve na Itália, na região da Lombardia, um dos epicentros da crise naquele país; enquanto a Europa já confirmava centenas de casos e encarava mortes decorrentes da Covid-19.

A doença se expandiu rapidamente pelo país, e os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará têm liderado a curva de infecções como também de número de mortes. Esses estados adotaram medidas rígidas de isolamento social, determinando o fechamento de áreas comerciais e restringindo a circulação da população.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem seu atendimento dividido em três campos: atenção primária, secundária e terciária. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), destacam-se os primeiros atendimentos à população, pois ela orienta e organiza a base do sistema. Encarregada pelo primeiro atendimento, podendo esse ser tratado na unidade ou encaminhado para o setor especializado mais adequado.

Salienta-se ainda que no enfrentamento a esta pandemia, vale considerar a APS com o seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, visto que, nos estudos, apontam que cerca de 80% dos casos dessa doença são leves e grande parte dos moderados procura a rede básica como primeiro acesso à busca de cuidados e atenção. (SARTI, 2020)[23].

No atual contexto mundial, a APS sofreu um processo de desarmonização devido ao desenvolvimento da Covid-19. A situação atual conta com mais de 12 milhões de casos e cerca de 550 mil mortos, sendo os Estados Unidos e o Brasil os principais epicentros da pandemia atualmente, com, aproximadamente, 3 milhões e 1,7 milhões de casos, respectivamente.

Sob esse viés, embora as vias de transmissão não estejam absolutamente determinadas, o contágio de pessoa a pessoa é algo bem estabelecido, podendo ocorrer por gotículas espalhadas por um indivíduo infectado durante sua tosse, sua fala ou seu espirro, possibilitando a inalação ou o contato com as mucosas de pessoas próximas. Além disso, também pode ser transmitido por meio do contato com objetos conspurcados com o SARS-CoV-2, caso entrem em contato com a boca ou outras mucosas. (CALDAS; TAVARES, 2020)[10].

A transmissão vertical do vírus ainda é indefinida. Portanto, o distanciamento social foi a principal medida adotada mundialmente para o combate à pandemia com o intuito de diminuir a dispersão do vírus ao redor do mundo.

No campo da APS em tempos de pandemia, consideramos a abordagem da saúde materno-infantil como uma linha de cuidado prioritária. Ainda que muitas gestantes e puérperas possam receber atendimento domiciliares, estratégias locais precisam e devem ser montadas para reavaliação frequente de sintomas e queixas, de modo a diagnosticar precocemente a piora clínica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)[2].

É necessário, também, a equipe avaliar a necessidade de realizar visitas domiciliares às gravidas e às puérperas infectadas, diminuindo a exposição à comunidade e, simultaneamente, atendendo às suas necessidades pré-natais, seguindo os princípios da Rede de Atenção Materno-Infantil que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)[3].

Diante disso, a APS tem um grande potencial de enfrentamento a esta pandemia, já que a rede básica é o primeiro acesso para a busca de cuidados, em virtude de alguns fatores, como os princípios de universalidade, integralidade e equidade e a capilaridade de seus serviços pelo território nacional. As APS, por meio de suas equipes de saúde da família, conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e têm papel importante na abordagem comunitária. (GIOVANELLA, 2020)[14].

Ademais, ao pôr em destaque o cuidado às gestantes em meio à pandemia de Covid-19 por meio da APS, são notórios os diversos desafios e obstáculos impostos inerentemente a esse contexto, tendo em vista a dificuldade da realização de consultas pré-natais, exames, aconselhamentos ou tratamento de alguma intercorrência, sem haver exposição de risco à mãe, ao filho, ou até mesmo, aos outros pacientes presentes na unidade, deixando, em aberto, a possibilidade de teleconsultas ou consultas presenciais com fluxos distintos.

Logo, destaca-se a pergunta que nos moveu para essa pesquisa: “Quais estratégias foram utilizadas pela APS no enfrentamento da COVID 19 para atenção às gestantes”, sendo esse o objetivo deste artigo. A fim de responder à tal pergunta, foi feita uma revisão integrativa de modo a abranger os estudos já publicados sobre essa problemática, a qual foi respondida de forma fundamentada.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, cujo método consiste na construção de uma análise ampliada da literatura, de forma a agrupar, sistematicamente, os resultados atualizados de estudos já realizados sob diversas metodologias. Essa análise abrangente contribui para uma avaliação crítica, as discussões e a identificação de evidências sobre o tema em foco.

A revisão integrativa envolve o cumprimento de fases desde a identificação do tema, hipótese ou pergunta norteadora/questão de pesquisa; o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos/artigos durante a coleta de dados; a busca/amostragem na literatura; a análise crítica dos estudos incluídos, identificando as informações a serem retiradas dos estudos selecionados; a discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa. (SOUZA, 2010)[26].

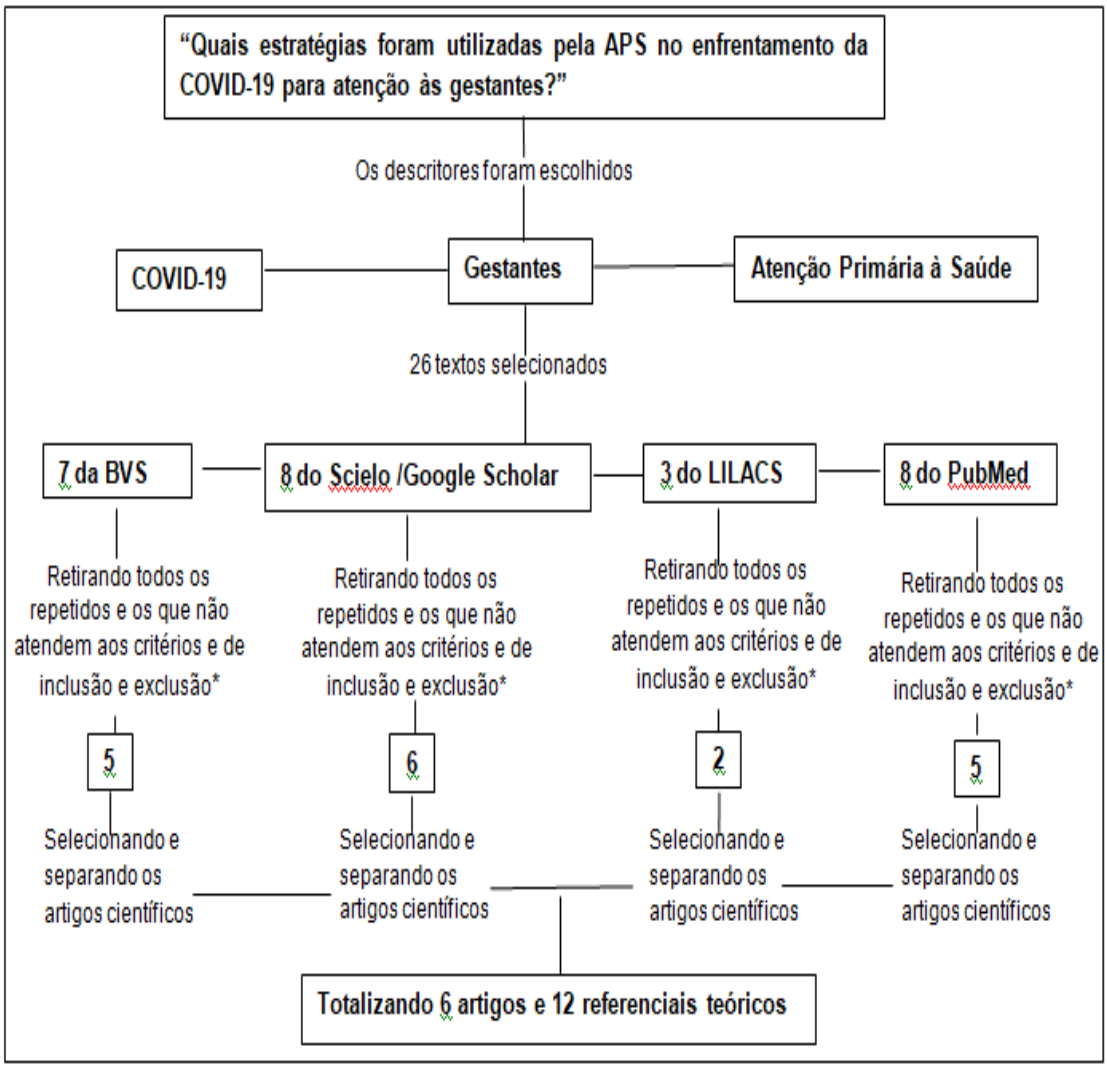
Os critérios de inclusão definidos para selecionar os artigos foram artigos na íntegra que retratassem a temática envolvendo Covid-19, a Atenção Primária à Saúde e Gestantes; os artigos publicados em português, inglês e espanhol no período de 2019 e 2020, visto que a pandemia teve seu início nesse período. Quanto aos critérios de exclusão, definiram-se os artigos não datados no período de 2019 e 2020 e artigos com Qualis Capes inferior a B2.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2019. Nesta fase de levantamento dos artigos na literatura, realizou-se a busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Usando de forma associada os descritores: Atenção Primária à Saúde, Covid-19 e, a princípio, o descritor Saúde Materno Infantil. No entanto, devido à ausência de estudos com foco na questão de pesquisa, foi utilizada a palavra-chave: gestantes.

Resultados

Logo, foram identificados 26 estudos/artigos com base nos descritores e palavras-chave, que foram submetidos às estratégias de seleção para o presente estudo, considerando a capacidade de responder à questão de pesquisa. Após a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave, foram excluídos 20 estudos por não atender à nossa questão de pesquisa, conforme o fluxo de seleção dos estudos (figura 1).

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos.



A amostra do estudo foi composta de seis artigos; desses, três foram publicados em inglês e três em português, visto que esse foi um critério de inclusão e também por considerar que estudos em língua estrangeira, principalmente em inglês, recebem destaque em muitas instituições e constituem maior critério de promoção, como a exposição maior dos conhecimentos fora do contexto nacional. (FUZA, 2017)[12].

Em relação ao local em que foi desenvolvida a pesquisa, temos três estudos no Brasil, um nos Estados Unidos, outro na Suécia e mais um na Índia. Sendo todos com o ano de publicação 2020, momento de ápice da pandemia no mundo.

Assim, foi realizada a análise e a organização das informações em quadro referentes ao título, autores, base de dados, data/ano de publicação, local/país, resposta à pergunta de pesquisa - Principais estratégias preconizadas/utilizadas.

Quadro 2: Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, autores, base de dados, data/ano de publicação, local/país, resposta à pergunta de pesquisa.

Nº.	Nome	Autor	Base de dados	Data	Local	Resposta à Pergunta de Pesquisa - Principais estratégias preconizadas/utilizadas
1.	**Childbirth, puerperium and abortion care protocol during the COVID-19 pandemic**	TRAPANI JÚNIOR, Alberto. et al.	PubMed	17/7/2020	Brasil	Leito isolado para parturiente com suspeita/confirmação de COVID-19 a pelo menos 2 metros do recém-nascido, além da higienização de mãos, uso de EPIs e alta hospitalar o mais precoce possível.
2.	**Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies**	ZAIGHAM, Mehreen; ANDERSSON , Ola.	Google Scholar - Scielo	6/4/2020	Suécia	Testagem das gestantes, notificação dos casos, preferência por cesárea, parturiente com máscara N95 e sem contato com o recém-nascido após o parto. Além de acompanhamento do neonato.
3.	**Operating Room Guide for Confirmed or Suspected COVID-19 Pregnant Patients Requiring Cesarean Delivery**	GONZALES-BROWN, Veronica. et al.	PubMed	9/4/2020	EUA	Protocolo de atendimento para parturientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, com quartos exclusivos para os procedimentos, enfermeiras designadas, videoconferência com os médicos, uso de EPIs, preferência por anestesia regional e cama desinfectada após a cirurgia.
4.	**Primary Health Care Facility Preparedness for Outpatient Service Provision During the COVID-19 Pandemic in Índia: Cross-Section Study**	GARG, Suneela. et al.	PubMed	1/6/2020	Índia	A maior parte dos serviços ambulatoriais primários relacionados à saúde materno-infantil foi suspensa por falta de infraestrutura para manter a segurança da população.
5.	**Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará**	PESSOA DO VALE, Eliana. et al.	Google Scholar - Scielo	9/6/2020	Pará, Brasil	Agendamento exclusivo de consultas das gestantes, classificação de risco e vulnerabilidade, orientações via telefone, DISKCORONAVIRUS para monitorar os casos e visita domiciliar quando necessária.
6.	**(RE)Organização da Atenção primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE**	RIBEIRO, Marcos Aguiar. et al.	Google Scholar- Scielo	8/6/2020	Ceará, Brasil	Gestantes e puérperas já mapeadas e monitoradas, número de atendimentos reduzidos, agendamentos, teleconsultas, ultrassonógrafo portátil e matriciamento do médico obstetra com o médico de família e comunidade para os pré-natais de alto risco.

Os resultados dos estudos selecionados foram analisados ponderadamente e as informações coletadas e organizadas em duas categorias – Gestação e Manifestações Clínicas da Covid-19 e Atenção à Gestante na Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19, de forma a construir uma análise descritiva.

Discussão

Gestação e Manifestações Clínicas da Covid-19

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil incluiu as gestantes como grupo de risco à Covid-19 com base nas alterações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga que podem sobrepor-se aos sintomas da Covid-19.

No seu Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 (2020)[3], está descrito o consenso dos especialistas quanto à abordagem do atendimento às gestantes com Covid-19, considerando a

Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para os casos em que as gestantes apresentem síndrome gripal. Segundo o protocolo, ainda não existem evidências científicas que justifiquem o manejo diferenciado da gestante com Covid-19. Portanto, nesses casos, é recomendada a necessidade de manter o isolamento social e o monitoramento da gestante pela equipe da APS. Ainda são muitas as lacunas de conhecimentos sobre os desdobramentos do vírus na gestação; no entanto, recomenda-se que sejam consideradas durante a avaliação a idade gestacional, a condição materna, a viabilidade fetal e o risco associado à gravidez.

No que tange às manifestações clínicas de pacientes grávidas que contraem Covid-19, foi atestado, em estudo de revisão de escopo da Covid-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez, que as suas manifestações são as mesmas da população geral, confirmando o que foi apontado nas Orientações para linha de cuidados no ciclo gravídico-puerperal do Rio Grande do Norte (2020)[24] e na Cartilha de Orientações Gerais sobre a Covid-19 em mulheres no período gravídico-puerperal e para profissionais de saúde, da Bahia (2020)[28].

Além disso, fazem-se necessários cuidados com a possível transmissão da Covid-19 também no pós-parto, entre a mãe e o recém-nascido, portanto, medidas de prevenção como uso de Equipamentos de Proeteção Individual (EPI), máscaras por puérperas sintomáticas, a manutenção da distância mínima de dois metros entre o leito materno e o berço do recém-nascido, são orientações fundamentais e uma das medidas de orientação colocada nos artigos em questão.

Devido à crescente contaminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e à crescente taxa de mortalidade, temeu-se a repercussão em grupos mais vulneráveis. Por meio dos conhecimentos adquiridos com o coronavírus anterior (SARS-CoV e MERS-CoV), foi relatado que mulheres grávidas e seus fetos teriam um pior prognóstico. Tal fato justifica-se, principalmente, pelas mudanças fisiológicas no corpo da mãe e pela não maturação completa do sistema imune do feto na hora do parto.

Tendo em vista a dinamicidade de informações e a necessidade de dados sobre o dano causado pelo SARS-CoV-2 à gestante, no estudo sobre as manifestações clínicas, viu-se que o vírus é capaz de ser danoso à mãe e ao feto, aumentando a morbimortalidade. Entre os estudos observados, foram utilizados antibioticoteria e corticoterapia na mãe e antibioticoterapia no feto após o parto, com o objetivo de promover a saúde da mãe e do neonato. Com isso, o presente estudo indica como ferramenta para saúde materno-infantil, o monitoramento do neonato para o Covid-19 (este que pode apresentar Rt-PCR positivo por até 36 horas) e isolamento materno (para mães positivas).

Em estudo sobre o protocolo de parto, puerpério e aborto durante a pandemia de Covid-19, foi apresentado que nos casos de suspeita ou casos confirmados, tanto para a gestante, quanto para seu acompanhante, precisa-se instituir o protocolo de entrega de máscaras cirúrgicas, que devem ser trocadas, caso fiquem molhadas ou ultrapassem um período de 4 horas; além disso, devem ser feitas instruções quanto à lavagem de mãos e, também, manter-se em isolamento. (TRAPANI JR, 2020)[27]. Fato que é corroborado pelas Orientações para a Linha de

Cuidado no Ciclo Gravídico Puerperal do Estado do Rio Grande do Norte que aborda as diretrizes da Covid-19 e Gravidez (2020)[24]. Essa diretriz, quando discute a respeito dos cuidados que uma paciente com Covid-19 na atenção puerperal deve tomar, apresenta as mesmas recomendações feitas no estudo em questão, como o fato de a puérpera ter que ser mantida em isolamento.

Com a constante dinamicidade de informações sobre o novo coronavírus, protocolos e procedimentos para o manejo clínico devem ser revisados, tendo em vista a preservação da saúde dos pacientes. Procedimentos cirúrgicos, como o parto cesário, que são de extrema necessidade e não adiáveis, exigem protocolos que visam à segurança biológica da mãe e do filho; daí a necessidade do planejamento de um protocolo capaz de abranger gestantes positivas e negativas para o coronavírus e que seja capaz de preservar a saúde da mãe e do neonato.

O protocolo instituído por este estudo divide-se em quatro campos: pré-operatório (testagem da mãe e condução até a sala de cirurgia), preparo da sala (esterificação e contagem de instrumentos cirúrgicos), procedimento cirúrgico (cesária é recomendada, a qual se tem, também, até o planejamento da anestesia), pós-operatório (utilização de salas com pressão negativa e uso de máscara no transporte). A partir disso, o objetivo é prevenir a transmissão, no entanto, devido à constante mudança de informações, o estudo finaliza com a necessidade de novos trabalhos para melhorar ainda mais o atendimento. (ZAIGHAM; ANDERSSON, 2020)[30].

Atenção à Gestante na Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19

No estudo transversal realizado na Índia, buscou-se analisar a prontidão na prestação de serviços ambulatoriais da unidade básica de saúde durante a pandemia de COVID-19, o qual apontou que, no nível da Atenção Primária à Saúde, tanto a área materno-infantil quanto os atendimentos em geral foram prejudicados devido aos déficits de infraestrutura e controle de infecção da doença, que foram relatados em termos de limitações físicas, capacidade instalada de espaço, grandes filas para atendimento, ausência de portas de entrada e saída separadas para evitar a circulação de pessoas contaminadas, assim como a prevenção de infecções e as medidas de controle, que também foram abaixo do ideal. Sem contar com as instalações inadequadas para lavagem e higiene das mãos. (GARG, 2020)[13].

Além disso, a operação de serviços ambulatoriais, particularmente relacionados à saúde materno-infantil, foi significativamente interrompida durante a pandemia de Covid-19. Tudo isso contrapondo a um direito essencial para as mulheres grávidas no cenário da pandemia, que, segundo uma nota feita pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM) (2020)[18], os serviços de maternidade devem continuar a ser priorizados e disponíveis como um serviço de saúde essencial.

No caso do Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 7 considerando a Atenção às gestantes no contexto da infecção Covid-19 causada pelo novo Coronavírus (sars-cov-2) uma prioridade, recomendando uma triagem nos fatores de risco e sintomas gripais para dar continuidade às ações de cuidado pré-natal de todas as gestantes assintomáticas e sintomáticas, resguardado o zelo com a prevenção de aglomerações, com as melhores práticas de higiene e

com o rastreamento e isolamento domiciliar de casos suspeitos. Portanto, garantindo na Atenção Primária à Saúde o direito ao pré-natal com prioridade e qualidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)[4].

No estudo sobre a Reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o enfrentamento da Covid-19 no município de Canaã dos Carajás, no estado do Pará foram apontadas as três estratégias de enfrentamento à pandemia, respectivamente, para reorganizar a RAS: a reorganização do acesso e ampliação da carteira de serviços da Atenção Básica, que garante os serviços oferecidos por esse nível de atenção e exercendo o papel de porta de entrada aos pacientes sintomáticos respiratórios; outra estratégia destacada é a elaboração e a readequação de novos serviços para o fortalecimento da RAS, que oferece uma Central de Vigilância, um canal de comunicação entre a população e os profissionais de saúde por meio de um disque informações (Diskcoronavirus), além da testagem domiciliar e serviços de ambulância,transporte sanitário, e, por fim, a reorganização da Assistência Hospitalar, disponibilizando uma ambulância 24 horas para realizar a transferência dos pacientes mais graves aos hospitais de campanha, diminuindo o fluxo do pronto socorro do hospital da cidade. (VALE, 2020)[29].

No estudo em questão quanto à saúde materno-infantil, foram reorganizadas as agendas dos profissionais: o enfermeiro e o médico agendam somente gestantes, disponibilizando horário ampliado na agenda para o atendimento das demandas espontâneas agudas, sendo responsáveis também pelas orientações por telefone e/ou visita domiciliar quando necessária.

Sob esse viés, pode ser observado que tais estratégias são abordadas na diretriz postada em maio de 2020 “Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19” (2020)[10]. Essa reorganização se tornou essencial para o enfrentamento da atual situação vivenciada mundialmente, possibilitando, simultaneamente, a continuidade da eficiência da Rede de Atenção à Saúde e a redução máxima do contágio e da exposição do Covid-19.

No trabalho realizado na cidade de Sobral, no Ceará, assim como na Índia, as ações do pré-natal também foram suspensas temporariamente. Porém, foram retomadas devido à sua alta importância, entretanto, com algumas limitações, como a redução dos atendimentos, as consultas de pré-natal agendadas nos territórios e as teleconsultas para o monitoramento dos casos. Além da utilização do ultrassonógrafo portátil e o emprego do matriciamento do médico obstetra e o médico de família e comunidade para atender aos pré-natais de alto risco. Tudo foi facilitado devido às mães gestantes e puérperas já estarem mapeadas e monitoradas. (RIBEIRO, 2020)[22]. Conduta corroborada pela nota técnica nº 12 do Ministério da Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)[5].

Considerações Finais

Considerando uma pandemia de caráter emergencial e recente, salientamos as limitações em termos de estudos com evidências comprovadas em relação à condução das ações de

atenção às gestantes. Embora o estudo aponte que o trabalho foi realizado pela Atenção Primária à Saúde, tais medidas de isolamento social de gestantes suspeitas/confirmadas e o uso correto de EPIs, foram de extrema importância para auxiliar no enfrentamento do COVID19 na atenção às gestantes, além do processo de organização dos serviços da APS como retaguarda para as demandas.

Foi possível identificar também nos estudos a importância de manter a continuidade do atendimento de pré-natal às gestantes durante a pandemia, utilizando teleconsultas e teleorientações para o monitoramento dos casos. Por fim, devido ao fato de ser uma enfermidade atual, estudos a respeito de como o Covid-19 age em puérperas devem continuar sendo realizados, para que a APS possa prosseguir atuando.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 fev. 2020. p. 01.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxo de Atendimento na Atenção Primária à Saúde para o novo Coronavírus (2019-Ncov). Ministério da Saúde. 2020.https// egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210-N-EmktCoronaVirusFluxoV2-6121956549677603461.pdf. Acesso em 28/07/2020
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID- 19) na atenção primária à saúde. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/ pdf/2020/Jujy/14/Protocolo-de-Manejo-Cl--nico-parao-Covid-19.pdf. Acesso em 27 de Julho de 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. SEI/MS – 0014128689. Nota Técnica nº 7 de 08 de abril de 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestantes-nota-tecnica-no-6-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms/ .Acesso em 27/07/2020.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/M. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-tecnica-no-12-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms/. Acesso em 26/07/2020
6. CALDAS, J. P; TAVARES, M. **Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença**: doença por coronavírus 2019 (COVID-19). Disponível em: http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/070b44658f5569888804a14826ae273c.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.
7. DUNLOP, C. *et al*. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, p. 1-3, jan./2020. Disponível em: https://bjgpopen.org/content/bjgpoa/4/1/bjgpopen20X101041.full.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
8. ENFERMAGEM UFMG. **Orientações para Organização e Fluxos nas Unidades Básicas de Saúde em tempo de Coronavírus**. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1LBA-Qpev1vzTx0WvnffyT8tR97G1E6fa/view. Acesso em: 23 jul. 2020.
9. ESTRELA, F. M. *et al*. Gestantes no contexto da pandemia da COVID-19: reflexões e desafios. **Physis**, v. 30, n. 2, p. 1-5, jul./2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n2/0103-7331-physis-30-02-e300215.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

10. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19**. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
11. FERREIRA, N S A. As pesquisas denominadas "estado da arte". Educação & Sociedade, ano XXIII, n o 79, Agosto/2002. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf. Acesso em 22 de Julho de 2020.
12. FUZA, Â. F. O papel da língua inglesa na publicação acadêmico-científica: reflexões teóricas e o caso dos cursos de escrita on-line brasileiros. **Signótica**, Goiânia, v. 29, n. 2, p. 302-328, jul./dez. 2017. Disponível em: https://www.revistas.ufg.br/sig/article/view/43926/24054. Acesso em 27 de Julho de 2020.
13. GARG, S. *et al*. Primary Health Care Facility Preparedness for Outpatient Service Provision During the COVID-19 Pandemic in India: Cross-Sectional Study. **JMIR Public Health Surveill**, v. 6, n. 2, p. 1-7, abr./2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7265797/. Acesso em: 23 jul. 2020.
14. GIOVANELLA, L. **APS na rede de enfrentamento à COVID-19.** Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48713. Acesso em: 15 jul. 2020.
15. GONZALEZ-BROWN, V. M. *et al*. Operating Room Guide for Confirmed or Suspected COVID-19 Pregnant Patients Requiring Cesarean Delivery. **Am J Perinatol.**, v. 37, n. 8, p. 825-828, jun./2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32274771/. Acesso em: 23 jul. 2020.
16. GOVERNO DE SANTA CATARINA. **Nota Técnica no 004/2020 – DAPS/SPS/SES**. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Atualizacao_%20NT_gestantepuerperaRN_versao%20final%2023-04.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
17. GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01 SRUP/SGAIS SES/RJ - MEDIDAS DE PREVENÇÃO E ATENDIMENTO AOS CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS EM MATERNIDADES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095863/nota-tecnica-maternidades.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
18. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Women's Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic**. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
19. MASCARENHAS, V. H. A. *et al*. COVID-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 1-10, jun./2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3348.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
20. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. **COVID-19:** Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos en la República Bolivariana de Venezuela Dirigidas a proveedores de salud**.** Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1ywH8Xg_jCGa64nTKvBdz1waMnU-It4h2/view. Acesso em: 23 jul. 2020.
21. QI, H. *et al*. Safe delivery for pregnancies affected by COVID-19. **BJOG**, v. 127, n. 8, p. 927-929, abr./2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219995/. Acesso em: 23 jul. 2020.
22. RIBEIRO, M. A. *et al*. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência em Sobral-CE. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 177-188, jun./2020. Disponível em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/125/54. Acesso em: 23 jul. 2020.
23. SARTI, T. D. *et al*. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-5, abr./2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020166.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

24. SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE. **COVID-19 e GRAVIDEZ:** orientações para a linha de cuidado no ciclo gravídico-puerperal no Rio Grande do Norte. Disponível em: http://www.institutosantosdumont.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ISD-informativo-Covid19-e-gravidez_Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-linha-de-cuidado-no-ciclo-grav%C3%ADdico-puerperal-no-Rio-Grande-do-Norte.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
25. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Aleitamento Materno em tempos de COVID-19:** recomendações na maternidade e após a alta. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22467f-NA_-_AleitMat_tempos_COVID-19-_na_matern_e_apos_alta.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
26. SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.
27. TRAPANI Jr., A. *et al*. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 42, n. 6, p. 349-355, jun./2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v42n6/1806-9339-rbgo-42-06-349.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.
28. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Orientações gerais sobre a COVID-19:** em mulheres no período gravídico-puerperal para profissionais de saúde. Disponível em: http://www.fesfsus.ba.gov.br/covid19/wp-content/uploads/sites/11/2020/05/CARTILHA-A4-ATUALIZADA-copy-1-1.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.
29. VALE, E. P. *et al*. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 83-89, jun./2020. Disponível em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/101/56. Acesso em: 23 jul. 2020.
30. ZAIGHAM, M.; ANDERSSON, O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 99, n. 7, p. 823-829, jul./2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32259279/. Acesso em: 23 jul. 2020.

Capítulo 11

ANÁLISE ESPACIAL DA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

SPATIAL ANALYSIS OF MORBIMORTALITY BY CERVICAL CANCER IN RIO GRANDE DO NORTE, BRAZIL

Franciely Batista Soares[1]
Linda Katia Oliveira Sales[2]
Marquiony Marques dos Santos[3]
Fátima Raquel Rosado Morais[4]

RESUMO: O câncer de colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública mundial, sendo a realização do exame citopatológico o método de rastreio preconizado. Apesar dos esforços, as taxas de incidência e mortalidade do CCU ainda são significativas em áreas menos desenvolvidas dos estados brasileiros. Objetivou-se com este trabalho avaliar a distribuição espacial e o efeito de indicadores socioeconômicos/ demográficos no adoecimento e morte por câncer de colo do útero no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2003 a 2008. Para análise dos dados foram utilizados o software Terraview 4.2.2 e o SPSS 20.0. Os resultados mostraram formação de agrupamento de municípios com baixas taxas de morbimortalidade na região do Seridó. Constatou-se, ainda, que a variável população coberta está inversamente correlacionada com taxa de óbitos. Já com relação ao IDHM, quanto maior a taxa de morbidade menor será o IDH desses municípios.
Palavras-chave: Neoplasia do Colo do Útero. Morbimortalidade. Saúde da Mulher.

ABSTRACT: Cervical cancer (CC) is a worldwide public health problem, and cytopathological examination is the recommended screening method. Despite efforts, CCU incidence and mortality rates are still significant in less developed areas of Brazilian states. The objective of this study was to evaluate the spatial distribution and the effect of socioeconomic / demographic indicators on illness and death due to cervical cancer in the state of Rio Grande do Norte, from 2003 to 2008. For data analysis, the Terraview 4.2.2 software and SPSS 20.0. The results showed the formation of a group of municipalities with low rates of morbidity and mortality in the Seridó region. It was also found that the variable population covered is inversely correlated with the death rate. Regarding the MHDI, the higher the morbidity rate, the lower the HDI of these municipalities.
Keywords: Cervical neoplasm. Morbidity and mortality. Women's Health.

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico uterino (CCU) é um problema de saúde pública mundial, principalmente em países em desenvolvimento, atingindo porcentagem maior nas classes menos favorecidas da população. Esta neoplasia é provocada por infecções persistentes dos subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV-16 e HPV-18). Aliado a isso, fatores como baixo nível socioeconômico, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, multiparidade, uso

[1] Enfermeira, graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Email: francielysoares123@gmail.com
[2] Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN – Campus Caicó. E-mail: katiaoliveira@uern.br.
[3] Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Estado do Rio Grande do Norte- UFRN. E-mail:marquiony@gmail.com.
[4] Doutora em Psicologia Social pela UFRN/UFPB e docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: fatimaraquel@uern.br

prolongado de anticoncepcionais orais e tabagismo, se apresentam como fatores que aumentam o risco de acometimento pelo CCU (INCA, 2019).

No Brasil, foram identificadas 6.385 mortes por CCU no ano de 2017. Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o triênio 2020-2022, são esperados 16.590 casos novos, apresentando risco estimado de 15,43/100 mil mulheres. Na região Nordeste, o CCU se apresenta como a segunda neoplasia mais incidente – excluindo os casos de tumores de pele não melanoma –, com risco de 17,62/100 mil. Para o estado do Rio Grande do Norte, são esperados 310 casos novos (INCA, 2019).

Na maioria dos países desenvolvidos, sabe-se que as taxas de CCU diminuíram nos últimos trinta anos, resultado dos programas de detecção e tratamento. Por outro lado, essas taxas aumentaram ou permaneceram invariáveis na maioria dos países em desenvolvimento. Vale ressaltar que, também, existem desigualdades no mundo desenvolvido, pois mulheres das zonas rurais ou mais pobres correm risco maior de enfrentar o CCU do tipo invasor. (VASCONCELOS et al., 2011)

A estratégia de rastreamento recomendada tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto pelo Ministério da Saúde é a realização do exame citopatológico, também conhecido como Papanicolau. A realização do citopatológico é um procedimento simples e de baixo custo, capaz de detectar as alterações em fases pré-malignas, quando são curáveis com medidas relativamente simples, reduzindo o risco cumulativo de câncer do colo do útero em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos, e em 91% para mulheres que se submetem ao exame a cada três anos. (BORGES et al, 2012).

É fato que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Diante do exposto, reconhece-se como importante adotar estratégias que permitam amenizar as fragilidades notificadas pelos serviços de uma maneira geral e pelos fatores socioeconômicos conhecidos como determinantes na diminuição da mortalidade por CCU.

Considerando que o câncer de colo do útero é uma das prioridades da política de saúde do país, o quadro epidemiológico de morbimortalidade dessa neoplasia e a necessidade de produzir informações mais precisas do ponto de vista das usuárias, buscou-se, no presente trabalho, avaliar a distribuição espacial e o efeito de indicadores socioeconômicos no adoecimento e morte por câncer de colo do útero no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2003 a 2008.

Método

Este trabalho é resultado de Projeto de Iniciação Científica (PIBIC), sendo utilizado banco de dados da orientadora, construído para defesa da tese de mestrado, para obtenção das informações analisadas.

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, cuja unidade de análise foi os prontuários clínicos de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer do colo do útero e que estavam em tratamento em duas instituições de referência no Estado: Liga Norte-Rio-Grandense Contra o Câncer – LNRCC na cidade de Caicó e Natal e Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM entre os anos de 2003 a 2008. Foram coletados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o censo de 2000 e as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Atlas Brasil e os processados através do programa de código aberto TAB para Windows – *TabWin*, desenvolvido pelo DATASUS.

Foram recrutados como critérios de inclusão: todos os prontuários de mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero no período correspondente a 01 de Janeiro de 2003 a 31 de Dezembro de 2008. Elencados como critérios de exclusão: prontuários ilegíveis; prontuários, cujas mulheres mudaram para outro Estado; e prontuários de mulheres que abandonaram o tratamento clínico. Foram colhidos dados de 1517 prontuários de mulheres atendidas nas duas instituições de referência do estado do Rio Grande do Norte.

Para análise estatística, foi analisada a distribuição espacial das taxas de morbidade e mortalidade do câncer do colo do útero através do Box-map e Moran-map, este apresenta um valor da estatística de moran que varia de 0 (baixa formação de clusters) a 1 (elevada formação de clusters), utilizando um nível de confiança de 95%. Para conhecer a correlação das taxas de morbimortalidade por câncer de colo do útero nos municípios do Rio grande do Norte com as variáveis numéricas contextuais, executou a análise de Correlação de Sperman.

Foram utilizados o software Terraview 4.2.2 e o SPSS 20.0.

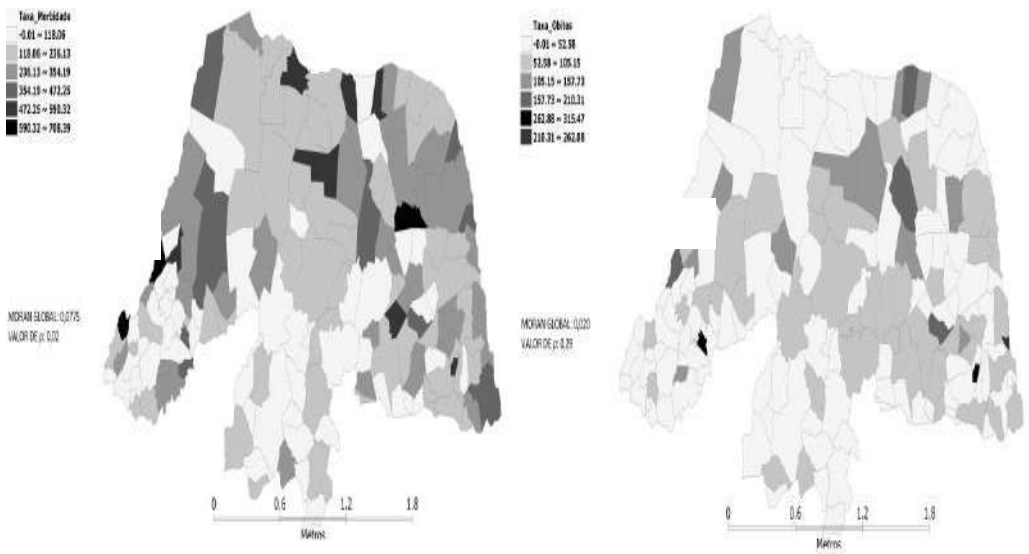
O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Norte – Rio - Grandense e obteve aprovação no dia 06/05/2014 com o seguinte número CAAE: 25412913.7.0000.5293 conforme recomenda a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, a qual trata da pesquisa com seres humanos. Foi assegurado o anonimato das mulheres que participaram do estudo.

Resultados e Discussão

O estado do Rio Grande do Norte, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), se constitui em uma área territorial de 52.809, 602 Km^2, com uma população estimada de 3.506.853 pessoas, distribuídas em 167 municípios.

Estes municípios apresentam disparidades socioeconômicas, algumas diferenças nos costumes, na cultura, nas comidas, nas atividades econômicas entre outras. Apresenta lugares mais povoados do que outros, áreas com mais pessoas morando em cidades, em outras áreas há mais pessoas morando no campo. Existem regiões mais desenvolvidas e avançadas que outras. Nesta perspectiva, o perfil saúde\doença, o modo de andar a vida, a assistência e prevenção, a incidência, a mortalidade se apresenta de maneira diferente.

Figura 1 – A) Distribuição das taxas de morbimortalidade nos municípios do Rio Grande do Norte no período de 2003 a 2008. B) Distribuição das taxas de óbito nos municípios do estado do Rio Grande do Norte no período de 2003 a 2013.



Fonte: Dados da Pesquisa.

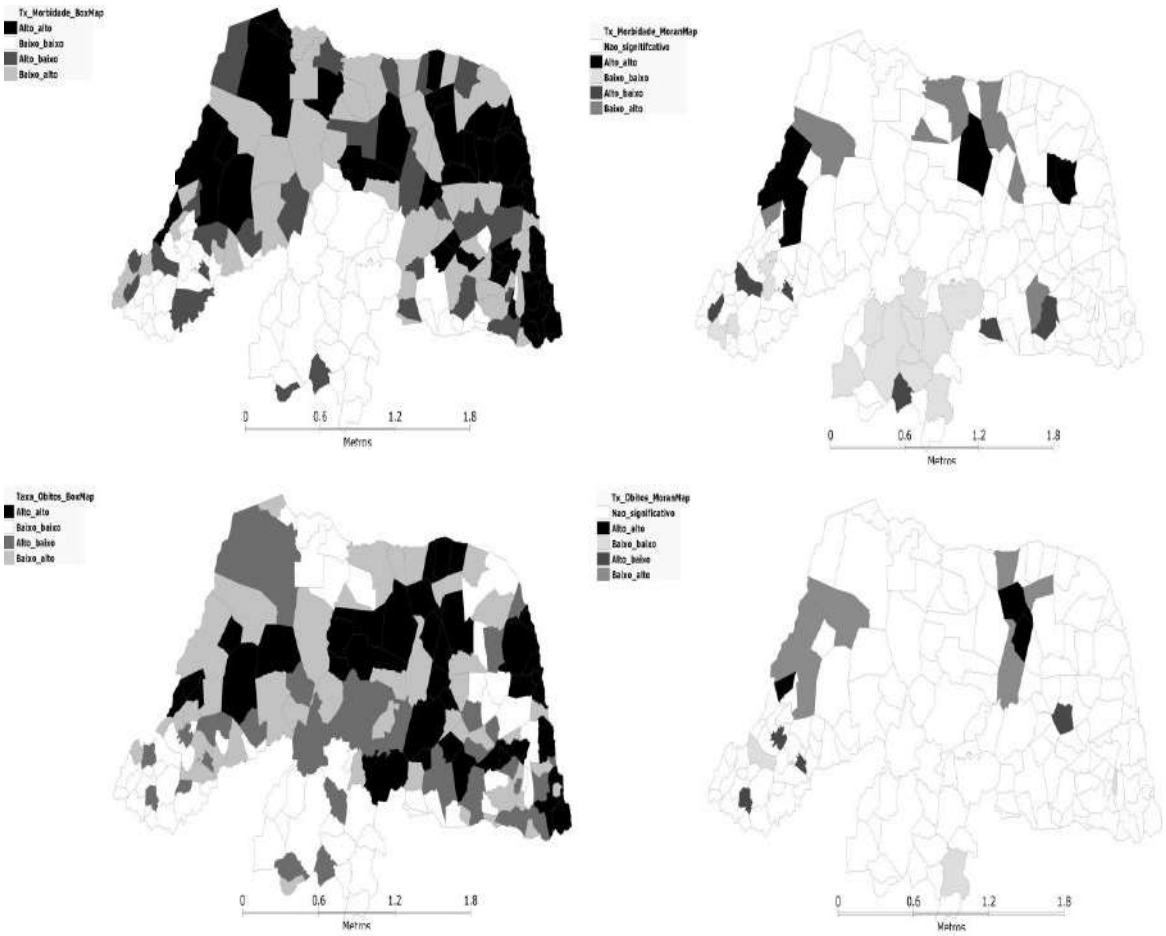
A partir da figura 1-A, pode-se observar que o estado apresenta uma distribuição pouco uniforme nas taxas de morbimortalidade, com uma formação de agrupamento com baixas taxas na região do Seridó. Embora se perceba uma baixa força na formação desses agrupamentos, observado pelo Moran de 0,07, este é significativo (p = 0,02).

Com isso, a formação de agregados de municípios (ou *Cluters*) nos permite inferir que há similaridade de características (seja ela econômica, cultural, social) nestes municípios. Já na distribuição das taxas de óbitos, figura 1-B, observa-se que esses agrupamentos são distribuídos de maneira aleatória (p = 0,2), apresentando baixa força de formação. Constatou-se, ainda, que a variável população coberta está inversamente correlacionada com taxa de óbitos. Já com relação ao índice de desenvolvimento humano do município (IDHM), quanto maior a taxa de morbidade menor será o IDH desses municípios.

Para as taxas de morbidade, como se pode observar na figura 2-A, percebe-se a formação de agrupamentos na Região Seridó, apresentando municípios baixos com municípios vizinhos baixos. E esta apresentação dos agrupamentos é significativo conforme se observa na figura 2-B. Diante disso, há nesta região semelhanças culturais, econômicas, socioeconômicas entre os municípios que a compõe de tal maneira que permite a formação de agregados, e que estas características estão correlacionadas com a baixa morbidade destes municípios.

Com relação à taxa de óbitos, conforme discutido anteriormente, percebe-se que não há formação de *clusters* como se pode verificar na figura 2-D. Isso implica que os municípios que apresentaram taxas elevadas de óbitos possuem características diferentes. Mais uma vez recorrendo à tabela, constata-se que a variável população coberta está inversamente correlacionada com taxa de óbitos, ou seja, quanto maior for à taxa de óbitos menor será a população coberta.

Figura 2 – Distribuição das taxas de morbidade e óbitos nos municípios do Rio Grande do Norte. A) Box-map taxa de morbidade no período de 2003 a 2008. B) Moran-map taxa de morbidade no período de 2003 a 2008. C) Box-map taxa de óbito no período de 2003 a 2008.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Estes resultados são corroborados no estudo de Maciel et al. (2011) que identificou discrepâncias entre Regionais de Saúde e entre os municípios, revelando desigualdades intraurbanas no risco de morte e sugere o acesso desigual das mulheres ao programa de rastreamento do câncer de colo do útero, fator determinante nas mortes consideradas evitáveis, podendo ser explicado pela não efetividade de programas preventivos. Conforme informações fornecidas pelo Departamento de Informação e Informática do SUS, apesar de o exame de Papanicolaou ser realizado pelos serviços públicos de saúde desde 1994, ele é oferecido às mulheres de forma oportunístico, não organizado, permitindo que algumas mulheres realizem mais exames que o preconizado, enquanto outras nunca o realizam, sobretudo aquelas em piores condições socioeconômicas e de saúde (SOUSA et al, 2016).

No que diz respeito ao IDH, um estudo verificou que quanto maior o IDH de uma região ou município, maior será a probabilidade de uma boa cobertura para o exame citopatológico. Tomasi et al. (2015), por sua vez, explica que, fatores que influenciam o IDHM como o produto interno bruto *per capita*, determinam a capacidade de investimento dos municípios no setor saúde. Municípios menores tendem a destinar menores aportes financeiros, o que resulta na falta de estrutura dos serviços de saúde, menor oferta e acesso ao exame citopatológico. Um bom IDH

(saúde, educação e renda), portanto, confere estabilidade na mortalidade e propicia até mesmo uma queda nos índices em algumas regiões (BEZERRA, 2017).

O estudo de Bezerra (2017) revela, ainda, uma ligação direta entre os indicadores razão de exames citopatológicos (cobertura) do câncer cérvico-uterino e a taxa de mortalidade, onde a região Nordeste possui baixa razão e alta mortalidade. Apesar disto, o Rio Grande do Norte apresentou, em algumas regiões, razão do tipo alto-alto, com destaque para os municípios de Mossoró, Natal e Caicó, o que pode ser explicado pelo fato de que todos são pólos universitários e há grandes proporções da população cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (BEZERRA, 2017).

De encontro a esses dados, estudo realizado por Sousa et al. (2016) acerca da mortalidade por CCU no Rio Grande do Norte evidenciou dados preocupantes, uma vez que demonstrou que o estado e suas microrregiões de saúde apresentaram altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, quando comparadas às taxas de países desenvolvidos – inferiores a 5,0 óbitos por 100 mil mulheres – no ano de 2008 (SOUSA et al., 2016). Ainda conforme este estudo, as taxas de mortalidade média verificadas para o câncer cérvico-uterino foram de 10,78 óbitos/100.000 mulheres.

Em relação à evolução das taxas de mortalidade, o referido estudo verificou tendência ascendente nas microrregiões de saúde de São José de Mipibú e Caicó, e perfil descendente na microrregião Metropolitana do estado. Essa informação é preocupante, uma vez que esta região já possui uma rede de serviços de baixa, média e alta complexidade direcionada para o controle do câncer do colo do útero. As demais microrregiões (Pau dos Ferros, Mossoró, Açu, Santa Cruz, João Câmara), bem como no conjunto do estado, mostraram tendência estacionária (SOUSA et al., 2016).

A partir desses dados, pode-se inferir que o acometimento por câncer do colo uterino envolve aspectos complexos e multifatoriais, englobando desde questões relativas ao desenvolvimento local em que a mulher reside, cobertura alcançada pelo nível de assistência básica, perpassando para os aspectos socioeconômicos e culturais.

Considerações Finais

Entende-se que as fragilidades na assistência, dificuldade de acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento como também as disparidades socioeconômicas contribuem ativamente para um diagnóstico tardio e um aumento ou estacionamento do câncer do colo do útero no estado do Rio Grande do Norte necessitando de fortalecimento em políticas de esclarecimento e aumento da abrangência do acesso em todo o território desse estado.

Referências

BORGES, M. F. S. O.; DOTTO, L. M. G.; KOIFMAN, R. J.; CUNHA, M.; MUNIZ, P. T. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1156-66, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf. Acesso em: 28 jul 2020.

BEZERRA, H. S. Avaliação da distribuição espacial da razão de citopatologia oncótica e mortalidade por câncer do colo do útero. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/23617. Acesso em: 30 jul 2020.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. D. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf. Acesso em: 30 jul 2020.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Revista Panamericana Salud Publica.** v. 28, n. 2, p.100-106, ago, 2010. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n2/100-106/pt. Acesso em: 28 jul 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf Acesso em: 31 jul 2020.

MACIEL, et al. Mortalidade por câncer de colo do útero em Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista da AMRIGS,** Porto Alegre, v 5, n.1, p. 11-19, jan.-mar. 2011.

SOUSA, A. M. V., et al. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado do Rio Grande do Norte, no período de 1996 a 2010: Tendência temporal e projeções até 2030. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, *v. 25,* n.2, p. 311-322, abr-jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00311.pdf Acesso em: 25 mar 2016.

VASCONCELOS, C. T. M.; DAMASCENO, M .M. C.; LIMA, F. E. T.; PINHEIRO, A. K. B. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_28.pdf. Acesso em: 28 jul 2020.

TOMASI, E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo do útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 5, n. 2, p. 171-80, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf. Acesso em: 31 jul 2020.

Capítulo 12

AS FACETAS DO ABORTAMENTO LEGAL NO BRASIL

THE ASPECTS OF LEGAL ABORTION IN BRAZIL

Bárbara Bizzo Castelo[1]
Mayra Varginha Viegas[2]
Gabriela Ferreira da Silva[3]
Geovana Torres de Souza[4]
Iago de Paiva D'Amorim[5]
Luísa Vianna Cançado[6]
Mariana Pinto Sirimarco[7]

RESUMO: No Brasil, o abortamento legal pode ser realizado nas condições de risco de vida da gestante, gravidez resultante de estupro e anencefalia. O presente estudo se constitui de uma revisão narrativa, que visa delinear o abortamento legal seguro no contexto brasileiro, analisando o tema sob as perspectivas legais, médicas e psicológicas. Como resultado das pesquisas em literatura sobre o tema, foi visto que o ele é um problema de saúde pública e o Estado se mostra ineficiente em oferecer integral atenção à saúde da mulher seja pela dificuldade de acesso, falta de informação sobre métodos contraceptivos e seus direitos ou, ainda, preconceito e falta de capacitação dos profissionais da saúde. Conclui-se, assim, que é o abortamento legal ainda é muito estigmatizado, carece e merece mais estudos e discussões, além de dever ser mais bem esclarecido para os profissionais da saúde e população.
Palavras-chave: Aborto; Aborto Legal; Aborto Terapêutico; Saúde Pública.

ABSTRACT: In Brazil, legal abortion can be performed under conditions of life risk of the pregnant woman, pregnancy resulting from rape and anencephaly. The present study consists of a narrative review, which aims to outline safe legal abortion in the Brazilian context, analyzing the subject from the legal, medical and psychological perspectives. As a result of the literature research, it was seen that abortion is a public health problem and the State is inefficient in offering comprehensive care to women's health, either due to the difficulty of access, lack of information on contraceptive methods and their rights or, still, prejudice and lack of training of health professionals. In conclusion, it is clear that legal abortion is still very stigmatized, it also needs and deserves further studies and discussions, in addition to being better understood by health professionals and the entire population.
Keywords: Abortion; Legal Abortion; Therapeutic Abortion; Public Health.

1. INTRODUÇÃO

O abortamento legal seguro é aquele realizado de forma assegurada pela lei, sob orientação e cuidados médicos. Já o abortamento inseguro, geralmente feito de forma criminalizada, é um procedimento para o término da gestação, realizado por pessoas sem a

[1] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, barbara.bizzo@medicina.ufjf.br
[2] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, mayra.varginha@medicina.ufjf.br
[3] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, gabriela.ferreira@medicina.ufjf.br
[4] Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, geovanatdesouza@gmail.com
[5] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, iago.amorim@medicina.ufjf.br
[6] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, luisaviannacancado@gmail.com
[7] Mestre em Mastologia, Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Médica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Albert Sabin, Juiz de Fora, Minas Geral, Brasil, mpsirimarco@yahoo.com.br

habilidade necessária ou em um ambiente sem padronização para a realização de procedimentos médicos, ou a conjunção dos dois fatores (GANATRA *et al.*, 2014).

Em países de leis restritivas, o abortamento inseguro acaba por ser a prática mais frequente, e é um tema controverso, gerando polêmicas nos antros moral, religioso e jurídico. Isso acarreta um enviesamento nas decisões políticas, pautado em opiniões pessoais que desconsideram a responsabilidade do Estado perante políticas de saúde pública voltadas à mulher. Consequentemente, obstáculos ao acesso ao serviço público são criados, levando as mulheres que não podem pagar pelo procedimento a sérios riscos de vida (LOPES e OLIVEIRA, 2019). A partir disso, ocorre a violação dos direitos humanos das mulheres e adolescentes, entre os quais: o direito à vida, à integridade física e psíquica, à saúde sexual e reprodutiva, à igualdade e não discriminação, entre outros (UBEROI *et al*., 2012).

No Brasil, não é criminalizado o abortamento em que a gravidez seja oriunda de estupro, traga risco de morte para a gestante ou em caso de gravidez de feto anencefálico. Ele foi regulamentado a partir de 1999, por meio da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, pela qual houve a normatização da estrutura dos serviços. Posteriormente, ao ser atualizada, passou a isentar a mulher de apresentar a cópia do Boletim de Ocorrência (BO) e do laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML) nos casos de estupro (BRASIL, 2014a).

Não obstante, a prática continua sendo usual no país, uma vez que uma a cada cinco mulheres, aos 40 anos, já teria realizado um abortamento, segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 55 milhões de abortos, em média, ocorreram entre 2010 e 2014 no mundo, sendo 45% destes inseguros (GANATRA *et al.*, 2014).

A partir de dados oficiais disponíveis sobre nascimentos e óbitos, é possível traçar um perfil das mulheres com maior risco de morrer por aborto no Brasil. São essas: as mulheres de cor preta e as indígenas, de baixa escolaridade, com mais de 40 anos ou menos de 14, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, áreas urbanas ou rurais pobres, com menos acesso à educação formal, informação sobre saúde sexual e reprodutiva, meios contraceptivos, além das que estão inseridas em relacionamentos abusivos ou que sofrem violência sexual, ou vivendo sem união conjugal (SYDOW e GALLI, 2011; CARDOSO *et al.*, 2020).

O presente estudo objetiva fornecer uma fundamentação teórica acerca do abortamento seguro legal no Brasil, apresentando um panorama do cenário nacional, que necessita ser discutido. Tem por objetivo apresentar um panorama geral do abortamento legal e seguro, que é uma pauta de urgente necessidade de discussão, devendo, assim, não ser tratado como tabu. Iremos destacar seus aspectos históricos e evolução até os dias atuais, além de identificar as dificuldades e desafios enfrentados no acesso à saúde pública, bem como suas respectivas implicações.

2. METODOLOGIA

Este capítulo constitui uma revisão narrativa de caráter descritivo sobre o tema aborto legal seguro. Utilizou-se para as pesquisas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Nacional Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS). A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2020. Os trabalhos selecionados deveriam estar disponíveis na forma de artigos originais ou de revisão e cartilhas de orientação social, priorizando experiências brasileiras. As referências dos artigos selecionados foram verificadas com a finalidade de identificar outros artigos que atendessem aos critérios de inclusão e que não houvessem sido localizados nas bases de dados consultadas. Os critérios utilizados para inclusão do material selecionado foram: disponibilidade on-line do texto completo; relação dos artigos com o aborto legal seguro e saúde da mulher. Foram excluídos trabalhos publicados antes de 2002, uma vez que houve mudanças nas considerações sobre Planejamento Familiar propostas pelo Ministério da Saúde no referido ano. Após a seleção e leitura exaustiva do material selecionado foi proposta uma análise que contemplasse o tema aborto legal e sua explicação segundo os prismas dos aspectos legais, dos aspectos médicos e dos aspectos psicológicos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Aspectos Legislativos do Abortamento Legal

Constitucionalmente, a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo por sua vez garantir a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como um acesso igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). Logo, de forma a garantir os direitos constitucionais de acesso à saúde é preciso informar a população, desde profissionais jurídicos e da saúde até a comunidade como um todo, acerca dos aspectos legais fenômeno. Posto isso, é prudente aqui que se enxergue o assunto sob a ótica legislativa (FONSECA *et al.*, 2020).

O aborto criminoso é vedado pelo ordenamento jurídico, como posto pelo Código Penal. Em seu Artigo 124, postula-se como crime a gestante provocar aborto em si ou que aceite que outrem o provoque. Em se tratando desse terceiro sujeito, o Artigo 125 e 126 estabelece que ele também pode ser sentenciado, tendo a pena aumentada caso não haja consentimento da gestante ou se trate de uma mulher menor que 14 anos, ou que porte retardo mental, ou ainda se o consentimento é obtido mediante fraude, ameaça ou violência. Essas penas podem ser aumentadas de um terço caso a gestante venha a sofrer lesão corporal de natureza grave e podem até dobrar quando lhe sobrevém a morte (BRASIL, 1940).

No que tange ao abortamento legal, as possibilidades recaem sobre três fatos: a gravidez que oferece risco de vida à mulher, a resultante de violência sexual ou a que seja de um feto anencefálico (FONSECA *et al.*, 2020). É ainda direito da mulher, a presença de um acompanhante de sua escolha em todas as fases do processo (BRASIL, 2005a; DPESP 2018).

Sendo assim, os estabelecimentos que tem equipe especializada deve realizar o procedimento nos casos previstos pela lei. Existem ainda, normas técnicas já pactuadas junto ao

Ministério da Saúde estabelecendo o treinamento necessário para a equipe de saúde, viabilizando um acesso aos serviços de maneira eficiente e correta. Contudo, é evidente o despreparo de grande parte dos hospitais no que diz respeito ao acolhimento e realização do procedimento, tanto por despreparo técnico e material, bem como por questões ideológicas (ARTICLE 19, 2019).

Há casos em que a mulher deverá ser atendida por outro profissional ou serviço que lhe garanta o direito a realizar o abortamento (DPESP 2018), já que de um lado se tem o direito do profissional em se negar a prática de determinado tipo de abordagem por objeção de consciência, mas do outro permanece o direito à saúde e o princípio de dignidade humana da gestante (MORAIS, 2008).

Cabe ressaltar que não se pode alegar objeção de consciência frente a três casos: perante necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; frente a um abortamento juridicamente permitido quando não há outro médico que o faça ou e quando houver risco de a mulher sofrer agravos à saúde em razão da omissão médica; ou quando se atende complicações derivadas de abortamento inseguro, uma vez que geralmente tem caráter de urgência (BRASIL, 2011; DPESP 2018).

Dentre os problemas, verifica-se uma oferta insuficiente de serviços de aborto legal (MORAIS, 2008; FONSECA *et al.*, 2020), aliada à desinformação acerca do tema, o que torna a oferta debilitada. Muitos médicos equivocadamente condicionam a realização do abortamento à apresentação de Boletim de Ocorrência (BO), de laudo do Instituto Médico Legal (IML) e até autorização judicial pela paciente (MADEIRO e DINIZ, 2016; FONSECA *et al.*, 2020). Ademais, contesta-se em demasia a veracidade do relato de estupro (MADEIRO e DINIZ, 2016), o que aliado ao estigma que não envolve toda a sociedade, torna semiclandestino o aborto legal no Brasil (MORAIS, 2008).

Todos esses fatores levam a gestante ao constrangimento de buscar em diversos hospitais diferentes o que lhes é assegurado por lei (MORAIS, 2008), de forma que as mulheres que passam pelo abortamento passam a internalizar o preconceito e o tabu, têm dificuldade em tomar a decisão e/ou revelar o procedimento, tornando este momento mais conflituoso e solitário (FONSECA *et al.*, 2020).

E por esses motivos, é primordial ressaltar que caso a mulher sofra complicações de ordem moral, física ou psicológica por conta de omissão médica ou hospitalar, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional (DPESP, 2018).

3.1.1. Em caso de violência sexual

De acordo com o artigo 128, inciso II, do Código Penal, não se pune o aborto praticado por médico perante gravidez resultante de estupro, desde que haja consentimento da gestante ou de seu representante legal, quando incapaz (BRASIL, 1940). Nesses casos, o abortamento pode ser realizado até a 20ª semana de gestação, ou, tendo o feto menos de 500 gramas, podendo ser realizado até 22 semanas (DPESP, 2018).

O procedimento não se condiciona à decisão judicial que decida se ocorreu estupro ou violência sexual, a BO ou ao laudo do IML, não havendo sustentação legal à negação do procedimento à mulher não possui esses documentos (BRASIL, 2014a; DPESP, 2018). Por isso, é imprescindível reiterar que não há obrigação legal de notificação do fato à polícia, devendo apenas ser aconselhado, pelo profissional de saúde, que a paciente tome as providências policiais e judiciais cabíveis, caso seja de seu interesse. Caso o médico seja induzido ao erro pela gestante ou por terceiros quanto à ocorrência de violência sexual, ele não é responsabilizado pelo crime, como posto pelo artigo 20, parágrafo 1º do Código Penal (UNA SUS/UNIFESP, 2012).

Os documentos necessários, que devem ser colhidos no hospital onde se dará o procedimento (DPESP, 2018), anexados ao prontuário e entregues em cópia paciente, de acordo com Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, são: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que a mulher e/ou seu representante legal consente com a interrupção da gravidez; Termo de Responsabilidade, assinado pela mulher e/ou seu representante legal, declarando a veracidade das informações prestadas à equipe de saúde; Termo de Relato Circunstanciado, em que estejam descritas as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez; Parecer Técnico, assinado por médico, que ateste a correspondência da idade gestacional com a data da violência sexual alegada; Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez, firmado pela equipe multiprofissional e pelo diretor ou responsável pela instituição. (BRASIL, 2005b; UNA SUS/UNIFESP, 2012; BRASIL, 2014a).

3.1.2. Em caso de risco de vida da gestante

Conhecido como aborto terapêutico ou aborto necessário, o abortamento realizado como único meio de salvar a vida da gestante encontra-se previsto no artigo 128, inciso I do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), sendo uma causa excludente da ilicitude da conduta (COSTA, 2017).

Em se tratando de documentos, o que deverá ser apresentado para que se realize o procedimento quando a gravidez representa risco à saúde da mulher, é um laudo com a opinião de dois médicos ou médicas, incluindo especialista na doença que coloca em risco a vida da mulher, se possível. Nele deve haver uma descrição detalhada do quadro clínico da paciente e o impacto da gravidez em sua saúde, baseando a recomendação de abortamento em evidências científicas (DPESP, 2018).

3.1.3. Em caso de anencefalia

A anencefalia é doença letal, decorrente de um defeito no fechamento da porção anterior do tubo neural, com ausência parcial do encéfalo e da calota craniana (PORTO, 2017). A interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto nesse caso ocorre quando essa malformação é incompatível com a vida extrauterina (DPESP, 2018).

Seu diagnóstico é possível a partir de 12 semanas de gestação, podendo a mulher decidir a qualquer tempo da gestação do anencéfalo pela sua interrupção. Não há idade gestacional máxima para realizar o procedimento, porém após 20 ou 22 semanas gestacionais, ou peso fetal maior do que 500 gramas, o abortamento deve ser realizado em hospital que possua estrutura de maternidade (DPESP, 2018). Os documentos necessários são exame de ultrassonografia com diagnóstico da anencefalia assinado por dois médicos e o consentimento da gestante documentado (CFM, 2012).

O embasamento legal desse fenômeno está na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), proposta perante o Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012, visando ao não enquadramento da interrupção terapêutica de gestação nos casos de anencefalia nos crimes tipificados nos artigos 124 e 126 do Código Penal (BRASIL, 2012). Há uma decisão do mesmo ano, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que autoriza médicos a interromperem a gravidez de fetos anencefálicos, a pedido da gestante, em qualquer momento da gravidez (FONSECA *et al.*, 2020).

Portanto, com essa decisão definitiva do STF, a proibição do aborto prevista no atual Código Penal brasileiro não é aplicável no caso de fetos anencefálicos, pois a causa da morte fetal decorre, unicamente, de sua própria malformação incurável, sendo incabível alegar-se violação à vida do feto, não sendo possível, sequer, falar em aborto em termos jurídicos. Obrigar a mulher a manter a gestação de anencéfalo, contra sua vontade, é submetê-la à sobrecarga psicológica e física, violando seu direito fundamental de dignidade da pessoa humana. (MORAIS, 2008; BRASIL, 2014b).

Outros diagnósticos de síndromes malformativas e anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina não têm base legal na ADPF 54. Contudo, pode ser solicitado alvará judicial (DPESP, 2018; FONSECA *et al.*, 2020), mediante pedidos de Tratamento Jurídico Isonômico, baseados em jurisprudência, com pedidos de antecipação terapêutica do parto. Perante certeza médica de que o feto viria a ser natimorto, os pedidos são aceitos com base no respeito à gestante (PORTO, 2017).

3.2. Aspectos médicos do abortamento legal

Embora a legislação brasileira regulamente o abortamento em determinadas ocasiões, o conhecimento sobre o tema permanece escasso entre os profissionais da saúde. Muitos médicos desconhecem em que circunstâncias o procedimento é permitido e quais as recomendações éticas nessa abordagem. (FONSECA *et al.*, 2020). A falta de informação sobre o tema é preocupante, visto que representa um obstáculo para o atendimento integral da paciente e fere o seu direito básico de autonomia. (PACAGNELLA *et al.*, 2020).

O serviço de interrupção da gravidez previsto por lei tem caráter universal e o atendimento da mulher que o solicita deve ser acolhedor e livre de julgamentos. O Ministério da Saúde, por meio da nota técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, garante à mulher o direito de escolha do método a ser utilizado. (PACAGNELLA *et al.*, 2020). Nesse sentido, cabe ao médico

explicar de forma apropriada quais as técnicas disponíveis na instituição e aconselhar a paciente de acordo com o seu quadro clínico. No Brasil, os métodos atualmente disponíveis são o abortamento farmacológico, a aspiração intrauterina e a curetagem uterina. Em casos excepcionais pode se fazer necessária a realização de microcesariana (BRASIL, 2011).

No primeiro trimestre da gestação todos três métodos podem ser utilizados, embora a aspiração manual intrauterina (AMIU) seja o tratamento de eleição. A AMIU é realizada com cânulas flexíveis acopladas a seringas com vácuo. Esse procedimento depende de um volume uterino pequeno para que o vácuo gerado pela seringa seja capaz de promover a aspiração. Segundo a Organização Mundial de Saúde e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, esse é o procedimento de eleição sempre que possível (BRASIL, 2011).

Já nas gestações com idade entre 13 e 22 semanas, o abortamento farmacológico torna-se a escolha mais recomendável, visto que o AMIU não é mais tecnicamente aplicável em decorrência do crescimento uterino (FONSECA *et al.*, 2020). O método farmacológico constitui um meio eficaz para a interrupção da gravidez e é viável em qualquer idade gestacional. Entre os fármacos usados para o abortamento medicamentoso encontram-se o misoprostol e a ocitocina. O misoprostol, utilizado no Brasil desde a década de 1980, associou-se a menor taxa de complicações pós-aborto graves (BEDONE e FAÚNDES, 2007). Todas pacientes devem permanecer internadas para monitorização até a finalização do processo de abortamento (BRASIL, 2011).

Outra técnica disponível é a curetagem uterina, que pode ser empregada no primeiro trimestre de gestação ou como método complementar ao abortamento farmacológico no segundo trimestre (BRASIL, 2011). Por se utilizar um instrumento rígido, essa técnica implica em risco de perfuração, razão pela qual se prioriza a AMIU para o esvaziamento uterino. Apesar desse método isoladamente não representar a primeira escolha para nenhuma idade gestacional, ele ainda é comumente utilizado no Brasil (FONSECA *et al.*, 2020).

Além de auxiliar a paciente na escolha do procedimento, é dever do médico promover uma analgesia adequada durante todo o procedimento. Na grande maioria dos casos a lidocaína 1% paracervical demonstra-se suficiente, mas quando necessário pode-se fazer uso de sedação e ansiolíticos. Ademais, realiza-se a identificação do tipo sanguíneo da mulher, pois se tratando de uma paciente Rh negativo não sensibilizada recomenda-se a prescrição de imunoglobulina anti-D em até 72 horas. Por fim, cabe ressaltar a importância de discutir-se com a mulher o planejamento reprodutivo pós-aborto (BRASIL, 2011).

3.3 Aspectos psicológicos do abortamento legal

3.3.1 Aborto em caso de estupro

De acordo com os dados de 22 de fevereiro de 2018 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, acontecem no Brasil 180 estupros por dia sendo que 53,8% das vítimas de violência sexual têm até de 13 anos (FBSP, 2020). As mulheres que vivenciam essas situações já se encontram vulneráveis, muitas vezes sofrem com medo, pânico, baixa autoestima e fragilidade

emocional o que corrobora o surgimento de quadros clínicos como depressão, síndrome do pânico dentre outros. Além disso, quando esse estupro resulta em uma gestação indesejada, além da violência sofrida durante o ato, aquela gravidez forçada é considerada uma segunda violência, o que torna ainda mais difícil a superação da paciente (BRASIL, 2014a).

3.3.2 Aborto de anencéfalo

De acordo com o Comitê Especial para Discussão dos Aspectos Éticos Relativos à Reprodução Humana e à Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia "o parto de um feto portador de severas malformações pode acarretar prejuízos físicos e mentais à mulher e à família" (FIGO, 2012). O diagnóstico de anencefalia só é possível a partir de 12 semanas de gestação e muitas vezes durante esse período a gravidez já foi anunciada, os pais já começam a se preparar para a chegada do bebê tanto psicologicamente quanto materialmente com a compra de utensílios. O momento do diagnóstico é sempre difícil, tanto para os pais quanto para o médico e ali tem início ao luto dos pais devido à incompatibilidade dessa patologia com a vida. Nesse momento é de suma importância que haja um acompanhamento psicológico desses pais, no qual haja um acolhimento cuidadoso uma vez que esse diagnóstico desencadeia vários medos, sentimento de culpa e reações inesperadas na paciente e no parceiro podendo até promover um quadro de transtorno de estresse pós-traumático. Entretanto, não cabe aos profissionais de saúde opinar quanto à interrupção ou continuidade da gravidez o dever deles nessa situação é orientar sobre as alternativas possíveis e informar sobre os riscos da interrupção ou da continuidade da gravidez com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (BRASIL, 2014b).

Ademais, a literatura demonstra haver uma associação entre anencefalia e maior frequência de complicações maternas que podem causar danos à saúde da mulher como hipertensão arterial, gravidez prolongada, retenção placentária, rotura de prematura de membranas, atonia uterina e poli-hidrâmnio. Gestações anencéfalas apresentam risco 100 vezes maior de correr poli-hidrâmnio do que outras gestações. Essa é outra fonte de preocupação das gestantes uma vez que o poli-hidrâmnio favorece o surgimento de alterações respiratórias, hemorragias por descolamento prematuro de placenta hemorragias no pós-parto e embolia de líquido amniótico, elevando o risco de morbimortalidade materna, o que corrobora para aumentar os medos e anseios da gestante (BRASIL, 2014b).

3.3.3 O papel do profissional de saúde no aspecto psicológico

Diante de tanta insegurança vivenciada por essas mulheres, o acolhimento e a orientação são essenciais para uma atenção humanizada de mulheres em abortamento, de modo que elas se sintam confortáveis e seguras a fim de reduzir os danos psicológicos causados por esse processo. É função do profissional que está fazendo o acolhimento adotar uma "atitude terapêutica", atendendo aquela paciente de forma empática, não deixando que suas convicções pessoais interfiram naquela relação, escutando-a e procurando desenvolver uma relação na qual a paciente confie no profissional. Esse acolhimento deve ser feito tratando a paciente de forma digna, escutando e respeitando-a, sem julgá-la com base nos próprios valores (BRASIL, 2011).

Além disso, sempre que possível é muito bem vindo o encaminhamento dessa paciente para assistentes sociais, psicólogos, Organizações Não Governamentais (ONGS) feministas, a fim de que essa paciente sinta que pode falar sobre os seus anseios que tem alguém para escutá-la. Já a orientação deve ser feita de forma a passar informações necessárias à condução do processo e a sanar as dúvidas da paciente para que ela esteja bem informada ao tomar uma decisão. É importante orientá-la quanto como os procedimentos serão realizados, quais os cuidados ela deve tomar para evitar complicações posteriores e quanto às possibilidades de contracepção no momento pós-abortamento. Ademais, após o procedimento é comum que a paciente tenha cólica uterina leve e sangramento por alguns dias, o que as deixa ansiosas. Nesse contexto é importante informá-la sobre quais sinais e sintomas são comuns em uma recuperação normal e quais sinais e sintomas requerem um atendimento médico (BRASIL, 2011).

4. CONCLUSÃO

De acordo com o exposto, define-se o aborto como um problema social e de saúde pública, à vista do Estado. É urgente a conscientização social sobre os direitos humanos das mulheres e melhora da capacitação da equipe de profissionais da saúde. Devem ser analisadas maneiras de promover a descentralização dos serviços de aborto, ampliando o acesso da saúde. A problemática envolvendo o conflito moral entre o médico, munido da objeção de consciência, e a gestante que busca atendimento abortivo deve passar por uma análise mais minuciosa, uma vez que ambos apresentam opiniões racionalmente defensáveis, retirando de ambos a responsabilidade decisiva, por meio da criação de diretrizes que facilitem o atendimento à mulher nessa situação.

Vale salientar que a conscientização médica acerca do abortamento não implica na promoção da prática e sim na melhoria do atendimento e garantia de cumprimento do direito assegurado à mulher. Nesse aspecto, deve-se pensar em formas de promover o conhecimento sobre a legislação e manejos, relativos ao aborto, nas graduações da área da saúde. Em vista da problemática psicológica, a escolha pelo abortamento não deveria ser tão burocrática e questionável, visando diminuir o processo traumático inerente ao aborto, mesmo esse sendo legal e seguro. A eficácia das políticas públicas depende do planejamento estatal e da participação popular e os gastos devem ser direcionados para as áreas prioritárias. Sendo o aborto a quarta causa de mortalidade materna, deve ser reavaliada a atenção que está voltada para a saúde da mulher, sem o comodismo da solução simplista de afirmar que o aborto é crime.

REFERÊNCIAS:

ARTICLE 19. Acesso à Informação e Aborto Legal: Mapeando Desafios Nos Serviços De Saúde. Article 19 Brasil. 2019.

BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):465-469, fev, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro 1940. Código Penal. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. (2005a).

BRASIL. Ministério da Saúde. 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-SUS. Diário Oficial da União. (2005b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011: p.: 21.

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/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 124 p.:il. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 52 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 11).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 54/DF – Distrito Federal. Relator: Ministro Marco Aurélio. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos, 09 abril 2012. Disponível em: http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp. Acesso em: 27 jul 2020.

CARDOSO, B.B.; VIEIRA, F.M.S.B.; SARAECENI, V.; Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?; Cad. Saúde Pública. 2020; 36 Sup 1:e00188718;

CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução n°1.989/2012, de 14 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências.

COSTA, R.M. Tipos de Aborto Legal. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca. 2017; v. 12, n. 1.

DINIZ D., MEDEIROS M., MADEIRO A.; Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc Saúde Colet. 2017; 22:653-60.

DPESP: Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Direitos Reprodutivos: “Aborto Legal”. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2018.

FBSP: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Fórum brasileiro de segurança pública, 2020. Estatísticas. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/. Acesso em: 27 de julho de 2020.

FIGO: Federation International of Gynecology and Obstetrics. Ethical Issues In Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health. United Kingdon: FIGO; 2012. p.93.

FONSECA, S.C., *et al*. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica 2008-2018. Cad. Saúde Pública 2020; 36 Sup 1:e00187918.

GANATRA B., TUNÇALP Ö., JOHNSTON HB., JOHNSON BR., GÜLMEZOGLU A., TEMMERMAN M.; From concept to measurement: operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ 2014; 92:155.

LOPES, SDN; OLIVEIRA, MHB. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro; DEZ 2019.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2016. v. 21, n. 2, p. 563-572.

MORAIS, L.R. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde de mulher. Senatus: Cadernos da Secretaria de Informação e Documentação. 2008. v. 6, n. 1, p. 50-58.

PACAGNELLA, R.C., *et al*. Conhecimento de médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre o aborto medicamentoso. . Cad. Saúde Pública 2020; 36 Sup 1:e00187918.

PORTO, M.L. Anencefalia e Poder Judiciário. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/138-anencefalia-e-poder-judiciario. Acesso em: 27 jul 2020.

SYDOW, E., GALIL, B. Isoladas a história de 8 mulheres criminalizadas por aborto, 2011. Disponível em: https:// ssrn.com/abstract=2682533. Acesso em: 23 jul 2020.

UBEROI D., DE BRUYN M., GALLI B. Using human rights to address consequences of criminal laws on sexuality and reproductive autonomy. International Journal of Human Rights 2012; 16:1023-39.

UNA-SUS/UNIFESP: Universidade Aberta do SUS Universidade Federal de São Paulo. Fundamentação Teórica: Abortamento. 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Maria_Socorro/Complexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf. Acesso em: 28 jul 2020.

Capítulo 13

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

HIGH RISK PRENATAL ASSISTANCE

Carla Priscila Alves da Silva[1]
Juliane Julie de Almeida Moura[2]
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira[3]
Maria Valéria Chaves de Lima[4]
Thaina Jacome Andrade de Lima[5]
Leandro Ferreira de Melo[6]

RESUMO: O estudo objetiva analisar o acompanhamento do pré-natal de alto risco em gestantes atendidas em serviços de referência. Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, desenvolvido em um Ambulatório Materno Infantil em Mossoró, Rio Grande do Norte. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista e a análise dos dados por meio do discurso do sujeito coletivo. Após as entrevistas ficou evidente que tanto o AMI quanto as UBS's de um modo geral prestam um bom atendimento a essas gestantes havendo poucos casos de omissão ou insatisfação, no entanto fica evidente a necessidade de superar esses encalços entendendo que a assistência precisa ser integral e de qualidade para todas.
Palavras-chaves: Gravidez de alto risco; Pré-Natal; Enfermagem

ABSTRACT: The study aims to analyze the monitoring of high-risk prenatal care in pregnant women attended at referral services. This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in a Maternal and Child Ambulatory in Mossoró, Rio Grande do Norte. Data collection took place through interviews and data analysis through the discourse of the collective subject. After the interviews, it became evident that both the AMI and the UBS's in general provide good care to these pregnant women, with few cases of omission or dissatisfaction, however the need to overcome these difficulties is evident, understanding that the assistance needs to be comprehensive and quality for all.
Keywords: High-risk pregnancy; Prenatal; Nursing

1.INTRODUÇÃO

A gravidez pode ser caracterizada como um episódio fisiológico na vida da mulher, para esse acontecimento seu corpo foi lentamente se desenvolvendo e se adaptando ao longo de modificações gerais e locais que levaram à maturidade sexual da mulher. Com a confirmação da gravidez deve -se realizar um acompanhamento contínuo da mulher grávida, visando manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê, esse acompanhamento se dá através do pré-natal.O pré-natal na unidade básica de saúde é comumente realizado pelo profissional enfermeiro e pelo médico. Objetiva-se em monitorar, prevenir e identificar agravos e intercorrências maternas e fetais e, ainda, promover ações educativas acerca da gravidez, parto e do puerpério (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016).

No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco. Assim, as gestantes que não desenvolvem complicações no decorrer da gravidez são classificadas como pertencentes ao grupo de gestantes

[1] Graduanda em enfermagem. E-mail: Carlapri2@hotmail.com
[2] Graduanda em enfermagem. E-mail: jjuliedealmeidam@hotmail.com
[3] Doutora em Enfermagem. E-mail: kenfoliveira@gmail.com
[4] Graduanda em enfermagem. E-mail: valerialima13@hotmail.com
[5] Graduanda em enfermagem. E-mail: thainajacome@hotmail.com
[6] Mestrando em Saúde e Sociedade. E-mail: leandromelo@alu.uern.br

de baixo risco e as que apresentam problemas durante o período gravídico ou evoluem com potenciais complicações para a mãe ou feto compõe o grupo de gestantes de alto risco. Essa diferença constitui um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos problemáticos , até o máximo necessário para aqueles com alta chances de sofrerem grandes agravos à saúde (OLIVEIRA; LIMA, 2017).

Existem variados tipos de fatores para o risco gestacional, sendo alguns desses fatores presentes ainda antes da descoberta da gravidez. Assim, 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.Ressalta-se que uma gestação que está transcorrendo bem, pode se tornar de risco em qualquer momento, seja na gravidez ou durante o trabalho de parto, sendo, necessário a reclassificação do risco a cada consulta pré-natal. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, por isso a necessidade dos profissionais da equipe estarem sempre atento aos sinais e sintomas como idade maior que 35 anos; baixa escolaridade; Hábitos de vida; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional, Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias entre outras(SILVA; et al,2019).

Diante do exposto, questiona-se: Como ocorre o acompanhamento do pré-natal de alto risco em serviços de referências? As respostas a esse questionamento contribuirão para a delimitação desta investigação, que tem por foco conhecer as percepções das gestantes de alto risco quanto a assistência fornecida pelos profissionais de saúde de Mossoró/RN.

O estudo tem como pressuposto que as altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal de alto risco pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura.

A razão de pesquisar sobre o tema A assistência ao pré-natal de alto risco é a busca por entender a dimensão deste importante problema de saúde que aflige as gestantes, bem como sensibilizar as grávidas quanto à importância de se proteger dos fatores de risco, provenientes dos hábitos e estilos de vida durante a gestação. Esses fatores são os principais agentes etiológicos do pré-natal de alto risco, além disso, tem-se a necessidade de verificar a atuação da Atenção Básica frente aos processos educativos quanto a esse problema.

Com o aprofundamento teórico possibilitado na Academia pelas disciplinas: Processo do Cuidar em Enfermagem no Ciclo Vital I e II e a concretude dos fatos na realidade assistida nos trabalhos de pesquisa e no campo de estágio são perceptíveis que os fatores de risco estão relacionados com a má alimentação, hábito de vida consequentemente atribuída à carga de estresse diária que interfere diretamente na saúde, além de destacar as condições socioeconômicas como fator de precariedade que compromete a saúde da mulher e necessita de um cuidado de prevenção e promoção para evitar maiores agravos.

Acredita-se que a produção do conhecimento nesta temática seja de extrema relevância, uma vez que o processo de gestação de alto risco é um evento bastante complexo e que

necessita de uma atenção especializada. Assim o estudo objetiva investigar o acompanhamento do pré-natal de alto risco em gestantes atendidas em um serviço de referência.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestação e as mudanças

A gestação é um acontecimento biologicamente natural e especial na vida da mulher e que se desenvolve em um amplo contexto social e cultural que influencia e motiva a sua evolução e a sua ocorrência. Para entender as reações humanas e saber sobre o conhecimento da complexidade das vivências do ciclo grávido puerperal, é sempre importante considerar os fatores de um modo geral como, por exemplo, a história pessoal da gestante e seu histórico gineco-obstétrico e as condições e contextos sociais que permeiam a gravidez, bem como sua idade e vínculo com o parceiro (SILVA;et al 2019).

Durante nove meses de gestação, as alterações morfológicas e fisiológicas ocorridas pelo organismo feminino são profundas e sistêmicas a sua integração busca ajustar as condições necessárias para o desenvolvimento fetal em equilíbrio com o sistema materno. A maioria destas adaptações ocorrem em resposta a estímulos provenientes do feto, dos tecidos fetais e estímulos uterinos. Sua finalidade não se restringe apenas desenvolvimento fetal, mas também tem como intuito preparar a gestante para o momento do parto e para a lactação (GUYTON, 2017).

Essas alterações acontecem a partir da primeira semana até o final da gestação e caracterizam-se como um conjunto de ajustes funcionais em resposta ao aumento da carga fisiológica. Um dos eventos mais importante no processo de gestação é a capacidade de o útero aumentar de tamanho e voltar ao seu tamanho normal algumas semanas após o parto. Ele transforma-se em uma cavidade de paredes finas capaz de comportar o feto, a placenta e líquido amniótico, com o aproximar do fim da gestação, ele pode chegar a atingir um tamanho de 500 a 1000 vezes superior ao estado não gravídico. Existe também um aumento do peso do útero, que no fim da gravidez, pode chegar a pesar 1100g.No início dos primeiros meses, a hipertrofia uterina é estimulada principalmente pela ação dos hormônios estrogênio e da progesterona. A partir das 12 semanas de gestação, o aumento do tamanho uterino está relacionado com o efeito de pressão exercido pelos produtos de concepção contínua expansão (CARDOZO;et al,2018).

Primeiramente, a parede uterina torna-se consideravelmente mais espessa, mas na medida em que a gestação vai avançando, torna-se cada vez mais delgada, atingindo um tamanho de cerca de 1,5cm no desenvolver da gravidez. Este fato pode ser observado através da possibilidade de palpar o bebê através da parede abdominal e também pela forma como a parede uterina se molda aos movimentos das extremidades do corpo fetal (GUYTON, 2017).

A gravidez eo parto são eventos sociais que agregam a vivência reprodutiva de mulheres e homens. Gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana com forte potencial positivo e bastante enriquecedor para todos que dela participam (MELO, 2016).

Analisando os principais agravos e determinantes de risco gestacional mais comumente vistos em grávidas acompanhadas no âmbito da atenção básica de saúde, destacam-se a vulnerabilidade social e as síndromes hipertensivas, incluindo a pré-eclâmpsia, como sendo as complicações mais frequentes na gestação e compõem os principais motivos de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal. Uma vez que constatado os fatores de riscos, algumas condições podem ser tratadas e até mesmo eliminadas e outras apenas serem controladas, diminuindo assim, seu impacto sobre a gestação. (AQUINO, 2015).

Diante disto, é fundamental uma atenção de pré-natal e a puerperal qualificada e humanizada, para que seja possível uma atenção integral que se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, promoção de informações e orientações adequadas, também do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade contando com ações que integram todo/s os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascidoPara garantir a permanência das gestantes nos serviços de atenção é necessário o vínculo da mulher e do profissional para uma assistência de qualidade e humanizada, além de favorecer a permanência da gestante e o retorno aos serviços para o cuidado direto que necessitam (MEDEIROS;et al,2020).

2.2 Diferença entre pré-natal de alto e baixo risco

A assistência desenvolvida pela enfermagem no pré-natal é uma importante ferramenta que deve ser usado para que a mulher consiga ser uma mãe saudável e consiga da melhor forma dá à luz de maneira correta e a criança nasça saudável. Para isso, toda gestante deve ser assistida nas consultas de enfermagem obstétrica e não deixando de ter o acompanhamento das consultas médicas, em que no caso da enfermagem, o enfermeiro deve dar maior ênfase aos aspectos preventivos do cuidado e motivar a mulher para o autocuidado e a essencial comunicação de alterações o quanto antes (SILVA;et al 2020).

Com isso, a identificação das necessidades dos indivíduos de alto e baixo risco exige da equipe profissional meios de trabalho para que se efetive o processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira que atenda cada caso de acordo com as especificidades existentes (CALDAS; SILVA, 2015).

A gestação de alto risco é, portanto, caracterizada por algum distúrbio ameaçador à saúde da mãe e do feto podendo estar relacionado à própria gestação, como também está ligado a alterações antes da gravidez e como a falta de acompanhamentos periódicos e de rotina, acreditando por vezes que está tudo bem (RODRIGUES; et al, 2017).

Desta forma, quando a gestante aparece com um quadro patológico de uma complicação gestacional, seja ela atual ou prévia ou até mesmo uma condição social ou biológica que venha prejudicar a boa evolução da gravidez, é indicado o acompanhamento do pré-natal de alto risco, ou seja, acompanhar a gestante e o feto com o objetivo dos riscos existentes à saúde da mulher e do feto (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

A gravidez de alto risco é caracterizado pelo risco de morte antes ou pós parto acentuado tanta para mãe como o bebê. Para a identificação dos riscos é necessário que o médico faça uma avaliação completa, para que seja possível identificação de características que a tornam mais propensa a adoecer ou chegar a morrer até a gestação, sendo muito importante a classificação e identificação dos riscos para a prevenção da vida com os cuidados corretos (MELO; AMORIM; SALIMENA et al, 2016).

O objetivo da assistência ao pré-natal de alto risco é a possibilidade de interferir no processo de uma gestação que possui chances de ter um resultado desfavorável, e com o cuidado tem-se a possibilidade de diminuir o risco ao qual estão expostas a gestante e o feto, ou diminuir as consequências que permeia a gravidez de risco. Por isso, a equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar os fatores que possam afetar a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, socioeconômico e emocional(OLIVEIRA;LIMA,2017).

Contudo, as orientações à gestante devem ser pautadas na informação do andamento de sua gestação e instruída quanto aos comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde e o acompanhamento também sua família, companheiro(a) e pessoas de convivência próxima, que devem ser informados para estarem preparados para dar um suporte a gestante(RODRIGUES; et al, 2017).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa. Onde um estudo descritivo versa na análise e descrição de características ou propriedades, ou ainda das relações entre atributos e em determinado fenômeno. O estudo descritivo tem por objetivo determinar a distribuição de condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e ou as particularidades dos indivíduos. Esse tipo de pesquisa direciona-se ao longo do seu desenvolvimento, e tem por objetivo entender o comportamento das pessoas, referente a opiniões, conhecimentos, atitudes, entre outro. Os dados coletados nessa pesquisa são descritivos, compostos pelo maior número possível de informações existentes na realidade em que é estudada (GIL, 2010).

Este com CAAE: 78950017.0.0000.5296, com número de parecer: 2.384.190 sendo aceito na data de 16 de novembro de 2017 pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar – UNP, Natal/RN – Av. Salgado Filho, 1610, Lagoa Nova.

O presente estudo foi desenvolvido no AMI (Ambulatório Materno Infantil) - Dr. Raimundo de Medeiros Fernandes que fica situado a Rua Venceslau Braz S/N, Bairro Bom Jardim, Mossoró Rio Grande do Norte. O AMI é uma entidade financiada pela gestão municipal, tendo como missão principal a assistência, o ensino, e a pesquisa, é centro de referência para a assistência materno infantil e está credenciado como Unidade Ambulatorial. Em Mossoró, é centro de referência do SUS (Sistema Único de Saúde) e atende gestantes do próprio município e dos municípios vizinhos. A população do estudo e amostra será constituída por mulheres que fazem acompanhamento de pré-natal no serviço e que foram diagnosticadas com gestação de alto risco na atenção básica.

Assim, temos como critérios de inclusão: mães diagnosticadas com alto risco gestacional e com idade a partir de 18 anos do AMI, que estejam em atendimento no período de coleta de dados. Como critérios de exclusão: mães que são menores de idade ou que não tenham disponibilidade de participar da pesquisa, devido a alguma restrição clínica ou hospitalar, estando em situação UTI ou que tenham recebido alta médica antes da coleta de dados ser realizada e com incapacidades mentais.

O AMI Mossoró conta com um universo de 140 mulheres em acompanhamento de pré-natal de risco. Dessas, 25 participaram da pesquisa.A coleta de dados foi efetivada em dois momentos.

No primeiro fez-se necessário uma visita informal ao local para conhecer o funcionamento do AMI-Mossoró e obter as informações necessárias para o recrutamento e início da coleta de dados. No segundo momento realizou-se uma abordagem individual optando-se pelo dia em que as mesmas estivessem no local para a consulta médica, e assim aplicar a entrevista semi-estruturada, deixando-as livres para expressarem os seus sentimentos com o intuito de responder os questionamentos presentes no estudo.

Ao aceitarem, foi explicado os objetivos, bem como os riscos e relevâncias deste estudo em seguida foram apresentados os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), com a finalidade de entender melhor os objetivos, riscos e benefícios do estudo e se concordam ou não em participar da pesquisa. Os participantes que concordaram em participar foram submetidos a entrevista semi-estruturada

As entrevistas semi-estruturadas usam de questionamentos abertos e fechados, onde o informante tem a chance de falar sobre o tema proposto. O pesquisador deve se guiar por um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto parecido ao de uma conversa informal (GIL, 2010).

A análise dos dados foi realizada por meio do discurso do sujeito coletivo, onde será feita a discussão dos dados obtidos da pesquisa, buscando a interpretação do conteúdo coletado que será através das respostas dos participantes. A discussão foi estruturada de acordo com as reflexões das pesquisadoras juntamente com as literaturas pertinentes para o desenvolvimento e concretude dessa pesquisa.

O Discurso do Sujeito Coletivo incorpora depoimentos sintetizados e analisados, redigidos na primeira pessoa do singular e expressando o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos entrevistados. Dessa forma, ao se colher vários depoimentos percebem-se elementos comuns que delineiam o discurso coletivo, que são as Representações Sociais que caracterizam um determinado grupo. Ele contém o conjunto das Expressões Chave dos depoimentos, que possuem Ideias Centrais e/ou Ancoragens com características semelhantes. Este recurso metodológico busca expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um tema, levando em consideração o aspecto social e cultural. A proposta do discurso do sujeito coletivo como uma técnica de pesquisa contribui na construção de instrumentos relevantes para resgatar

dimensões significativas das Representações Sociais presentes na sociedade e na cultura de um universo pesquisado(FALCÃO;et al,2017).

Esse estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Potiguar - UNP, respaldado através da Resolução 466/12, Sendo aprovado pelo comitê de ética da Universidade Potiguar com parecer nº 78950017.

4. Resultados e Discussões

Tabela 1: *Proporção de gestantes segundo variáveis por faixa etária materna em situação de risco gestacional no Município de Mossoró em 2017.*

Variáveis	Gestante 18-20 Anos	Gestante 21-30 Anos	Gestante 31-40 Anos	Gestante 41-50 Anos
Quantidade Entrevistada	2 = 8%	11 = 44%	10 = 40%	2 = 8%
Casada	2 = 8%	6 = 24%	6 = 24%	0%
Solteira	0%	2 = 8%	2 = 8%	1 = 4%
União Estável	0%	2 = 8%	1 = 4%	1 = 4%
Dona de casa	0%	0%	4 = 16%	0%
Trabalha fora	1 = 4%	3 = 12%	2 = 8%	1 = 4%
Não respondeu ocupação	1 = 4%	7 = 28%	3 = 12%	1 = 4%
Não teve gestação anterior	1 = 4%	40%	9 = 36%	2 = 8%
Teve algum aborto	1 = 4%	1 = 4%	0%	1 = 4%
Tem filhos vivos	0%	7 = 28%	9 = 36%	1 = 4%

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa.

4.1 Investigação junto às gestantes no AMI

A intenção desta entrevista foi deixar às entrevistadas a vontade para responder, expondo suas opiniões e vivência, de maneira que mostrassem espontaneidade e sinceridade nas suas respostas. E quando foram questionadas **acerca da assistência prestada no Ambulatório Materno Infantil – AMI,** 22 delas, ou seja, 88% responderam que **o atendimento era bom ou excelente**.

Apenas três (12%) alegaram que só foram bem atendidas pelos médicos e não foram bem atendidas pelos funcionários do AMI.

O número elevado de satisfação, em relação a essa entrevista enquadra-se perfeitamente dentro da proposta do Ministério da Saúde quando diz que, promover a maternidade segura é compromisso de todos nós. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, visando a uma assistência integral e de qualidade às gestantes (RODRIGUES;et al,2017).

Em virtude dessa primeira pergunta, foram também questionadas da seguinte forma: **a assistência que estava sendo ofertada ocorre exclusivamente no AMI ou também é acompanhada na Unidade Básica de Saúde – UBS?**

Vinte e uma gestantes (84%) afirmaram que, a assistência prestada é em ambos, contra apenas quatro (16%) gestantes, que alegaram está sendo atendida apenas pelo AMI, por não ter na UBS enfermeiro ou especialista na área.

De acordo o Manual Técnico da Gestante de Alto Risco lançado pelo Ministério da Saúde a maioria das gestantes responderam que vem recebendo de maneira igualitária a devida assistência tanto pela UBS, quanto pelo centro de referência AMI. Embora uma minoria das entrevistadas tenha se queixado da falta de profissionais na UBS de seu bairro, pouco a pouco isso vem sendo superado pela reorganização dos serviços e pelas políticas do Ministério da Saúde que vem tentando suprir essas necessidades não só das gestantes, mas da população em si (MEDEIROS; et al,2020).

Quando questionadas quanto às **principais dificuldades enfrentadas para ter acesso ao serviço,** vinte (80%) gestantes responderam que, não tiveram nenhum tipo de dificuldade. Porém, cinco (20%) delas encontraram obstáculos, o que dificultou o atendimento imediato: *Passei dois meses esperando atendimento, e só consegui através de uma amiga que trabalha no município.*

Essa resposta contrapõe-se às recomendações do Manual Técnico de Gestação de Alto Risco que diz respeito A captação precoce das gestantes e o início imediato da assistência pré-natal com avaliação de riscos, sendo facilitado por estratégias da equipe de multiprofissional, como por exemplo a visita domiciliar (SILVA; et al,2020)

Na quarta e última questão as gestantes foram indagadas quanto **a importância do AMI e da UBS e se o atendimento de ambos supriu suas necessidades.**

Todas as entrevistas foram unânimes em suas respostas em relação ao AMI e a UBS serem de fundamental importância. Por outro lado, quatro (16%) queixaram-se do serviço prestado pelas UBS, tanto em relação aos profissionais, quanto a falta de materiais para melhor atendê-las.

Do ponto de vista crítico toda perspectiva em relação ao bom atendimento a gestante de alto risco, não está apenas ligada e nem dependente apenas do capital que os governantes disponibilizam para investir na saúde pública, mas principalmente da ética profissional, dos profissionais que atendem nas UBS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as entrevistas ficou evidente que tanto o AMI quanto as UBS's de um modo geral prestam um bom atendimento a essas gestantes. Em alguns casos houve omissão por parte dos profissionais, vindo a ter um impedimento na sua práxis, ou seja, no quesito bom atendimento, algumas gestantes tiveram dificuldade em conseguir vaga no centro de referência, não por falta de vaga no AMI, mas sim pela falta de profissionalismo existente em algumas UBS, que a grosso modo poderia vir a, prejudicar essas gestantes em situação de alto risco, não só fisicamente, mas também emocionalmente, pois sabe-se que, quanto mais cedo a gestante tiver o devido acompanhamento, melhor a chance de se ter uma gestação tranquila e um parto feliz .Assim, fica evidente a necessidade de superar esses encalços entendendo que a assistência precisa ser integral e de qualidade para todas.

Evidenciou-se que os objetivos do trabalho foram alcançados, pois houve envolvimento das gestantes, que através das entrevistas relataram sobre seus sentimentos mediante o descaso de alguns profissionais, pela falta de materiais nas unidades básicas de saúde, entretanto, por outro lado, também relataram o bom atendimento prestado pelo Ambulatório Materno Infantil. Portanto, durante as realizações das entrevistas encontramos facilidades e obstáculos, onde respectivamente, as gestantes de forma espontânea se prontificaram a submeter-se às entrevistas sobre o tema determinado, mas em contrapartida tivemos uma demanda menor de entrevistadas pelo fato da médica ter entrado de férias, restando assim apenas um dia na semana para entrevistar as poucas gestantes que apareceram.

Contudo o trabalho realizado foi de grande experiência e conhecimento para nós, pois antes disso achávamos que conseguir atendimento no centro de referência AMI era algo bem difícil, mas esse estudo de campo nos mostrou outra realidade. Tendo em vista que as reclamações foram mais em torno dos profissionais de enfermagem que as tratavam com descaso e, isso serviu para que tenhamos não apenas um aprimoramento, mas principalmente aprender a importância da ética profissional e entendermos que, o amor ao próximo, independe de posição social, e que toda vivência na prática é de fundamental relevância servindo de preparação para nossa vida profissional.

6. REFERÊNCIAS

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2010. Acesso em 09 de agosto de 2019

GUYTON, A.C. Fisiologia Humana. 13ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Interamericana, 2017.

AQUINO, Pâmela Torquato de. **Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária.** 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Lucas/Downloads/v25n4a16.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CALDAS, Denise Baldança; SILVA, Ana Luísa Remor da. **Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço.** 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CARDOZO, Renan Fonseca et al. **O volume do colo uterino na gravidez: comparação entre aferição sonográfica bidimensional e tridimensional**. 2018. Tese de Doutorado. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40373> em 02 de Julho de 2020.

FALCÃO, Roberto Flores et al. Novas Metodologias de Ensino? O discurso do sujeito coletivo de uma turma de administração. **Revista Alcance-Eletronica**, v. 24, p. 445-459, 2017. Disponível em <https://core.ac.uk/reader/270172836> Acesso em 03 de julho de 2020.

MELO, Michele Nakahara; AMORIM, Thaís Vasconselos; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. **CUIDADO HOSPITALAR DE MULHERES QUE VIVENCIARAM A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM.** 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Lucas/Downloads/9912-94876-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MEDEIROS, Fabiana Fontana et al. Expectativa e satisfação do acompanhamento pré-natal em gestantes de alto risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, p. e2792-e2792, 2020. Disponível em<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2792/1338> Acesso em 02 de julho de 2020.

MELO, Willian Augusto de. **Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense.** 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Lucas/Downloads/24981-125431-1-PB (2).pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

OLIVEIRA, Daniela do Carmo; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado.** 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Lucas/Downloads/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

OLIVEIRA, Elizângela Crescêncio de; BARBOSA, Simone de Meira; MELO, Sueli Essado Pereira. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, 2016. Disponível em <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf> Acesso em 30 de junho de 2020.

OLIVEIRA, Laura Cristyne Cavalcante; LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB: UM ESTUDO NA ZONA URBANA. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 15, n. 2, p. 66-76, 2017. Disponível em <http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/47/55> Acesso em 30 de junho de 2020.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, 2017. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620> Acesso em 03 de julho de 2020.

SILVA, Joyce Driely Carvalho et al. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e451-e451, 2019. Disponível em <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/451/441> Acesso em 01 de julho de 2020.

SILVA, Vitória Marion Costa et al. Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1884-e1884, 2019.

Capítulo 14

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SAÚDE INFANTIL: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA

Deborah Liz de Moura Fernandes[1]
Eduardo Damasceno Costa[2]

RESUMO: Tivemos como objetivo realizar revisão que reúna estudos sobre a Assistência Farmacêutica em Pediatria, indicando como devem ser geridos os atendimentos infantis, a fim de garantir eficácia e segurança na terapêutica farmacológica. Coletou-se dados entre maio e junho de 2017 de trabalhos em língua portuguesa, publicados nos últimos oito anos (2009-2017) na base de dados Scientific Eletronic Library Online–Scielo e também reunimos compêndios informativos importantes para essa pesquisa. Das 54 citações recuperadas, 10 foram utilizadas na elaboração dessa revisão. Os trabalhos foram lidos integralmente verificando se todos estavam diretamente relacionados ao tema proposto. É consenso que erros decorrentes da terapia medicamentosa representam um problema, que nas últimas décadas tem alcançado proporções elevadas. Na saúde infantil, esse fato acarreta impacto ainda mais significativo. Torna-se, portanto, um desafio promover mudanças na cultura organizacional dos ambientes de saúde que garantam a qualidade de atendimento a criança com problemas de saúde.
Palavras-chave: Assistência farmacêutica, Pediatria, saúde infantil, cuidado farmacêutico.

ABSTRACT: We aimed to carry out a review that brings together studies on Pharmaceutical Assistance in Pediatrics, indicating how childcare should be managed, in order to ensure efficacy and safety in pharmacological therapy. Data were collected between May and June 2017 of works in Portuguese, published in the last eight years (2009-2017) in the Scientific Eletronic Library Online – Scielo and we also compiled important informative compendiums for this research. Of the 54 citations retrieved, 10 were used in the preparation of this review. The papers were read in full, validating that all were directly related to the proposed theme. It is a consensus that errors resulting from drug therapy represent a problem, which in recent decades has reached high proportions. In child health, this fact has an even more significant impact. Therefore, it becomes a challenge to promote changes in the organizational culture of health environments that guarantee the quality of care for children with health problems.
Keywords: Pharmaceutical assistance, Pediatrics, child health, pharmaceutical care.

INTRODUÇÃO

De acordo com Programa Nacional de Segurança do Paciente "a **Segurança do Paciente** é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, importância para pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde". Podemos conceituá-la como *"redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde"* (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013).

A preocupação com a segurança do paciente não é uma questão recente, e tem suas dimensões difundidas ao redor do mundo. Os profissionais de saúde, conscientes da responsabilidade de prestar serviços mais seguros e de qualidade, têm estimulado para que instituições e organizações mundiais invistam no desenvolvimento da área da segurança do

[1] Farmacêutica, pós-graduada em Farmacologia Clínica e Prescrição Farmacêutica- Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[2] Doutor em Fisiologia e Farmacologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor e Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Farmacologia Clínica e Prescrição Farmacêutica do Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

paciente, a fim de explorar e aprimorar estratégias que contribuam para uma melhor assistência prestada (SILVA, 2010).

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, "*aponta como relevante a questão da segurança do paciente, uma vez que, a incidência de eventos adversos é uma considerável causa evitável de sofrimento humano que acarreta um alto ônus financeiro e custo de oportunidade para os serviços de saúde*" (OPAS, 2002, p. 11 *apud* SILVA, 2010).

Evento Adverso (EA) pode ser definido como um evento que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente (CAPUCHO, 2010).

Os eventos adversos relacionados a medicamentos podem levar a importantes agravos à saúde dos pacientes, com importantes repercussões econômicas e sociais. Dentre eles, os erros de medicação são ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde (ANACLETO, 2010).

Entre as pesquisas sobre erros de medicação identificadas em diferentes bases de dados, aproximadamente 8% está diretamente relacionada à população pediátrica. As estimativas apontam que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos (BELELA, 2011).

A maior vulnerabilidade à ocorrência de erros de medicação em pediatria deve-se a vários fatores. A necessidade do cálculo individualizado da dose, baseada na idade, peso e superfície corpórea da criança, envolvendo múltiplas operações matemáticas em várias fases do processo de medicação (prescrição, dispensação, preparo, administração e monitorização) favorece a ocorrência de erros de medicação (BELELA, 2011).

Além disso, podemos destacar a escassez de estudos científicos direcionados à utilização de medicamentos por essa população e também a dificuldade imposta pelo processo fisiológico de crescimento da criança, que permite muitas variáveis tanto no diagnóstico quanto no tratamento do paciente (FONTELES, 2009).

A atuação do farmacêutico na assistência pediátrica é de extrema importância e tem promovido a racionalização das prescrições, a diminuição dos erros de medicação e a menor ocorrência de eventos adversos, bem como aumento da adesão ao tratamento. Estes fatores conduzem a uma melhoria da utilização de recursos financeiros e investimentos na área da saúde e contribuem de forma positiva para o sucesso do tratamento (FONTELES, 2009).

A busca por tratamentos mais específicos e individualizados para pacientes infantis tem sido motivo de debate dentro das unidades de saúde. Isso acontece, porque a literatura é escassa em estudos que demonstrem como devem ser realizados os ajustes de dose para os medicamentos, existem poucas alternativas terapêuticas no mercado direcionadas a esta população e porque muitos medicamentos necessários ao tratamento de crianças não são fracionados.

Neste contexto, o farmacêutico torna-se um dos principais pilares para a busca de alternativas terapêuticas ao paciente pediátrico, que sejam eficazes e causando o mínimo de eventos adversos possíveis.

Portanto, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica que reúna estudos sobre a Assistência Farmacêutica em Pediatria, apontando como devem ser os atendimentos a esta população, a fim de garantir eficácia e segurança na terapêutica destes pacientes.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado através de levantamento bibliográfico de artigos, monografia e trabalhos de conclusão de curso, todos em língua portuguesa, publicados nos últimos oito anos (2009-2017). A consulta foi realizada na base de dados *Scientific Eletronic Library Online – SCIELO*.

A pesquisa também se baseou na leitura e compreensão do manual "Assistência Farmacêutica em Pediatria no Brasil" publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2017, nos boletins publicados pelo ISMP Brasil (Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos) e na compreensão de alguns conceitos dados pela legislação "Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências".

Foram utilizados os seguintes descritores para a busca de material: "assistência farmacêutica em pediatria", "erros de medicação" "erros de medicação em pediatria", "segurança medicamentosa" e "segurança do paciente". O levantamento de dados foi realizado nos meses de Maio e Junho de 2017. Foram descartados os textos que, apesar de constarem no resultado da busca, não abordaram um estudo centrado na pediatria; artigos ou resumos não disponíveis na íntegra; dissertações, teses e artigos de jornais sem caráter científico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em meio aos acentuados avanços tecnológicos e científicos ocorridos na assistência à saúde, principalmente nas últimas décadas, o sistema atual tem como grande desafio, a prestação de um cuidado seguro, efetivo, oportuno e individualizado, em contextos clínicos e normativamente cada vez mais complexos (BELELA, 2011).

A preocupação com a segurança do paciente surgiu na década de 1980 com a publicação do relatório "*To Err is Human"*, o qual revelou que 44 mil a 98 mil pessoas, aproximadamente, morriam nos Estados Unidos por ano devido a erros relacionados aos serviços de saúde. No ano de 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, objetivando reduzir a vulnerabilidade de erros relacionados às práticas assistenciais para garantir um cuidado seguro (SILVA, 2012).

Nos últimos anos, o aumento considerável de estudos relacionados à segurança do paciente e erros de medicação levou a um maior conhecimento sobre o assunto, confirmando sua importância como um problema mundial de saúde pública. Em consonância com este preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde lançou em 2004 o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Trata-se de um programa permanente que conclama todos os países membros a tomarem medidas para assegurar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde de todo o mundo (ANACLETO, 2010).

Segundo Harada (2012) um estudo conduzido na Inglaterra, entre 2007 e 2008, com o objetivo de analisar isoladamente os incidentes envolvendo medicamentos, identificou que a faixa etária mais acometida foi a de zero a quatro anos de idade e os erros de dose e ou concentração corresponderam a 23% dos eventos envolvendo crianças e neonatos. Os analgésicos opioides, os antibióticos e os agentes antidiabéticos constituem as classes de medicamentos mais relacionadas a erros e eventos adversos em crianças (BELELA, 2011).

Os Eventos Adversos relacionados ao uso de medicamento acontecem na maioria das vezes porque as características fisiológicas entre adultos e crianças são bastante variáveis, principalmente no período que envolve a primeira década de vida, acarretando mudanças na funcionalidade de cada órgão. Um exemplo dessa variação encontrada entre crianças e adultos é a superfamília do citocromo P450 presente no fígado que é responsável pelo metabolismo de diversas substâncias e, conforme o polimorfismo presente pode aumentar ou reduzir esta metabolização. (FONTELES, 2009).

Em relação aos aspectos farmacocinéticos, a absorção de fármacos segue os mesmos princípios entre adultos e crianças. A distribuição de fármacos em espaços fisiológicos é dependente da idade e composição corpórea. O nível reduzido de proteínas totais no plasma da criança, especialmente de albumina, resulta em um aumento das frações livres dos fármacos (FONTELES, 2009).

Já as diferenças farmacodinâmicas entre pacientes pediátricos e adultos ainda não foram bem exploradas de modo detalhado para todos os fármacos. Crianças, em franco desenvolvimento e crescimento, acabam sendo mais suscetíveis aos efeitos adversos de certos medicamentos (FONTELES, 2009).

Outro problema relacionado à administração de medicamentos e que podem levar ao aparecimento de Eventos Adversos em crianças é a escassez de formas farmacêuticas que sejam ajustáveis às condições fisiológicas destes pacientes. Cerca de 80% dos fármacos comercializados são destinados a adultos, sendo que muitas desses medicamentos são utilizadas em crianças, incluindo recém-nascidos (HARADA, 2012).

Como consequência, identifica-se a necessidade de realizar a administração de doses muito fracionadas de medicamentos o que acarreta maior demanda de tempo de trabalho da enfermagem, além de manipulação excessiva das soluções, o que pode comprometer a qualidade do procedimento em vários aspectos, como quanto à estabilidade e possibilidade de contaminação. Além dessas dificuldades, ressalta-se a possibilidade de intoxicação do paciente

pediátrico em decorrência do uso de medicamentos comercializados em altas concentrações (HARADA, 2012).

Com isso, é consenso entre os profissionais da área da saúde que erros decorrentes da terapia medicamentosa representam um problema, que nas últimas décadas tem alcançado proporções elevadas. Em pediatria, esse fato acarreta impacto ainda maior. Sendo assim, é um desafio para toda instituição e equipe de saúde, promover mudanças na cultura organizacional que permitam a reestruturação de processos e a implementação de estratégias de segurança (HARADA, 2012).

Podemos então destacar que a atuação clínica dos farmacêuticos nas unidades de atendimento também tem sido descrita como uma estratégia de prevenção e redução de erros com medicamentos em pediatria, especialmente em UCIP (Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos). Estudo recente concluiu que 81% dos erros de medicação entre crianças hospitalizadas poderiam ter sido evitados se o farmacêutico fosse um profissional integrante da equipe multiprofissional (BELELA, 2011).

É importante, portanto, que o farmacêutico seja cada vez mais integrado à equipe médica que trata do paciente, não sendo visto apenas como um mero dispensador ou coautor da farmacoterapia, mas como um agente ativo para a qualidade de vida da sociedade em que vive, atuando na prevenção de doenças, nas campanhas de vacinação e muitas outras formas de atuação do profissional (CASTILHO, 2016).

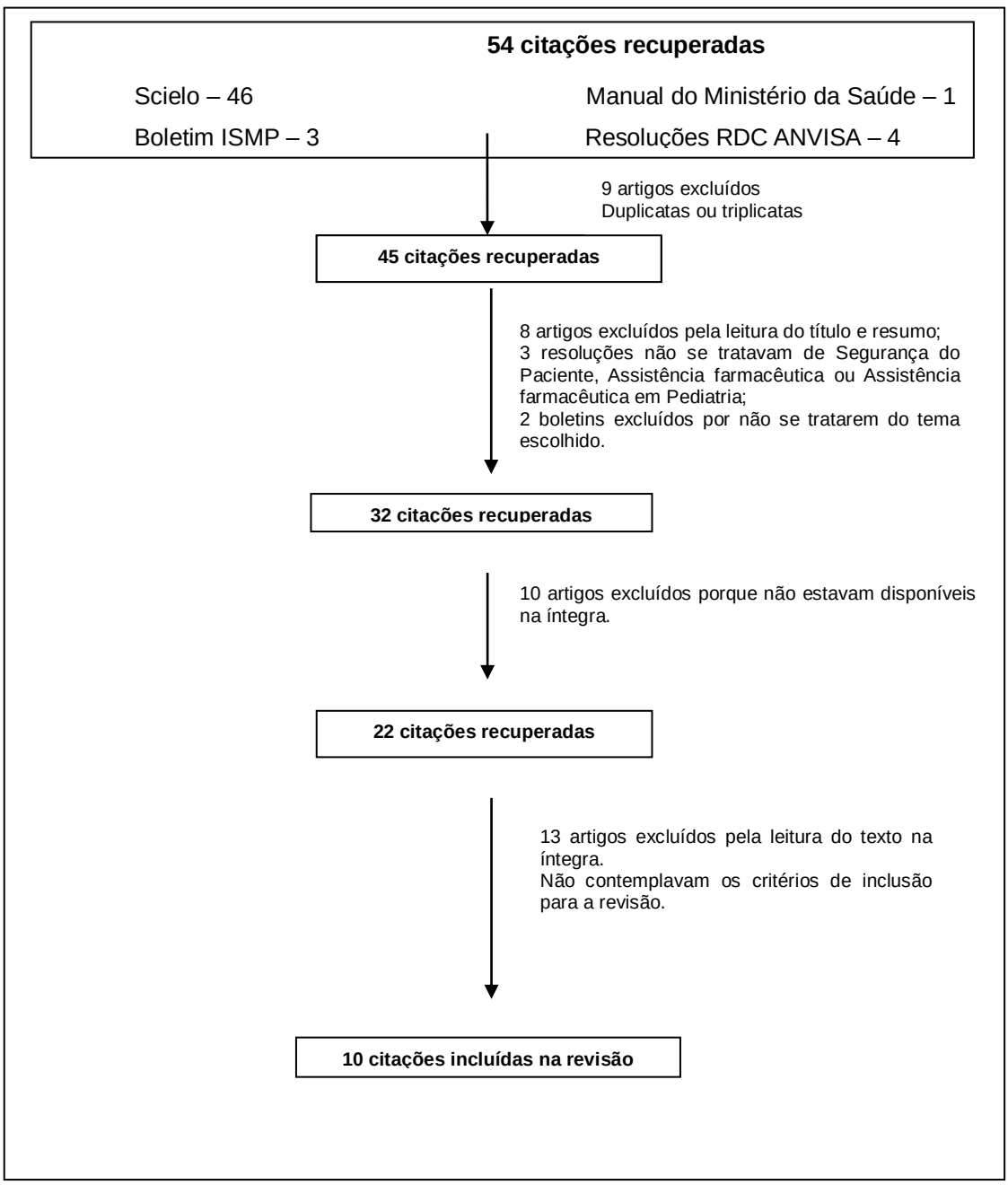
RESULTADOS

Todos os dados coletados para a elaboração deste trabalho foram obtidos, a partir do fluxograma, mostrado na **FIGURA 1.**

De 54 citações recuperadas, 10 foram utilizadas na elaboração do artigo de Revisão Bibliográfica sobre o tema Assistência Farmacêutica em Pediatria. Todas foram lidas na íntegra para verificar se poderiam ser utilizadas e se estavam dentro do tema proposto.

Dentro das referências selecionadas, ambas discutiram sobre as dificuldades de se prestar uma assistência adequada e segura para pacientes pediátricos, em meio a poucos estudos que tratem desta temática.

FIGURA 1: Fluxograma de seleção das referências selecionadas para o estudo.



Os artigos selecionados para esta revisão foram reunidos de acordo com o tema abordado, como mostra **QUADRO 1.**

QUADRO 1: Artigos selecionados para o estudo Assistência farmacêutica e saúde infantil.

Autor	Ano	Assunto
Anacleto, *et al.*	2010	Erros de medicação e sistemas mais seguros no ciclo de medicamentos.
RDC n° 36	2013	Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e da outras providências.
Belela, *et al*	2011	Epidemiologia dos erros de medicação em pediatria, erros de medicação em unidades de cuidado intensivo e oncológico e prevenção de erros.
Programa Nacional de segurança do paciente Portaria GM/MS n	2013	Panorama geral sobre a segurança do paciente

529/2013		
Recomendações e estratégias para ampliação da oferta, do acesso e Uso Racional de Medicamentos em Crianças	2017	Documento que norteia sobre o desenvolvimento das políticas públicas existentes e que fomenta que a assistência Farmacêutica em Pediatria.
Capucho	2012	Modelos práticos de gerenciamento de risco
Castilho, *et al*	2016	Farmacocinética diferenciada entre adultos e crianças e implicações clínicas.
Fonteles, *et al*	2009	Aspectos fisiológicos, formas farmacêuticas, aspectos de administração e cuidado farmacêutico em pediatria.
Harada	2012	Aspectos relevantes do sistema de medicação e recomendações para a redução de erros de medicação em crianças.
Silva, *et al*	2013	Higienização das mãos e segurança do paciente pediátrico.

DISCUSSÃO

Esse trabalho propõe uma abordagem direcionada a assistência farmacêutica direcionada ao paciente pediátrico. Conforme salientado são escassas as formulações magistrais e os medicamentos direcionados especificamente a essa população. Diante disso, torna-se importante o papel do farmacêutico como profissional que possa garantir o uso seguro e eficaz de medicamentos.

Dentro dos estudos selecionados, podemos destacar: BELELA (2011), CASTILHO (2016) e FONTELES (2009), HARADA (2012), os quais tiveram maior relevância para a elaboração desta revisão.

BELELA (2011) aborda em revisão a relação entre erros de medicação em Pediatria. A autora destaca a importância do Farmacêutico Clínico dentro da equipe multidisciplinar a fim de garantir uma segurança medicamentosa a esta população. Também é citado a importância da implementação de programas de educação permanente na prevenção de erros de medicação. Destaca ainda o uso de protocolos assistenciais no planejamento da assistência como forma de promover a segurança do paciente.

CASTILHO (2016) mostra como a diferença entre os processos farmacocinéticos (Absorção, distribuição, metabolismo, eliminação e excreção) entre crianças pode expor pacientes pediátricos a diversas alterações de segurança e eficácia do tratamento. Também reforça a importância do farmacêutico dentro da equipe multidisciplinar a fim de promover orientação a pais e responsáveis sobre a segurança de medicamentos.

FONTELES (2009), destaca que o cuidado farmacêutico também tem causado racionalização de prescrições a diminuição dos erros de medicação e a menor ocorrência de eventos adversos. E com isso, aumento da segurança medicamentosa dos pacientes pediátricos e redução de custos aos serviços de saúde.

HARADA (2012) cita que em crianças, fatores como idade, peso, estatura, condições clínicas, características do metabolismo e escassez de medicamentos direcionados para a população pediátrica contribuem para a ocorrência de erros de medicação e destaca que a

Assistência Contínua do Farmacêutico, disponível 24 horas mesmo a distância contribui para a redução dos erros de medicação em criança.

Todos os artigos selecionados, nessa revisão bibliográfica, destacam a escassez de estudos sobre a utilização de medicamentos para a população pediátrica, bem como a necessidade de novas formas farmacêuticas que sejam adaptáveis às necessidades deste público.

É necessário, portanto, que haja investimento na área de pesquisa que abordem este tema, bem como, o desenvolvimento de novas formas farmacêuticas que sejam mais adaptáveis a necessidade desta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de medicamentos em todo o mundo traz benefícios consideráveis a toda a população, entretanto, os problemas relacionados a este uso, tem trazido prejuízos a sociedade, sendo hoje considerado um problema de saúde pública mundial (ANACLETO, 2010).

É um grande desafio prevenir erros de medicação, pois é um assunto que poucos gostam de lidar ou falar e o tipo de abordagem é de forma geral, dirigido a punição de indivíduos e não contribui para resolver o problema. Mudar este quadro e situação é um desafio a todos que trabalham na área da saúde, pois não se pode mais conviver com taxas inaceitavelmente altas de erros que ocorrem na assistência ao paciente (ANACLETO, 2010).

É consenso entre os profissionais da área da saúde que erros decorrentes da terapia medicamentosa representam um problema, que nas últimas décadas tem alcançado proporções elevadas. Em pediatria, esse fato acarreta impacto ainda maior. Sendo assim, é um desafio para toda instituição e equipe de saúde, promover mudanças na cultura organizacional que permitam a reestruturação de processos e a implementação de estratégias de segurança (HARADA, 2012).

Por este motivo, a atenção farmacêutica no âmbito pediátrico é uma área que está em crescimento devido a sua urgência em novas pesquisas e em profissionais capacitados propriamente para a área. É importante, portanto, que o farmacêutico seja cada vez mais integrado à equipe médica que trata do paciente, não sendo visto apenas como um mero dispensador ou co-autor da farmacoterapia, mas como um agente ativo para a qualidade de vida da sociedade em que vive (CASTILHO, 2016).

REFERÊNCIAS

1. ANACLETO, T. A. *et al*. Erros de Medicação. **Farmacovigilância Hospitalar: Farmácia Hospitalar.** Pharmacia Brasileira - Janeiro/Fevereiro 2010.
Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf
Acesso em: 08 Jun. 2017

2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá**

outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso: 08 Jun. 2017.

3. BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PERTELINI, M. A. S. **Erros de Medicamento em Pediatria.** Rev Bras Enferm, Brasília, 2011 mai-jun; 64(3): 563-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a22.pdf. Acesso em: 08 Jun. 2017

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Apresentação – Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente. Acesso em: 08 Jun. 2017.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica em Pediatria no Brasil. **Recomendações e estratégias para ampliação da oferta, do acesso e Uso Racional de Medicamentos em Crianças.** Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_pediatria_brasil_recomendacoes.pdf . Acesso em: 08 Jun. 2017.

6. CAPUCHO, L. C.; BRANQUINHO, S.; REIA, L. V. **Gerenciamento de Risco.** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf. Acesso em: 26 Jun. 2017

7. CASTILHO, G. B.; NASCIMENTO, R.; GRASSI, L. T. **Os Desafios da Atenção Farmacêutica na Pediatria.** Revista Saberes da FAPAN. v. 3, n. 1, p. 26-38, jul./dez. 2016. Disponível em: http://fapan.edu.br/uploads/files/4%20-%20Artigo%203.pdf. Acesso em: 26 Jun. 2017

8. FONTELES, M. *et al*. **O Cuidado Farmacêutico em Pediatria.** Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica - Universidade Federal Do Ceará. Nº 10, Novembro/ 2009. Disponível em: http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Boletins/Boletim%2010.pdf. Acesso em: 08 Jun. 2017.

9. HARADA, M. J. C. S. *et al.* **Segurança na administração de medicamentos em Pediatria.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(4): 639-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/25.pdf. Acesso: 08 Jun. 2017

10. SILVA, F. M.; PORTO, T. P. A **Segurança do Paciente Pediátrico por meio da Higienização das Mãos e da Identificação do Paciente.** Florianópolis, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120867/288833.pdf?sequence Acesso em: 23 Jun. 2017.

Capítulo 15

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E RESULTADOS PERINATAIS EM PARTURIENTES DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA

PRE-CHRISTMAS ASSISTANCE AND PERINATAL RESULTS IN PARENTS OF A PUBLIC MATERNITY OF THE PARAÍBA STATE

Janira Cardoso Noronha[1]
Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira[2]
Ana Gonçalves Lima Neta[3]

RESUMO: Objetivo: caracterizar a assistência pré-natal e verificar sua associação com os resultados perinatais em parturientes atendidas em uma maternidade pública do estado da Paraíba. **Métodos:** foi realizada uma análise retrospectiva documental com abordagem quantitativa dos dados por meio da revisão de DNVs. A coleta dos dados foi realizada durante os meses setembro e outubro do ano 2018. **Resultados:** de um total de 371 DNVs de mulheres incluídas no estudo, 260 (70,1%) fizeram seis ou mais consultas de pré-natal e 271 (73%) iniciaram a assistência no primeiro trimestre de gestação. A adequação do pré-natal foi verificada em 265 (60,6%). **Conclusão:** a captação precoce das gestantes e o número de consultas realizadas favorece melhores resultados perinatais, evitando, partos prematuros, baixo peso ao nascer, partos cesáreos sem indicação médica e anóxia moderada ou grave. Assim, contribuindo para menores taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal, neonatal e internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Saúde da mulher. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT: Objective: characterize prenatal care and verify its association with perinatal outcomes in parturients seen at a public maternity hospital in the state of Paraíba. **Methodology:** a retrospective documentary analysis with quantitative data approach was performed through the review of DNVs. Data collection was performed during the months of September and October of the year 2018. **Results:** of a total of 371 DNVs of women included in the study, 260 (70.1%) had six or more prenatal consultations and 271 (73%) started assistance in the first trimester of pregnancy. The adequacy of prenatal care was verified in 265 (60.6%). **Conclusion:** the early capture of pregnant women and the number of consultations performed favors better perinatal results, avoiding premature births, low birth weight, cesarean births without medical indication and moderate or severe anoxia. Thus, contributing to lower rates of maternal, perinatal, neonatal morbidity and mortality and admission to the Neonatal Intensive Care Unit.
Key words: Prenatal care; Women's health; Maternal and child health.

Introdução

Ao refletir-se acerca da assistência prestada à gestante, percebe-se o pré-natal como uma importante ferramenta na promoção e manutenção da saúde do binômio mulher/criança antes, durante e após o nascimento, sendo esta assistência responsável também pelo cumprimento dos

[1] Enfermeira graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. E-mail: janiranoronha20@hotmail.com. Participou de todo planejamento, execução e confecção do manuscrito.

Correspondente: Janira Cardoso Noronha
Rua João Suassuna, 176 AP 206, Centro, 58400-036, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
Email:janiranoronha20@hotmail.com
Telefone: +55 8396478836

[2] Doutora em enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: carolinacdr@hotmail.com. Orientadora e supervisora do projeto, participou de todo planejamento, execução e confecção do manuscrito

[3] Fisioterapeuta graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. E-mail: anagoncalves.noronha@gmail.com. Participou da construção científica do manuscrito, considerando as etapas de leitura, revisão e edição.

princípios e diretrizes propostos pelo Ministério da Saúde (SUS), o qual objetiva a promoção de um parto e nascimento saudáveis (BRASIL, 2013; BRASIL, 2000).

Em associação a isto, a atenção pré-natal tem como objetivo detectar precocemente situações de risco conjunto (mãe/criança) ou de risco individual (mãe ou criança), a fim de propiciar intervenções oportunas aos riscos e/ou complicações (NUNES et al., 2016). Desta forma, caracteriza-se a não realização ou realização inadequada desta assistência como fator determinante para a ocorrência de eventos adversos e maiores índices de morbimortalidade durante o "processo" de gestação e nascimento (NUNES et al., 2016).

De acordo com as premissas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS N° 569 de 1 de junho de 2000, a assistência pré-natal deve cumprir um cronograma mínimo de seis consultas, sendo assim classificado como um acompanhamento satisfatório, devendo ainda ser iniciado no primeiro trimestre gestacional, o que garante um atendimento com maior precisão e a provável detecção precoce das necessidades e particularidades de cada gestante (BRASIL, 2000).

Dentre os requisitos para um atendimento de qualidade, a gestante deve ainda ter acesso a exames clínico-obstétricos e laboratoriais, prestação de orientações sobre alimentação, bons hábitos de vida, amamentação, imunização, uso de medicações, dentre outros, que direta e indiretamente acabam por influir no curso gestacional e perinatal (GUIMARÃES et al., 2018).

Levando-se em consideração as necessidades e particularidades da saúde materno-infantil, este estudo tem como objetivo estabelecer uma investigação acerca da adequação da assistência pré-natal e seus reflexos sobre os resultados perinatais, por meio da análise de parturientes atendidas em uma maternidade pública no estado da Paraíba.

Métodos

O presente estudo trata-se de uma análise retrospectiva documental, realizada por meio de uma abordagem quantitativa, o qual foi realizado em uma maternidade localizada no estado da Paraíba, tendo como objeto de estudo, as DNV's de parturientes do ano de 2017.

A pesquisa transcorreu no período de setembro a outubro de 2018, após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento – CESED, protocolada com o número 71186417.9.0000.5175, mediante aplicação de uma fórmula proposta por Luiz e Magnanini para a determinação de amostragem, dentre uma população de 6.000 DNV's foram avaliados 371 casos, os quais foram selecionados de forma aleatória a partir do uso de um aplicativo do Google play.

Para a construção do material empírico fez-se uso de um formulário estruturado e a obtenção de informações secundárias, por meio de consultas as Declaração de Nascidos Vivos (DNV's) pertencentes às puérperas inclusas na pesquisa. Objetivando um melhor recorte do material examinado foi considerado como critério de inclusão para a participação no estudo, puérperas com parto realizado na maternidade elegida no ano de 2017, tendo como desfecho um

nascido vivo, independente de peso e/ou idade gestacional e excluídas as DNV's com dados incompletos e/ou com material ilegível, o que acarretaria na inconsistência dos dados analisados.

Para a classificação da qualidade da assistência pré-natal prestada à população, foram utilizados os seguintes indicadores: número de consultas realizadas no pré-natal (≥ 6 = adequado; <6 = inadequado), idade gestacional na primeira consulta (≤12 semanas=adequado; >12 semanas = inadequado), índice de adequação pré-natal (adequado = 0; inadequado = 1).[7] Desta maneira, o desfecho (índice de adequação pré-natal) foi definido como adequado sempre que as gestantes realizarem 6 ou mais consultas e iniciarem o acompanhamento pré-natal até a 12ª semanas de gestação.

Para analisar a relação entre a adequação da assistência pré-natal e os desfechos perinatais foram consideradas as seguintes variáveis: peso ao nascer; apgar; idade gestacional; tipo de parto e presença de alguma anomalia ou defeito congênito. Os quais foram complementados com a investigação da caracterização materna, o que direta ou indiretamente acaba por influir nos resultados perinatais. Desta forma levou-se em consideração as seguintes variáveis: idade; escolaridade; ocupação; naturalidade; situação conjugal e raça/cor.

Os dados obtidos foram digitados e armazenados em banco de dados em uma planilha de Excel e após, postos em tabelas, para melhor manuseio de informações. Para o teste de hipóteses utilizou-se a análise estatística inferencial com o objetivo de relacionar as variáveis e depois descrever a relação entre elas (hipóteses:1) H0= Não há associação entre a adequação do pré-natal e o tipo de parto; H1= Há associação entre a adequação do pré-natal e o tipo de parto; 2) H0= Não há associação entre a adequação do pré-natal e a presença de anomalia; H1= Há associação entre a adequação do pré-natal e a presença de anomalia; 3) H0= Não há associação entre a adequação do pré-natal e a idade gestacional do parto; H1= Há associação entre a adequação do pré-natal e a idade gestacional do parto; 4) H0= Não há associação entre a adequação do pré-natal e o valor do apgar do 1º minuto; H1= Há associação entre a adequação do pré-natal e o valor do apgar do 1º minuto; 5) H0= Não há associação entre a adequação do pré-natal e o valor do apgar do 5º minuto; H1= Há associação entre a adequação do pré-natal e o valor do apgar do 5º minuto; 6) H0= Não há associação entre a adequação do pré-natal e o peso ao nascer; H1= Há associação entre a adequação do pré-natal e o peso ao nascer). O *software* IBM SPSS versão 2.0 foi utilizado para testar as 06 hipóteses listadas para esta investigação. O teste de qui-quadrado foi usado para verificar a associação entre a adequação do pré-natal e os desfechos perinatais, aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de *p* foi inferior à 0,05.

RESULTADOS

A tabela 1 retrata questões voltadas às características maternas da população elegida para o estudo.

TAB. 1 – Distribuição da amostra conforme características maternas. Campina Grande, Paraíba, 2018.

Variáveis maternas [Média/Amplitude]	***f***	**%**
Idade (em anos completos) **[25/14-44 anos]**		
Entre 20 e 34	234	63,1%
≥ 35	43	11,6%
≤ 19	94	24,3%
Ocupação		
Do lar	97	26,1%
Agricultora	161	43,4
Estudante	65	17,5%
Outros	48	12,9%
Naturalidade		
Campina Grande	130	35%
Outras cidades da Paraíba	214	57,7%
Outros estados	27	7,3%
Escolaridade		
Sem alfabetização	5	1,3%
Ensino Fundamental 1	50	13,5%
Ensino Fundamental 2	128	34,5%
Ensino Médio	163	43,9%
Ensino Superior Incompleto	14	3,8%
Ensino Superior Completo	11	3%
Cor da pele		
Parda/morena	371	100%
Situação conjugal		
Solteira	276	74,4%
Casada	83	22,4%
União Estável	10	2,7%
Outros	2	0,5%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Mediante interpretação dos dados obtidos referentes à idade das parturientes envolvidas no estudo, percebeu-se que mais da metade, equivalente a 63,1% das mulheres tinham idade entre 20 e 34 anos e apenas 24,3% tinham idade ≤19 anos. Ao referir-se a ocupação, 43,4% destas referiram realizar atividades voltadas à agricultura e 12,9% desempenha outro tipo de atividade.

Quando se refere ao grau de instrução e escolaridade, percebeu-se que 43,9% da população amostral referiu ter concluído o ensino médio, em contrapartida, apenas 3% concluiu o ensino superior independente da área de formação.

Com objetivo de avaliar e caracterizar a assistência pré-natal, os dados coletados foram analisados e estão apresentados na tabela 2.

TAB. 2 – Caracterização da assistência pré-natal segundo os indicadores de adequação do pré-natal. Campina Grande, Paraíba, 2018.

Variável [Média/Amplitude]	***f***	**%**
Nº de consultas pré-natal [7/1-15 consultas]		
≥ 6 (adequado)	260	70,1
< 6	111	29,9
IG na primeira consulta de pré-natal [3/1-8 meses]		

≤ 3 meses (adequado)	271	73,0
> 3 meses	100	27,0
Índice de adequação pré-natal		
≥ 6 consultas e ≤ 3 meses de gestação na primeira consulta (adequado)	225	60,6
< 6 consultas e > 3 meses de gestação na primeira consulta	146	39,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A análise da tabela 2 revela que as mulheres com um número adequado de consultas (70,1%) superam o percentual de mulheres que descumpriu o calendário de consultas estabelecidos para o pré-natal (29,9%). Quando se refere à Idade Gestacional (IG) na primeira consulta, mais da metade (73%) das parturientes iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional.

A tabela 3 revela a associação estabelecida a fim de retratar a adequação do pré-natal e os resultados perinatais.

TAB 3 – Associação entre a adequação do pré-natal e os resultados perinatais. Campina Grande, Paraíba, 2018.

	ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL						Sig. p-valor(+)
			Adequado		Inadequado		
Variável [Média/Amplitude]	***f***	**%**	***f***	**%**	***f***	**%**	
Peso ao nascer [3109g/465-4910g]							0,000*
< 2.500 g	53	14,3	08	2,1	45	12,1	
De 2.500 a 2.999g	75	20,2	18	4,8	57	15,4	
De 3.000 a 3.999g	221	59,6	191	51,5	30	8,1	
≥ 4.000 g	22	5,9	08	2,1	14	3,8	
Apgar 1 min [8/2-9]							0,005*
Anóxia grave (≤3)	3	0,8	0	0,0	3	0,8	
Anóxia moderada (4-6)	27	7,3	11	3,0	16	4,3	
Bom (7-10)	341	91,9	214	57,7	127	34,2	
Apgar 5 min [9/2-10]							0,001*
Anóxia grave (≤3)	1	0,3	0	0,0	1	0,3	
Anóxia moderada (4-6)	9	2,4	1	0,3	8	2,1	
Bom (7-10)	361	97,3	224	60,4	137	36.9	
Idade gestacional							0,000*
Pré-termo	45	12,1	6	1,6	39	10,5	
Termo	325	87,6	219	59,0	106	28,6	
Pós-termo	1	0,3%	0	0,0	1	0,3	
Tipo de parto							0,005*
Normal	233	62,8%	154	41,5	79	21,3	
Cesárea	138	37,2%	71	19,1	67	18,1	
Presença de Anomalias Congênitas							0,661
Não	367	98,9%	223	60,1	144	38,8	

Sim	4	1,1%	2	0,5	2	0,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.
(+) Teste de Qui-Quadrado
* Significância estatística (p-valor < 0,05)

Mediante análise dos dados obtidos e postos na tabela 3, evidenciou-se que na variável 1 (Peso ao nascer), 14,3% das crianças apresentaram peso inferior a 2.500g, em que apenas 2,1% das mulheres tiveram pré-natal adequados mediante determinação de órgãos superiores, em oposição a este fato, 12,1 % das mulheres tiveram pré-natal considerados como inadequado.

Ao se referir à variável 4 (Idade gestacional), percebe-se que de 12,1% de partos a termo registrados na amostra pesquisada, 1,6% decorreram de pré-natal adequados e 10,5% foram provenientes de pré-natal inadequados.

DISCUSSÃO

Apesar da ampla discussão e conhecimento acerca da importância do acompanhamento pré-natal, ainda é possível identificar falhas neste processo, que acabam por acarretar danos e percas materno-fetais muitas vezes irreversíveis, desta maneira, considera-se investidas em estudos científicos, importantes ferramentas na busca por alternativas que sanem ou amenizem as dificuldades encontradas neste contexto (DUARTE, ALMEIDA, 2019; GOMES et al., 2017).

Ao interpretar os dados sociodemográficos das participantes do estudo, percebeu-se que o maior contingente de envolvidas foram mulheres alfabetizadas, com faixa etária entre 20 e 34 anos de idade e solteiras. Costa et al. (2016) em seu estudo, destaca que a baixa escolaridade, situação conjugal insegura e a idade acabam por influir diretamente na assistência e seguimento do pré-natal. Neste contexto, consideram-se gestantes com menor faixa etária, pacientes mais resistentes às ações e medidas de cuidados o que associado a baixa escolaridade representa um risco ainda maior, tendo em vista que um grau de conhecimento deficiente acaba por fragilizar e dificultar o entendimento acerca de sua situação de saúde e riscos pertinentes à gestação. Já o fator relativo à situação conjugal insegura, predispõe a gestante a maior incerteza e instabilidade social, o que acaba por refletir diretamente nos cuidados com a gestação (COSTA et al., 2016; GOMES et al., 2015).

No que tange a etapa do estudo destinada à investigação da adequação do pré-natal, percebeu-se que a maior parcela da população investigada, realizou um número de consultas igual ou superior a 6 e iniciaram-no ainda no primeiro trimestre gestacional (até a 12° semana), o que caracteriza um acompanhamento adequado mediante às premissas estabelecidas pelo ministério da saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), tornando possível a implementação de uma assistência adequada, cumprindo as principais necessidades do curso gestacional (BRASIL, 2013; BRASIL, 2000).

O primeiro contato da gestante com os serviços de saúde ainda no primeiro trimestre gestacional justifica-se segundo a OMS, por ser o período de maior conveniência para a detecção precoce de doenças, agravos de saúde e particularidades inerentes ao binômio mãe/filho, como a

exemplo da prevenção da transmissão vertical da sífilis e HIV, controle da anemia, e detecção de doenças crônicas como Diabetes Mellitos (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por exemplo (RUSCHI et al., 2018; CAVALCANTE et al., 2016).

Em estudos já realizados, as gestantes com idade inferior a 15 anos, apresentaram maior incidência quanto ao início tardio do pré-natal, o que acaba por destacar falhas nas políticas destinadas a esta população, sendo necessário a busca por estratégias mais eficazes para a mudança deste cenário (VIELLAS et al., 2014).

O peso ao nascer representa uma variável de grande relevância na avaliação da sobrevida de neonatos, tendo em vista que crianças com baixo peso apresentam menores chances de sobrevida, fator que está intimamente relacionada aos fatores/hábitos maternos, como tabagismo, ganho de peso gestacional e número de consultas de pré-natal. No presente estudo observou-se que mais da metade dos NV estudados apresentaram peso ao nascer entre 3.000 e 3.999g, o que converge com as premissas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual preconiza um peso mínimo ao nascer de 3.000g (SANTOS at al., 2015; FERNANDES et al., 2014).

Já no que tange ao boletim de Apgar no 5° minuto, quase a totalidade dos casos investigados apresentaram resultados favoráveis, com índice entre 7 e 10 pontos revelando ausência de dano neurológico. A avaliação deste escore, representa um importante marco para a identificação das necessidades do recém nascido e avaliação de possíveis danos gerados no processo de nascimento. Esta avaliação permite a interpretação de alguns parâmetros como a Frequência Cardíaca (FC); Respiração; Tônus Muscular; Irritabilidade Reflexa e Cor da criança nos primeiros minutos de vida, o que apesar de parecer simples, permite a classificação do RN a fim de prestar os cuidados convenientes a seu bem estar (CORREIO et al., 2016).

Ao referir-se ao item voltado à via de nascimento, percebe-se que muito embora os índices nacionais referentes ao tipo de parto apontem a cesárea como prevalente no país, este estudo demonstrou dados opostos, o que pode se justificar pela política proposta pelo hospital estudado. De acordo com Correio et al. (2016), o maior número de nascimentos por cesárea a nível nacional, pode estar associado a falta de apoio e orientação durante o acompanhamento pré-natal, maior acessibilidade ao método cirúrgico, persuasão dirigida por profissionais médicos mediante imposição de situações de risco, inexperiência da parturiente, a própria vontade da mulher, podendo ainda estar associada ao desejo de laqueadura (CORREIO et al., 2016; RISCADO, JANNOTTI, BARBOSA, 2016).

Mediante análise dos dados levantados, percebe-se a assistência pré-natal como uma importante ferramenta no acompanhamento do curso gestacional e pós-gestacional, sendo de suma relevância o cumprimento do cronograma de consultas, realização de exames, adequação nutricional, dentre outras peculiaridades inerentes a esta condição, o que direta e indiretamente acabam por influir na saúde do binômio mãe/filho. Desta forma, torna-se necessário a institucionalização de medidas para o melhoramento do acompanhamento pré-natal, a fim de que

as falhas identificadas sejam sanadas de modo a reduzir a incidência de erros neste processo (TOMASI et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidencia que a captação precoce das gestantes e o número de consultas realizadas favorece melhores resultados perinatais, evitando, partos prematuros, baixo peso ao nascer, partos cesáreos sem indicação médica e anóxia moderada ou grave. Assim, contribuindo para menores taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal, neonatal e internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

É necessário reforço de políticas públicas com medidas diretamente relacionadas à qualificação da atenção de saúde, levando informações claras e precisas sobre a importância da realização do pré-natal e tomando medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso.

A presente investigação contribui para o contexto da assistência de enfermagem ao passo que seus resultados sensibilizam para a necessidade de se captar precocemente as gestantes para início das consultas, garantindo que o número mínimo de seis consultas seja efetivado; realizar busca ativa das faltosas com pré-natal em andamento; investir em atividades de educação em saúde que exponham para as mulheres a relação positiva e direta que existe entre os cuidados pré-natais e os resultados perinatais, garantindo a saúde materna-infantil.

Na consecução dessa pesquisa a não investigação dos exames e condutas realizadas no acompanhamento pré-natal podem ser apontadas como limitações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília-DF: Biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 569, de 1° de junho de 2000.

CAVALCANTE, Kariane Omena Ramos et al. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema?. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1415-1422, 2016.

CORREIO, Rodrigo Aguiar da Silva et al. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. **RECIIS**, v. 10, n. 2, p. 1-16, 2016.

DALLA COSTA, Lediana et al. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 459, 2016.

DOS SANTOS, Marcela Thiago Mendes et al. Fatores relacionados ao peso ao nascer: influência de dados gestacionais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 192-198, 2015.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; DE ALMEIDA, Eliane Pereira. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014.

FERNANDES, Mayra Pacheco et al. Fatores maternos associados ao peso ao nascer em gestantes de baixo risco obstétrico de uma maternidade-escola do sul do Brasil. **Nutr. clin. diet. hosp**, v. 34, p. 48-56, 2014.

GOMES, Aline Grill et al. Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 399-411, 2015.

GOMES, Raimundo Nonato Silva; FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; PORTELA, Nytale Lindsay Cardoso. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 416-421, 2017.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00110417, 2018.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2016.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 131-139, 2018.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00195815, 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

Capítulo 16

ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE MATERNA NO BRASIL

PHYSIOTHERAPEUTIC CARE IN MATERNAL HEALTH IN BRAZIL

Emmanuele Santos Albuquerque[1]
Isabela Pereira Vasconcelos[2]
Mariana Teixeira Costa[3]

RESUMO: Como um incentivo ao resgate do protagonismo da mulher no momento do parto, o Brasil tem trabalhado na elaboração de políticas públicas que envolvam qualidade e humanização na atenção ginecológica e obstétrica, fomentando boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. O fisioterapeuta tem ganho seu espaço no cenário de atenção à saúde materna, em todas as fases da gestação. Este artigo teve como objetivo principal demonstrar a história, características e benefícios das abordagens fisioterapêuticas na saúde materna, de acordo com as necessidades advindas das alterações fisiológicas comuns ao período. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico. Foram evidenciadas a necessidade e importância do fisioterapeuta no acompanhamento da mulher, discorrendo sobre as principais técnicas e recursos utilizados na promoção, prevenção e tratamento, objetivando diminuir os riscos e complicações da gestação e oferecer uma melhor qualidade de vida materno-infantil.
Palavras-chave: Fisioterapia; Saúde Materna; Saúde da Mulher.

ABSTRACT: As an incentive to rescue the role of women at the time of childbirth, Brazil has been working on the elaboration of public policies that involve quality and humanization in gynecological and obstetric care, promoting good practices in childbirth and birth care, recommended by the World Health Organization. Health. The physiotherapist has gained his space in the maternal health care scenario, at all stages of pregnancy. The main objective of this article was to demonstrate the history, characteristics and benefits of physical therapy approaches in maternal health, according to the needs arising from the physiological changes common to the period. To this end, a qualitative research of bibliographic character was carried out. The need and importance of the physiotherapist in monitoring the woman were highlighted, discussing the main techniques and resources used in the promotion, prevention and treatment, aiming to reduce the risks and complications of pregnancy and offer a better quality of life for the mother and child.
Keywords: Physiotherapy; Maternal Health; Women's Health.

Introdução: A fisioterapia é considerada uma ciência antiga, conforme relatos históricos onde havia a utilização de recursos naturais no tratamento da dor. Contudo, é considerada uma profissão nova, se compara às demais na área da saúde. Surgiu no Brasil no ano de 1929, com a criação do primeiro curso técnico. A sua regulamentação como uma profissão de nível superior ocorreu em 13 de outubro de 1969, pelo Decreto-lei nº 938/69 (BISPO JUNIOR, 2009). Desde então vem evoluindo a prática clínica com a pesquisa científica (CAVALCANTE et al., 2011).

Corresponde a uma profissão que conta com uma vasta área de atuação. A Fisioterapia em Saúde da Mulher (FISM) é uma especialidade profissional da Fisioterapia, reconhecida pela resolução do COFFITO nº. 372/2009, que tem como finalidade a ampla atuação fisioterapêutica ao

[1] Fisioterapeuta, Mestranda em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – UFAL. emmanuelesa@hotmail.com;
[2] Fisioterapeuta, Pós-graduada em Fisioterapia Intensiva pela Estácio – FAL. isabelap.s@hotmail.com .
[3] Fisioterapeuta, Pós-graduada em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e Terapia Intensiva e suporte ventilatório pela Universidade Castelo Branco - UCB. mari_tcosta@hotmail.com .

longo do ciclo vital feminino: na infância, na gravidez, no trabalho de parto, no pós-parto, no puerpério, no climatério e na terceira idade.

Esta especialidade representa um refinamento da prática do fisioterapeuta voltada às especificidades das mulheres que vão muito além das questões meramente reprodutivas, incorporando-se um olhar voltado à integralidade e consideração aos aspectos socioculturais.

Apesar dos registros históricos da área serem escassos e da especialidade incluir diversas subáreas, parece que a atuação do fisioterapeuta iniciou na Inglaterra como membro das equipes de obstetrícia no início do século XX. Os primeiros estudos científicos que se conhecem aconteceram na década de 40, principalmente os estudos relacionados ao assoalho pélvico feminino, aos exercícios na gestação e preparação para o parto. Já os estudos de Fisioterapia relacionados à oncologia mamária, iniciaram um pouco mais tarde, entre as décadas de 60 e 80.

No Brasil, diversas pioneiras que trabalhavam com a Fisioterapia especificamente voltada à ginecologia e obstetrícia passaram a refletir acerca da importância de um olhar mais integral relacionado à saúde da mulher para a prática do fisioterapeuta. Neste artigo focaremos na atenção fisioterapêutica na saúde materna no cenário brasileiro.

Entende-se que pensar sobre Saúde da Mulher consiste em pensar na sociedade sob uma nova perspectiva, na qual o eixo central compreende a qualidade de vida do ser humano a partir da vida intrauterina. A gravidez e o parto são acontecimentos singulares e especiais, o qual envolve a vivência reprodutiva de homens e mulheres, integrando também suas famílias (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde visando proporcionar melhores condições maternas e neonatais, criou diversas políticas públicas em prol de uma melhor assistência e qualidade de vida para o segmento materno-infantil. Dentre as políticas criadas: Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000), Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (2008), Rede Cegonha (2011), etc.

A atenção à mulher na gravidez e no puerpério deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que podem ocorrer neste período (BRASIL, 2005). A vivência em grupo é muito positiva, facilita a troca de experiência entre mulheres que vivenciam a mesma experiência da iminência de tornarem-se mães. Assim, muitos temores são amenizados, e dúvidas sanadas, com a conversa entre grupos formados por profissionais da saúde, acadêmicos e gestantes (BARACHO, 2007). Abordagem muito comum na atenção primária envolve medidas de educação popular que objetivam estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, hábitos, sem nenhuma forma de imposição.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em que foram utilizadas as bases de dados *online* LILACS, SciELO, BVS. Assim, inicialmente foi realizada uma busca sobre a produção do conhecimento referente à atenção fisioterapêutica na saúde materna no Brasil, tendo como principal demonstrar a história, características e benefícios das abordagens fisioterapêuticas na

saúde materna, de acordo com as necessidades advindas das alterações fisiológicas comuns ao período, referidas em periódicos através da revisão de literatura sobre o tema. Na busca inicial foram considerados os títulos e os resumos dos artigos para a seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos e os textos completos dos artigos, utilizando-se como palavras-chave os termos: Fisioterapia; Saúde Materna; Saúde da Mulher.

Resultados e discussão: A gravidez gera inúmeras alterações anatômicas, fisiológicas, psíquicas e biomecânicas para suportar o desenvolvimento e o crescimento do feto. Essas modificações podem acarretar lesões devido as mudanças nas estruturas musculoesqueléticas e fatores hormonais durante os três trimestres gestacionais, podendo levar a sobrecarga física, limitações das atividades de vida diária e diminuição da qualidade de vida da gestante (BARACHO, 2007).

Durante o processo se faz necessária a adaptação do corpo à postura para compensar a mudança do centro de gravidade, que se desloca para frente e para cima (STEPHENSON; O´CONNOR, 2004). Cada mulher terá uma compensação diferente, pois depende de outros fatores como força muscular e flexibilidade articular (POLDEN; MANTLE, 2005).

O ganho de peso promove também uma série de alterações como na deambulação e postura. O tônus da região abdominal vai estar diminuído e juntamente com a inclinação anterior da pelve promove um realinhamento da coluna, promovendo compensações nas curvaturas de coluna, levando a uma das principais queixas das gestantes, que é a dor na região lombar (BARROS, 2006).

O aumento da lordose, do peso e da frouxidão ligamentar, juntamente com o deslocamento do centro da gravidade e a fraqueza muscular fazem com que a dor lombar seja um dos sintomas mais frequentes (STEPHENSON; O´CONNOR, 2004).

Outra comum ocorrência é a separação músculo reto abdominal na região da linha Alba, chamada diástase abdominal, que pode ser desenvolvida durante a gestação ou parto normal. Essa separação pode variar entre dois a três centímetros verticalmente e doze a quinze centímetros de comprimento em um espaço medindo de doze a vinte centímetros de largura, deixando toda a região abdominal enfraquecida.

Os músculos do assoalho pélvico tendem a ficar enfraquecidos após o parto, devido ao estiramento e traumatismo durante o parto normal e pela sustentação do peso durante a gestação (POLDEN; MANTLE, 2005).

De maneira geral, as mulheres apresentam desde alterações posturais até modificações em todo o sistema digestório, urinário, respiratório e tegumentar. Alterações essas que são fisiológicas, mas que se não acompanhadas, podem tornar-se patológicas. Os cuidados com o corpo e mente da mulher em sua integralidade devem estar presentes antes, durante e após a gestação, visando uma melhor qualidade de vida, aliando saúde, funcionalidade e bem-estar.

Levando em consideração todas as alterações fisiológicas que acontecem no corpo da gestante e mudanças na rotina, podemos considerar que para a realização de um pré-natal

adequado a gestante deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional, desde o início da gestação.

A equipe deve contar preferencialmente com médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social. Seguindo a temática deste artigo iremos destacar a atuação do profissional fisioterapeuta. Naturalmente se faz essencial que entre os procedimentos técnicos recomendados estejam a avaliação do estado nutricional inicial e o acompanhamento do ganho de peso gestacional, bem como a nutrição materna, a serem realizados pelo profissional nutricionista. Concomitante a isso devem ser avaliadas as condições músculo esqueléticas e posturais da gestante, que têm implicações diretas na saúde materno-infantil (BRASIL, 2012).

O fisioterapeuta durante a gravidez tem um papel fundamental em todo o ciclo gravídico-puerperal. As modificações frequentemente desencadeiam sintomas relacionados aos sistemas musculoesquelético, vascular, cardíaco, respiratório, urinário, dentre outros. A fisioterapia vai atuar principalmente nas mudanças ocorridas no sistema musculoesquelético, objetivando evitar a instalação de distúrbios e no caso de já existirem, trata-los.

Principalmente no início da assistência pré-natal, há a necessidade de um programa de exercícios específicos para que as adaptações posturais ocorram com o mínimo possível de sintomas dolorosos. Um programa de exercício físico adequado promove uma atenuação das alterações musculoesqueléticas e transtornos metabólicos, diminuindo as dores causadas por exemplo pela hiperdistensão dos músculos do abdome e assoalho pélvico (BIM, PEREGO; PIRES, 2002).

Nas gestantes, principalmente após o segundo trimestre, é comum o aparecimento de espasmos e pontos-gatilhos na região do músculo trapézio, medial e superior da cervical, promovendo limitação do movimento de flexão lateral e rotação com dores na realização de flexão e extensão da cabeça. As dores podem ser amenizadas com uma das técnicas de terapia manual, que é a liberação miofascial.

As gestantes que ficam inativas, que não praticam exercício físico tendem a apresentar músculos abdominais enfraquecidos e provável diástase do músculo no pós-parto (POLDEN; MANTLE, 2005).

Além da parte prática das técnicas, o trabalho educativo por meio de orientações e treinamentos também é de extrema importância, visto que o fisioterapeuta trabalha a educação em saúde, que no caso de gestantes, gera resultados diretos muito positivos: promove maior conhecimento de todo processo gravídico-puerperal (reduzindo a ansiedade, visitas desnecessárias ao pronto-atendimento, os alarmes falsos de trabalho de parto, entre outros) e melhora os desfechos de parto (experiência com o parto, uso de analgesia, tempo de trabalho de parto e até mesmo, saúde do recém-nascido).

Durante a assistência pré-natal a gestante deve ser orientada respeitando sua individualidade e suas expectativas para amamentação. O preparo físico das mamas pode ser avaliado de acordo com a condição evolutiva gestacional. No exame físico, o fisioterapeuta faz a avaliação das mamas, verificando-se a simetria mamária, observando se a protusão mamilar é

suficiente para um eficiente processo de amamentação e, ainda, se existe presença de nódulos e outras alterações (BARACHO, 2007).

O fisioterapeuta pode aproveitar para orientar a gestante quanto à numeração do sutiã, que deve ser um número maior e que possua alças largas e reforço na parte inferior do bojo, adequado ao aumento das mamas, que ocorre desde a gravidez, pois há uma preparação da estrutura mamária para a lactação (BARACHO, 2007). Um sutiã bem ajustado melhora a postura e pode minimizar a dor nas costas (STEPHENSON E O'CONNOR, 2004). O fisioterapeuta pode ainda falar sobre os suportes adicionais que podem ser necessários na gravidez, como coletes, faixas e meias elásticas (POLDEN; MANTLE, 2000).

O trabalho de parto pode ser dividido em duas fases. Na primeira, a mulher sente as contrações que permitem a dilatação do colo do útero, considerada uma fase dolorosa onde há estresse emocional. A segunda corresponde a expulsão do feto, comumente bastante dolorosa. O fisioterapeuta tem a função avaliar e monitorar as alterações físicas dando prioridade ao bem-estar da parturiente e do bebê, em ambas as fases do trabalho de parto.

O trabalho do fisioterapeuta com a parturiente é acelerar, com movimentos e técnicas, o trabalho do parto com mínimo de dor possível através de orientações, exercícios para assoalho pélvico, abdômen, mobilidade pélvica, exercícios respiratórios e condutas analgésicas como a massoterapia, a TENS, variações de posições e relaxamento muscular durante o trabalho de parto. (FREITAS, 2017). As estratégias não farmacológicas no alívio da dor incluindo o banho de chuveiro, apresentam grande aceitação pelas gestantes com baixo risco obstétrico (BAVARESCO, 2011). O uso do banho de chuveiro morno (BCM) em uma temperatura de 37ºC sobre o local ocasiona relaxamento muscular, promovendo o alívio da dor e evolução do trabalho de parto.

O desconforto musculoesquelético é uma queixa comum entre as puérperas, sendo frequentemente atribuído à sobrecarga física que está relacionada aos cuidados com o bebê e à amamentação. Um estudo transversal controlado investigou o problema no pós-parto, entre as mulheres que amamentavam e as que não amamentavam as mulheres lactantes referiram a amamentação como a segunda maior causa de seu desconforto. O que aponta para a necessidade de ampliar as considerações sobre o tema para buscar estratégias eficazes de prevenção e tratamento a fim de contribuir para a saúde e o bem-estar materno-infantil (MORARI-CASSOL, 2008).

A puérpera e acompanhante devem ser bem orientados quanto à adequação postural, principalmente na alimentação do bebê e na troca de fraldas, que sendo realizados de maneira incorreta pode levar à dor nas costas e no pescoço (POLDEN; MANTLE, 2000).

Se faz importante compreender que os primeiros exercícios pós-natais consistem em saber como sentar enquanto amamenta o bebê. Os conselhos de tratamento das costas na amamentação devem ser debatidos. (POLDEN; MANTLE, 2000). Considerando isso, o papel da fisioterapia se estabelece através da realização de alongamentos dos grupos musculares específicos e orientações quanto ao posicionamento correto ao segurar o bebê e amamentá-lo (BARACHO, 2007).

O fisioterapeuta deve estar atento às queixas álgicas de mulheres que tiveram partos cirúrgicos difíceis. Uma outra complicação que mais acomete mulheres, principalmente no pós-parto, é a incontinência urinaria de esforço. A fisioterapia tem se mostrado eficaz no tratamento da incontinência. Vários recursos fisioterapêuticos podem ser utilizados no período pós-parto com resultados evidentes, sendo que a escolha do tipo do tratamento ideal dependerá do caso de cada paciente (HENRIQUES, 2018).

Diante das alterações que ocorrem no período gestacional, a fisioterapia é uma grande aliada na promoção, prevenção, tratamento e na manutenção da saúde, através de recursos terapêuticos, visando diminuir os riscos a gestação, preservando a saúde da mãe e do feto, além de melhorar a qualidade de vida durante a gravidez, no parto e puerpério (POLDEN; MANTLE, 2005).

A fisioterapia utiliza-se de diversas técnicas na sua atuação visando reduzir os desconfortos causados pelas alterações durante esse período. O mapeamento das dores se faz muito importante no reconhecimento dos principais incômodos comuns, aliado às orientações posturais, mecânica corporal correta, amamentação, por meio de condutas simples, seguras e eficazes.

A massagem surgiu desde os tempos pré-históricos, teve origem na Índia, China, Grécia e Roma. Trata-se de um conjunto de técnicas manuais que por sua vez promovem relaxamento e alívio de dores locais através de manobras de deslizamento superficiais, profundas e amassamento. Trazendo como benefícios locais a vasodilatação, melhorando a microcirculação e atuam também nas terminações nervosas sensitivas, reduzindo desta forma as contraturas musculares melhorando a qualidade de vida da gestante (CASSAR, 2001).

A massagem vem sendo bastante utilizada e reconhecida no meio científico como uma ferramenta importante e eficiente de cura física, mental e espiritual. A massagem terapêutica em gestantes, vem se tornando frequente, pois traz relaxamento, diminuição do estresse, equilíbrio entre mente, corpo e espírito, mantendo uma boa qualidade de vida. Porém a indicação no período gestacional, não é unânime, pois nos três primeiros meses de gravidez, ocorrem muitas mudanças hormonais e fisiológicas no corpo da mulher, desta forma, a massagem na área abdominal é contraindicada nessa fase e também é contraindicada quando ocorrem enjoos matinais e vômitos. (CASSAR, 2001).

O método Pilates, criado pelo alemão Joseph Hubertus Pilates (1880-1967), tem por objetivos, melhorar o condicionamento físico e cardiovascular, promover conforto, fortalecer grupos musculares tais como: assoalho pélvico, paravertebrais e abdominais, resultando na melhora da postura estática e dinâmica, incrementa o ritmo respiratório além de beneficiar uma rápida recuperação no pós-parto (MACHADO, 2006).

Diante das alterações posturais promovidas pela evolução do período gestacional, onde a mulher adota posturas compensatórias, oito em dez mulheres relatam como uma das queixas principais a lombalgia, conceituada por alguns autores como sendo toda dor e/ou rigidez,

localizada na região inferior do dorso situada entre o último arco costal e a prega glútea (FERREIRA, 2001; PITANGUI, 2008).

Algumas orientações devem ser seguidas para uma maior segurança da prática do método durante a gestação como, por exemplo, evitar que a gestante passe mais de três minutos em decúbito lateral direito, pois isso pode causar compressão na veia cava inferior e com isto, determinar um comprometimento circulatório (ENDACOTT, 2007). Sendo então utilizado a posição supino, havendo também diminuição dos impactos nas articulações de sustentação do corpo, principalmente na coluna vertebral, permitindo assim recuperação das estruturas musculares, articulares e ligamentares (KOLYNIAK, 2004).

Inúmeros sinais dificultam a rotina das mulheres grávidas, interferindo na qualidade de vida durante esse período. A restrição em executar as atividades de vida diária, as dores, retenção de líquidos e formação de edema nos membros, constituem em queixas mais comuns.

Geralmente no terceiro trimestre pernas e tornozelos apresentam edema, causado devido ao tamanho do útero na gestação, que por sua vez, comprime os vasos sanguíneos da região abdominal e do quadril, dificultando a circulação, provocando a retenção de líquidos e edema.

A Drenagem Linfática manual (DLM) foi certificada pela sociedade alemã de linfologia, na década de 70, tendo empregado diversas técnicas como parte do tratamento do linfedema de distintas etiologias. Sugere-se que a técnica possa ser uma opção terapêutica utilizada na prevenção e/ou no tratamento do edema gestacional baseando-se nos seus efeitos fisiológicos (MACHADO, 2012).

É uma técnica bastante utilizada pelos fisioterapeutas, pois tem se mostrado eficaz na diminuição do edema gestacional, ajuda a proporcionar à gestante mais conforto durante e após a gestação, sendo realizados movimentos leves e suaves, direcionando o excesso de líquido para os gânglios linfáticos para que haja a eliminação das toxinas e assim a melhora, de dores e inchaços e da circulação sanguínea.

É fundamental que seja realizada uma anamnese criteriosa, para que sejam coletados o histórico ginecológico, a queixa principal, os sinais vitais da paciente, o período gestacional, para que a conduta do fisioterapeuta seja adequada e sem maiores riscos, pois, no primeiro trimestre existem algumas restrições.

A influência da cinesioterapia na gravidez é de extrema importância, realizada com acompanhamento do fisioterapeuta, leva a grandes benefícios. A cinesioterapia visa minimizar e prevenir disfunções musculoesqueléticas, diminuir desconfortos e dores da gravidez, e também ajuda em problemas psicológicos tais como ansiedade, estresse e diminuição da percepção do controle, que podem interferir na gestação.

Os programas fisioterapêuticos são prescritos visando melhorar a força e as condições das estruturas de sustentação do corpo. Os exercícios aplicados (cinesioterapia - terapia por movimento - recurso amplamente difundido entre fisioterapeutas) ajudam na manutenção da postura, promovem adaptações biomecânicas eficientes e atuam na prevenção ou controle do estresse e das dores referidas nos segmentos lombar e pélvico (SOIFER, 2002).

Deve-se garantir que que a gestante não tenha contraindicações para realizar exercícios e que intensidade, duração e frequência inicial sejam menores a que estava acostumada antes da gravidez.

O American College of Obstetricians and Gynecologist, orienta a realização de exercícios para gestantes a partir de 12 semanas gestacionais a prática regular de exercícios, ao menos 30 min ao dia, pode promover inúmeros benefícios, incluindo a prevenção de diabetes gestacionais (COSTA, 2004).

Não existe nenhum tipo específico de exercício que deva ser recomendado durante a gravidez. A grávida que já se exercita deve manter a prática da mesma atividade que executava antes da gravidez, desde que os cuidados sejam respeitados. O exercício resistido pode fazer parte do programa desde que seja individualizado com cargas baixas e múltiplas repetições, evitando elevadas repetições de exercícios isométricos ou que interfiram na pressão arterial. Já os alongamentos são indispensáveis em qualquer programa de atividades, lembrando que por causa do relaxamento ligamentar durante a gestação devem-se respeitar os limites da amplitude de movimento (FERREIRA, 2011).

Exercícios resistidos de intensidade leve a moderada, alongamentos, e exercícios respiratórios, pode promover a melhora na resistência e flexibilidade muscular. Consequentemente, a mulher passa a suportar melhor o aumento de peso e atenua as alterações posturais decorrentes desse período. A atividade física aeróbica auxilia de forma significativa no controle do peso e na manutenção do condicionamento, além de reduzir riscos de diabetes gestacional.

Dentre os músculos sobrecarregados no período gestacional, os músculos do assoalho pélvico devem ser enfatizados, pois eles sustentam os órgãos pélvicos, o peso do feto e dos anexos embrionários. Os músculos do assoalho pélvico quando trabalhados pela fisioterapia, oferecem um apoio melhor ao útero e reduz a lombalgia, além de permitir uma recuperação melhor e muito mais rápida no pós-parto (POLDEN; MANTLE, 2005).

A Cinesioterapia do assoalho pélvico baseia-se no princípio de que contrações voluntarias aumentam a força muscular. É o único método que não possui contraindicação e pode ser realizado individualmente ou em grupo. Os objetivos do programa de exercícios são o aumento da força, da resistência muscular e da coordenação motora dos movimentos (BARACHO, 2007).

A função respiratória também é bastante afetada pela gravidez, como mencionada anteriormente, o crescimento do útero gera uma elevação na posição de repouso do diafragma e uma mudança na configuração do tórax, que se amplia no diâmetro anteroposterior. O ângulo subcostal aumenta e, consequentemente, a circunferência torácica também. Além disso, os músculos abdominais vão sendo submetidos a um extremo alongamento.

Durante o primeiro trimestre de gestação ocorre o aumento do volume minuto do volume corrente, ocasionando hiperventilação, portanto, pode explicar o número de queixas subjetivas de dispneia durante a gestação. Podem ocorrer ainda outras alterações, desde aumento da frequência respiratória e cansaço até situações mais severas, como insuficiência respiratória,

tendo consequências graves. Com isso, além de grave risco à saúde da gestante, pode haver também danos ao feto (PINTO, 2015).

As intervenções fisioterapêuticas incluem a reeducação respiratória, que deve ser adaptada para as diferentes fases deste período. Com o objetivo de compreender melhor as alterações funcionais respiratórias decorrentes da gestação (CAROMANO, 2006). Durante as atividades físicas podemos usar a respiração torácica, a respiração abdominal diafragmática e a respiração de bloqueio. A respiração torácica é utilizada somente para conscientização corporal e dos padrões respiratórios. Deve ser praticada com pouca intensidade e, se possível, intercalada com outro tipo de respiração (CONTI, 2003; CARRARA, 2000). A respiração abdominal diafragmática deve ser realizada constantemente, pois favorece a descida do diafragma, aliviando prisões de ventre, melhorando a oxigenação sanguínea e, principalmente, proporcionando um relaxamento total. A respiração de bloqueio somente deve ser praticada do início do quarto mês até o início do nono mês de gestação, com interrupção caso ocorram possíveis dilatações de colo ou contrações esporádicas (CONTI, 2003; CARRARA, 2000).

A prática de exercícios físicos por gestantes é bastante incentivada nos dias atuais por vários profissionais da área da saúde, trata se de um grupo especial e existem contraindicações a respeito da prática de atividade física regular durante o período gestacional. Deve-se atentar para as seguintes condições que contraindicam absoluta ou relativamente à realização de exercícios e deve ser interrompido aos sinais de alerta como sangramento, cefaleia, tontura, dor no peito, dispneia entre outros (LATERZA; RONDON; NEGRÃO, 2007).

A eletroterapia é uma das modalidades terapêutica, que proporciona ao fisioterapeuta a possibilidade da utilização de correntes elétricas de baixa e média frequência, com finalidade terapêuticas, tanto analgésicos como excitomotoras (PINHEIRO, 2009).

Dentre os diversos aparelhos utilizados na eletroterapia, pode-se destacar: a corrente galvânica, correntes diadinâmicas de Bernard, estimulação elétrica transcutânea (TENS), corrente russa, ultrassom terapêutico, corrente interferencial vetorial, diatermia por ondas curtas, diatermia por micro-ondas, laserterapia de baixa intensidade. Dos aparelhos referidos o TENS, é o mais indicado durante o período gestacional, embora seja contraindicada no primeiro trimestre principalmente sobre o útero (KITCHEN, 2003 e PINHEIRO, 2009).

O TENS é uma técnica analgésica simples e não invasiva usada extensamente por fisioterapeutas. É um dos recursos utilizados pelo fisioterapeuta, principalmente na dor lombar durante a gestação e na altura do parto para o alívio da dor. O TENS pode dar uma analgesia adicional suficiente, que ajude a mulher lidar com as contrações sem drogas. Ele pode ajudar a enfrentar o começo da fase latente da primeira etapa do parto, ou com contrações induzidas por prostaglandinas (POLDEN; MANTLE, 2000).

Outro recurso que vem sendo utilizado na eletroterapia é a laserterapia, para as puérperas que realizaram parto cesariana, o Laser pode ser utilizado para potencializar a rápida cicatrização da lesão cirúrgica e, ainda, evitar a cicatrização hipertrófica. Além disso, pode ser utilizada para tratamento das fissuras de amamentação. Essas lesões, muitas vezes, inviabilizam a

amamentação e, com isso, prejudicam o desenvolvimento do bebê. O Laser para as fissuras de amamentação promove alívio imediato da dor, sendo o tempo de tratamento muito menor, quando comparado aos tratamentos convencionais (DUTRA, 2019).

Conclusão: Apesar dos altos níveis de evidência científica que respaldam a atuação da Fisioterapia em Saúde da Mulher e da alta prevalência dos problemas que a Fisioterapia pode prevenir e tratar, enfrentam-se as dificuldades inerentes escassez de recursos e de informações para o grande público. Sendo assim percebemos que altos níveis de evidência científica alcançados na área não têm sido acompanhados de um acesso equitativo da população feminina aos benefícios, especialmente na Atenção Básica à Saúde. A procura pela assistência fisioterapêutica na área está diretamente ligada ao registro da demanda do território sob a responsabilidade da equipe na qual o fisioterapeuta faz parte e, também, a divulgação do potencial do fisioterapeuta generalista e especialista para atuar na Atenção Básica oferecendo alta resolubilidade, com uma vasta gama de recursos e em diversos problemas que afetam a saúde da mulher, principalmente nos períodos gestacional e puerperal.

Referências

BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARROS, S. M. O. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Editora Manole. São Paulo, 2006.

BAVARESCO, et al,. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 3259-3266, 2011.

BIM, C. R; PEREGO, A. L; PIRES, H. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. Iniciação Científica Cesumar, vol. 04, n. 01, p. 57-61, mar-jul, 2002.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

CAROMANO, F. et. al. Mobilidade torácica e pressões respiratórias máximas durante a gestação. Fisioter. Bras ; 7(1): 05-07, jan.-fev. 2006.

CARRARA, H.H. A., DUARTE G. Semiologia obstétrica. Medicina, Ribeirão Preto, 29:88-103, jan./mar. 2000.

CASSAR, M. Manual de massagem terapêutica. 1ª Ed: São Paulo: Manole, 2001.

CAVALCANTE et al. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. Rio de Janeiro, 2011.

CONTI et al. Efeito de Técnicas Fisioterápicas sobre os Desconfortos musculoesqueléticos da gestação. São Paulo, 2003.

COSTA, Allan J.S. Musculação na gravidez. Revista Virtual EF artigos, Natal-RN, v.2, n.7, agosto de 2004.

DUTRA, et al. Terapias não farmacológicas para analgesia no pós-parto: uma revisão sistemática. BrJP, São Paulo , v. 2, n. 1, p. 72-80, Mar. 2019.

ENDACOTT, J. PILATES para grávidas. 1ed. Editora: Manole. São Paulo: Barueri, 2007.

FERREIRA, C.H.J; CARVALHO, C.R.F; TANAKA C., Fisioterapia na saúde da mulher: Teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, C. H. J; NAKANO A. M. S.; Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2001.

FREITAS, et al,. Atuação da fisioterapia no parto humanizado. DêCiência em Foco, v. 1, n. 1, 2017.

HENRIQUES, S. H. F. Fisioterapia na incontinência urinária no pós-parto. Fisioterapia Brasil, v. 8, n. 4, p. 288-293, 2018.

KITCHEN, S. Eletroterapia: prática baseada em evidências, 11ª ed., Brasil, Editora Manole Ltda. 2003.

KOLYNIAK, I.E.G.; CAVALCANTI, S.M.B.; AOKI, M.S. Avaliação isocinética da musculatura envolvida na flexão e extensão do tronco: efeito do método Pilates. Rev Bras Med Esporte v.10 n.6 Niterói nov./dez. 2004.

LATERZA, M. C. RONDON, M. U. P. B. NEGRÃO, C. E. Efeito anti-hipertensivo do exercício. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 14, n. 2, p. 104-111, 2007.

MACHADO, A. F. P. et al. Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: revisão de literatura. Ter Man. 2012.

MACHADO, C.A.N.R; Efeitos de uma abordagem fisioterapêutica baseada no método Pilates, para pacientes com diagnóstico de lombalgia, durante a gestação. Rev.Fisioterapia Brasil; Vo. VII, no5. 2006.

MORARI-CASSOL, E.G. et al. Desconforto musculoesquelético no pós-parto e amamentação. Fisioterapia Brasil vol 9 n.1.2008.

PINHEIRO, G. B. Introdução a fisioterapia. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A. 2009.

PINTO, Anaelisa Venâncio Antunes et al. Avaliação da mecânica respiratória em gestantes. Fisioter. Pesqui., São Paulo , v. 22, n. 4, p. 348-354, Dec. 2015.

PITANGUI, A.C, Ferreira H.M. Avaliação fisioterapêutica e tratamento da lombalgia gestacional. Fisioter Mov. 2008.

POLDEN, M.; MANTLE, J. Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo, 2000.

POLDEN, M.; MANTLE, J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. São Paulo, 2005.SOIFER, R. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo, 2004.

Capítulo 17

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ALEITAMENTO MATERNO, DESMAME PRECOCE E SEUS PRINCIPAIS INFLUENCIADORES

Aline Mirely Nunes dos Santos Silva[1]

RESUMO: O trabalho refere-se à atuação do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família sobre o aleitamento materno e os principais influenciadores do desmame precoce do Recém Nascido. Os objetivos do trabalho envolvem conhecer na literatura a temática abordada, apontar as principais vantagens do aleitamento materno para o recém-nascido e os principais influenciadores do desmame precoce. O trabalho baseia-se na metodologia de revisão da literatura a partir de materiais já publicados em periódicos no período de 2015 a 2020. O aleitamento materno é a forma mais eficiente de alimentação no início da vida humana, importante para saúde do recém-nascido. O desmame precoce está relacionado a vários fatores, como socioculturais, características anatomorfisiológicas, e aos desafios encontrados no processo de amamentação. A capacitação dos profissionais de saúde e de enfermagem sobre o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento de práticas efetivas sobre a temática.
Palavras-chave: Aleitamento materno; desmame precoce; Saúde da Família; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: The work refers to the role of the Nurse in the Family Health Strategy on breastfeeding and the main influencers of early weaning of the Newborn. The objectives of the work involve getting to know the topic addressed in the literature, pointing out the main advantages of breastfeeding for the newborn and reflecting the main influencers of early weaning. The work is based on the literature review methodology based on materials already published in journals from 2015 to 2020. Breastfeeding is the most efficient form of feeding at the beginning of human life, important for the health of the newborn. Early weaning is related to several factors, such as socio-cultural, anatomophysiological characteristics, and the challenges encountered in the breastfeeding process. The training of health and nursing professionals on breastfeeding contributes to the development of effective practices on the subject.
Keywords: Breastfeeding; Darly weaning; Family Health; Family Health Strategy.

Introdução

Diversos estudos apontam os inúmeros benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-bebê. Estima-se que pode prevenir 20.000 mortes ao ano de mulheres vítimas de câncer de mama e também evitar 823.000 mortes a cada ano de crianças menores de cinco anos em todo o mundo (Moraes, et al, 2016). O aleitamento materno é o meio mais natural de construção de vínculo, afeto, proteção e nutrição, e ainda consiste uma forma mais sensível, econômica e importante intervenção na redução da morbimortalidade infantil (Brasil, 2009).

Em relação ao mundo e ao Brasil, percebe-se através de dados estatísticos que as taxas de mortalidade nas crianças expressam disparidades socioeconômicas e ambientais que ainda dificultam o acesso da população a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo assim, representa um dos melhores indicadores do nível de vida e bem estar social da população (Batista, Cruz; 2015 apud Sanders et al, 2017).

[1] Enfermeira pelo Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira. Especialista em Saúde da Família Latu Sensu pela Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Pós Graduanda Enfermagem em UTI Latu Sensu pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). – Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: alinemirelyenf@gmail.com.

Nessa perspectiva, são objetivos desse trabalho conhecer na literatura a atuação do enfermeiro na ESF e o acompanhamento do aleitamento materno, apontar as principais vantagens do aleitamento materno para o RN os principais influenciadores do desmame precoce.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017, cabe ao enfermeiro como atribuição específica realizar atenção à saúde aos indivíduos e família, consulta de enfermagem, acolher e ter escuta qualificada, dentre outras atribuições na política. Desse modo, pode-se considerar o papel importante no acompanhamento do binômio mãe-bebê e principalmente no estímulo ao aleitamento materno, nessa perspectiva justifica-se a relevância de revisar na literatura a temática e ressaltar o papel do enfermeiro em relação ao aleitamento materno e saúde da família.

Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos utilizou-se o recurso metodológico de revisão bibliográfica, a partir de materiais já publicados em periódicos da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), National Library of Medicine (PUBMED) e Scientific Eletrônic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de 2015 a 2020. Foram incluídos nesse estudo artigo que apresentassem descritores como: aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, desmame precoce, cuidado de enfermagem, saúde da família, estratégia de saúde da família, atenção básica, suas combinações e variações em inglês. Também foram incluídos artigos no idioma inglês para aumentar o referencial teórico. Foram excluídos da pesquisa artigo publicados no período antes de 2015, exceto os manuais do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde devido sua relevância diante do estudo.

Resultados e discussão

A capacidade de amamentar é comum a todas as mulheres, ás vezes até produzem mais leite do que o bebê necessita, porém, existem fatores socioeconômicos, culturais e individuais que podem interferir no processo natural da produção de leite e na amamentação (Brasil, 2015), havendo a necessidade de outras fontes de aporte nutricional (Silva, et al, 2020). Apesar dos inúmeros benefícios conhecidos no mundo do leite materno apenas 40% dos RNs são mantidos em aleitamento de forma exclusiva até seis meses de vida (UNICEF, WHO, 2018).

- O Enfermeiro na Saúde da Família e o acompanhamento no aleitamento materno

A Estratégia de Saúde da Família, é uma estratégia entendida como prioritária na ampliação, qualificação e consolidação Atenção Básica por meio da PNAB. Nesse contexto a atenção básica na qual está inserida a ESF, tem características de ter o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial do usuários e principal porta de entrada, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização,

equidade e participação social, considera o sujeito em sua singularidade e buscando produzir um cuidado integral (Brasil, 2012).

A ESF se configura como um modelo de atenção dos serviços de saúde, cuja a família está no centro da atenção, o que insere um novo olhar no processo de intervenção e também no processo de prevenção (Bandeira, et al, 2020). Conforme a PNAB 2017 o enfermeiro tem atribuições específicas na atenção básica como realizar atenção a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, quando indicado ou necessário no domicilio em todas as fases do desenvolvimento humano, infância, cujos recém nascidos estão incluídos nesse leque assistencial, e também na adolescência, adulta e terceira idade.

Além disso, a ESF vem se fortalecendo como um dos eixos estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), através da expansão da cobertura populacional melhorando o acesso da população as ações e serviços de saúde, nessa perspectiva destacam-se as políticas a seguir O Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto Pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica como ferramentas para somar no fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS (Brasil, 2009). Também com a criação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 1.130, em 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) cujo objetivo é de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno (Brasil, 2015).

A Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) é uma linha de cuidado preconizada dentro da “Agenda de Compromissos Para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” do Ministério da Saúde, devido a necessidade de acompanhamento do Recém Nascido e da puérpera, com a finalidade de acompanhar as condições de saúde do binômio (Brasil, 2004). Considera-se que o enfermeiro é o profissional que está na linha de frente de assistência prestada a essa população, na qual seu conhecimento técnico e científico influencia na prevenção e promoção da saúde do RN (Lucena et al, 2017).

Ademais, o profissional de enfermagem na atenção integral as nutrizes têm papel importante no acolhimento, na atenção centrada no usuário e em dimensões de sua vida, no fortalecimento do vínculo com binômio mãe-bebê, permitindo aprimorar o conhecimento e a compreensão da dinâmica do aleitamento materno e os seus determinantes (Leal et, 2016).

- Aleitamento Materno e suas principais vantagens para o RN

A amamentação passou por diversas influencias sociais e culturais em relação a cada época, costumes de cada momento histórico, porém, a determinação concreta de seus benefícios fora constatada na literatura há mais de 50 anos (Cavalcanti, 2015).

A forma mais eficiente de alimentação no início da vida humana é a amamentação, é bastante importante para a saúde e bem estar do recém-nascido e da criança, para a mãe e também para a família, devido aos inúmeros benefícios desse método. Ressalta-se que na literatura é explorada a amamentação como forma de proteção contra síndrome da morte súbita em lactente, diabetes, alergias gastrintestinais, respiratórias e cutâneas, incluindo asma e rinite, mesmo em países desenvolvidos (Nardi et al, 2020).

Percebe-se que crianças amamentadas adoecem menos e também apresentam menos necessidade de atendimento médico, hospitalizações e medicamentos (Giugliani, 2000 apud Nardi et al, 2020). Também apresenta benefícios a longo prazo para crianças e, além disso, benefícios para a saúde da mãe (Victora et al,éa 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) 2011, recomenda o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de idade e aleitamento materno complementar com a inserção de outros alimentos por dois anos ou mais.

No AME a criança recebe somente o leite materno, seja ele direto da mama ou ordenhado, ou ainda os casos que necessitam de leite humano de outra fonte, sem acréscimo de outros componentes alimentares líquidos ou sólidos, porém com a exceção de xaropes com vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos ou medicamentos. Já o aleitamento materno complementado a criança recebe além do leite materno outros alimentos sólidos ou semissólidos não com a intenção de substituir o AME, mas sim para complementá-lo (Brasil, 2009 a).

O leite materno tem uma forma biodisponível de fácil digestão com proporção apropriada de nutrientes fornecidos ao lactante, ofertando também proteção contra doenças e enfermidades em fatores imunológicos e anti-inflamatórios, auxilia no desenvolvimento psíquico, motor e cognitivo (Taveiro et al, 2020). Ele dispensa outras formas de alimentação, exceto em casos específicos, por ser um alimento completo com todos os macros, micronutrientes essenciais para o bebê até seis meses de idade de forma exclusiva (Brasil, 2009 b).

Rego 2001, acrescenta que segundos estudos o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de vida além dos benefícios já citados previne doenças diarreicas e outras doenças do trato gastrointestinal, infecções respiratórias, doenças bacterianas, infecções do sistema urinário, alergias, infecções hospitalares, melhora o padrão cardiorrespiratório durante a amamentação, melhora a resposta às imunizações e proteção contra as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs).

Apesar dos diversos estudos científicos sobre as vantagens do aleitamento materno em relação as outras formas de alimentação para criança, e apesar do emprenho em reafirmar a importância dessa prática as taxas de aleitamento materno no Brasil, principalmente o AME, são abaixo do recomendado nacionalmente e internacionalmente (Brasil, 2009 b).

- Desmame precoce e seus principais influenciadores

Apesar dos incontestáveis benefícios do aleitamento materno, tanto para mãe, quanto para o bebê, ainda é frequência a interrupção no período anterior ao recomendado (Victora et al, 2016).

O desmame precoce está relacionado aos fatores socioculturais, aspectos específicos da mulher, características anatomorfisiológicas, e também, aos desafios encontrados no manejo durante o processo de amamentação, dentro outros fatores. Uma das maneiras fundamentais de identificar problemas durante a amamentação é a observação e acompanhamento da mamada, além de possibilitar intervenções clínicas e educativas de acordo com os autores Sanches, 2011, Coca, 2009, Carvalhaes, 2003 citados por Sartório, 2017.

Os traumas de mamilos representam grande relevância no desmame precoce, decorrente do posicionamento e pega inadequada, causando dor durante o processo. A pega adequada, ou boa pega, é caracterizada pela apertura da boca do bebê abocanhando grande parte da aréola, não apenas o mamilo, permitindo a formação de um vácuo importante para que o mamilo e aréola se mantem no interior da boca do RN (Brasil, 2015).

Sabe-se que as taxas de AME no Brasil são baixas, necessitando de estratégias voltadas para essa prática, com intuito de sensibilização, dessa forma, ressalta-se que o desmame precoce pode estar relacionado a atuação dos profissionais de forma inadequada, aflição pela situação, em especial quando se trata de nutrizes em idades específicas, como por exemplo adolescentes (Leal et al, 2016).

Ferreira, 2018 destaca que no primeiro momento da amamentação pode haver dificuldades por falta de orientações e apoio profissional. Um estudo descritivo realizado sobre a orientação dos profissionais de saúde quanto ao aleitamento materno e o olhar das puérperas em uma maternidade de alto risco no estado de Sergipe revelou que apesar do alto número de mulheres que fizeram o pré-natal, há uma grande maioria que não receberam informações de profissionais da saúde quanto ao aleitamento materno (Santana, Mendonça, Chaves, 2019).

No Guia Prático de Atualização, 2017, sobre doenças infecciosas e amamentação, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ressalta a importância de esclarecer as nutrizes sobre a presença de infecções maternas para evitar o desmame precoce ou a introdução de suplementos para substituição da amamentação desnecessariamente. Acrescenta que algumas infecções como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia necessita de interrupção de forma temporária da amamentação por um período de 24 a 96 horas após o uso de terapia antimicrobiana e sinais de melhora.

Vale salientar a indispensabilidade do desenvolvimento de ações de promoção do aleitamento materno, pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, e também de organizações não governamentais, visto que apesar de ser um tema bastante estudo e publicado em trabalhos científicos, no Brasil ainda está abaixo das metas preconizadas pelos órgãos internacionais, referindo a situação progressiva do desmame precoce (Leal et al, 2016).

Considerações Finais

Tendo em vista os aspectos observados, a falta de informações e apoio profissional mostrou-se como fator provocador para o desmame precoce, assim como traumas mamilares, dor durante a amamentação devido ao mesmo, falta de informações sobre infecções maternas, fatores socioculturais, as características anatomorfisiológicas, e também, desafios encontrados no manejo durante o processo de amamentação.

Por isso, uma forma de contribuir com os profissionais de saúde em suas práticas direcionadas ao aleitamento materno é através da investigação dos fatores associados a interrupção do AME e o incentivo do mesmo (Moraes, 2016). Além do mais é de extrema

importância reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, de forma a valorizá-la, escutá-la e empoderá-la (Brasil, 2009 a).

Então a promoção da saúde e a capacitação dos profissionais de saúde e de enfermagem no âmbito da atenção básica, em ênfase naqueles que atuam na ESF, sobre aleitamento materno, para que através da assistência a essas mulheres e seus recém nascidos possam desenvolver e executar metodologias pedagógicas mais efetivas voltadas as necessidades de cada público, de forma singular valorizando seus valores culturais e individuais (Brasil, 2016).

O enfermeiro na ESF é de essencial empenho no trabalho voltado a valorizar boas práticas de promoção da saúde e do aleitamento materno, valorizando hábitos positivos e esclarecendo dúvidas sobre o processo, essas que podem trazer possíveis prejuízos ao RN, sem excluir a sabedoria popular valorizado pela comunidade. É fundamental compartilhar segurança, informações precisas e bem direcionadas sobre a promoção do aleitamento materno durante a consulta de enfermagem, aconselhamento pré-concepcional, no pré-natal e puerpério (Costa et al, 2019).

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da saúde.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 11-2. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 23).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

Cavalcanti SH, Caminha MFC, Figueiroa JN, Serva VMSBD, Cruz RSBLC, Lira PIC, et al. Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of Pernambuco, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(1):208-19. doi: https://doi.org/10.1590/1980- 5497201500010016.

Costa FS, Silva JLL, Machado EA, Soares LM, Brezolin CA, João, VLS. Promoção do aleitamento materno no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Revista Rede de Cuidados em Saúde. V. 13, n. 1 de jul (2019). ISSN – 1982-6451.

Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. Cien & Saude Colet. 2018; 23(3):683-690. Doi: 10.1590/1413-81232018233.06262016.

LEAL, C.C.G. *et al*. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. *Ciencia y enfermeria*., v. 22, n.6, p.97-106, 2016.

Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0068.

Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e2016-0044.doi: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044.

Nardi AL, Frankenberg ADV, Franzosi OS, Santo LCE. Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1445-1462, 2020.

Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo. Editora Atheneu. 2001. 518p.

Sartorio BT, Coca KP, Marcacine KO, Abuchaim, ESV, Abrão ACFV. Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e64675. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64675.

Sanders LSC, Pinto FJM, Medeiros CRB, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 83-89.

Santana SCG, Mendonça ACR, Chaves JNO. Orientação Profissional Quanto Ao Aleitamento Materno: O Olhar Das Puérperas Em Uma Maternidade De Alto Risco No Estado De Sergipe. **Enferm. Foco** 2019; 10 (1): 134-139.

Silva RKS, Moura MSS, Carvalho ML, Braz ZR, Moura NS, Mendes NA, Rodrigues MTP; Deseo de donar leche: relación con las características maternas. Av Enferm. 2020;38(2): 216-225. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.8283

Taveiro EAN, Vianna EYS, Pandolfi MM, Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo em Bebês de 0 a 6 Meses Nascidos em um Hospital e Maternidade do Município de São Paulo. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 24 Número 1 Páginas 71-82 2020 ISSN 1415-2177. DOI 10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n1.4447.

UNICEF, WHO. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018.

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.The Lancet. 2016;387(10017):475- 90. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. Genebra: WHO; 2001.

Capítulo 18

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS DE UM A QUATRO ANOS DE UMA CRECHE NO INTERIOR DE SÃO PAULO: UM ESTUDO LONGITUDINAL

GROWTH AND NEUROPSYCHOMOTOR EVALUATION IN ONE TO FOUR YEARS CHILDREN OF A DAYCARE CENTER IN SÃO PAULO'S COUNTRYSIDE: A LONGITUDINAL STUDY

Daniella de Carvalho Antonelli[1]
Ana Luísa Costa Pinheiro[2]
Maria José Caetano Ferreira Damaceno [3]
Lilian Dias dos Santos Alves [4]

RESUMO: O crescimento e o desenvolvimento são influenciados por fatores intrínsecos e extrínsecos. Objetivou-se a avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um a quatro anos, através de estudo descritivo com delineamento longitudinal desenvolvido em uma creche no interior de São Paulo. Para avalição do crescimento mensurou-se peso, comprimento, estatura, índice de massa corporal e perímetro cefálico. Aplicou-se o Teste de Denver II quanto ao desenvolvimento. Sobre o crescimento, evidenciou-se que 9,1% dos pré-escolares demonstraram peso baixo para idade, e 18,2% obesidade. Sobre o desenvolvimento, demonstrou-se que 55,6% dos lactentes estavam em atraso na linguagem, enquanto 44,4% dos lactentes e 21,2% do pré-escolares estavam em atraso no desenvolvimento pessoal-social; 18,2% classificaram-se como cautela quanto ao desenvolvimento motor-fino e 9,1% em atraso no motor-grosso. Esses resultados são associados à falta de estímulo e à presença de estressores ambientais. Sugerem-se atividades de estímulo físico e cognitivo, assegurando bom crescimento e desenvolvimento.
Palavras-chave: Crescimento; Desenvolvimento; Saúde Da Criança

ABSTRACT: Growth and development are influenced by intrinsic and extrinsic factors. The objective was to evaluate the neuropsychomotor growth and development of children from one to four years old, through an analytical and descriptive study with the longitudinal design developed in a daycare center in São Paulo's countryside. Growth was evaluated by weight, length, height, body mass index and head circumference. Development was assessed by Denver II Test. Growth-related data showed that 9.1% of preschoolers were underweight and 18.2% were obese. In contrast, developmental results showed that 55.6% of infants had language impairment, while 44.4% of infants and 21.2% of preschoolers were delayed in social-social development; 18.2% were classified as cautious regarding fine motor development and 9.1% as delayed in gross motor development. These results are associated with the lack of stimulation and the presence of environmental stressors. Physical and cognitive stimulation activities are suggested ensuring good growth and development.
Key-words: Child Health; Development; Growth

Introdução

Sabe-se que o crescimento é um dos principais indicadores de saúde infantil (GONÇALVES, et al., 2012). Este é constantemente influenciado por fatores intrínsecos, como a herança genética, e os extrínsecos, tais como os nutricionais e sociais (MOLINI-AVEJONAS, et al., 2018).

[1] Graduanda em Medicina pela Fundação Educacional do Município de Assis. E-mail: analu1999@hotmail.com
[2] Graduanda em Medicina pela Fundação Educacional do Município de Assis. E-mail: daniella.antonelli@hotmail.com
[3] Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA. Mestre em Saúde e Envelhecimento pela FAMEMA. E-mail: marin.mjcf@hotmail.com
[4] Graduação Enfermagem Faculdade de Medicina de Marília- FAMEMA. Doutora em Saúde Coletiva pela UNESP Botucatu. Email: lili_soprano@hotmail.com

O período de zero a 24 meses da vida infantil é crítico, tendo em vista que nele está a fase com maior taxa de crescimento e a grande exposição aos fatores extrínsecos. Sendo assim, a nutrição adequada do lactente exerce grande importância para o crescimento, para a maturação e manutenção de funções corporais, além de prevenir doenças (FONSECA, *et al*., 2017).

De acordo com Ximenes *et al.* (2019), o acesso a situações adversas na infância e sua influência na vida adulta é considerado um problema de saúde pública. Estas condições, que incluem, por exemplo, os diversos tipos de disfunções familiares, são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas, cardiovasculares e metabólicas. (SCHMIDT, *et al*., 2019).

Durante os seis primeiros anos, as crianças aprendem muitas habilidades linguísticas e cognitivas importantes que são os pilares necessários para o sucesso escolar. É nesse período que a arquitetura cerebral se forma a partir da interação dos genética com fatores ambientais (SARGIANI; MALUF, 2018).

O Sistema Único de Saúde tem aperfeiçoado o acesso à Atenção Primária à Saúde, contribuindo para o Brasil atingir o quarto objetivo da primeira Meta de Desenvolvimento do Milênio, que é a redução da mortalidade infantil (KLEINERT; HORTON, 2011).

Ao proporcionar experiências sociais e cognitivas de qualidade, os programas de educação pré-escolar podem fomentar o desenvolvimento infantil e complementar as experiências recebidas em casa com a família. No Brasil, as práticas de Educação Infantil têm historicamente evoluído a partir de um modelo assistencialista, de apenas fornecer cuidados básicos como a higiene, segurança e alimentação, pouco fundamentado em métodos sistemáticos de ensino (SARGIANI; MALUF, 2018).

Desta forma, compreende-se que para o alcance desta meta é importante um adequado crescimento e desenvolvimento, sendo a vigilância de fundamental importância. Assim, é importante que o profissional de saúde, juntamente à família e à comunidade, faça a vigilância do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2017).

Para o acompanhamento da criança são necessárias ações conjuntas de familiares, equipe dos serviços de saúde e profissionais de escolas infantis/ creches.

A literatura evidencia que a avaliação única do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor possui limitações, sendo necessárias avaliações repetidas para este processo. Desta forma, há maior sensibilidade e especificidade quando esta é feita de maneira contínua e longitudinal. Tendo isso em vista, percebeu-se a necessidade de um acompanhamento contínuo destas crianças (OLIVEIRA, 2018).

À luz do exposto, os estudantes observaram a necessidade de realizar um estudo longitudinal do crescimento e do desenvolvimento de crianças de uma determinada creche no município de Assis – SP.

Portanto, o presente estudo objetivou a avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um a quatro anos durante período de um ano, considerando os dados do projeto prévio realizado em 2018 com o mesmo público-alvo, fazendo a análise da

prevalência dos fatores de risco e proteção que podem influenciar no processo de crescimento e desenvolvimento destas crianças.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento longitudinal que foi desenvolvido em uma creche no interior de São Paulo, em uma área de vulnerabilidade, tendo como público alvo crianças de 1 a 4 anos. A creche atende ao todo 65 infantes, sendo que dessa população 42 crianças foram avaliadas. Houve perda do número de participantes, visto que alguns alunos foram transferidos para outras instituições e alguns desistiram de frequentar a creche.

Adotaram-se como critérios de exclusão da amostragem crianças portadoras de deficiências físicas ou ausentes durante todos os dias de avaliação. A coleta de dados aconteceu no período agosto a outubro de 2019, sendo realizada em 7 dias.

Para avaliação do crescimento foi mensurado o peso (g), comprimento e estatura (cm), o índice de massa corporal (IMC) e perímetro cefálico (cm) das crianças, tendo-se como referência as Curvas de Crescimento da OMS (WHO, 2006; 2007). Os dados coletados foram analisados no gráfico de crescimento e avaliados segundo adequação para a idade, sexo e escore z.

Aplicou-se o Teste de Denver II para avaliar o desenvolvimento, adequando-se a quantidade de itens a faixa etária de um a quatro anos. Este instrumento é capaz de avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de zero a seis anos de idade, sendo composto por 125 itens representados por tarefas organizadas em quatro áreas: a conduta “Pessoal-Social” que compreende aspectos da socialização da criança; a conduta “Motor Fino-Adaptativo” que inclui coordenação olho/mão; a do “Motor Grosso” diz respeito ao controle motor corporal, e a conduta da “Linguagem” que envolve a capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem (PINTO, 2017). Os materiais utilizados para sua execução do teste de Denver II foram boneca, mamadeira, cubos coloridos, bola, imagens ilustrativas, caneta e folha de papel.

Os resultados obtidos foram classificados em adequado, quando a criança executa a atividade prevista para a idade ou não executa uma atividade realizada por menos de 75% das crianças da mesma idade; cautela, quando a criança não executa ou se recusa a realizar atividade que já é feita por 75 a 90% das crianças daquela idade; atraso, quando a criança não executa a atividade que já é executada por mais de 90% das crianças que têm sua idade.

De acordo com Pinto (2017), a interpretação do teste, baseou-se nos resultados obtidos dos itens da conduta “Motor Fino-Adaptativo”; conduta do “Motor Grosso”, e a conduta da “Linguagem”, que permite classificar o teste como adequado, quando a criança não apresentou nenhum “atraso” ou um “cuidado” no máximo; cautela, quando apresentou dois ou mais “cuidados” e/ou um ou mais “atrasos”; não testável, quando “recusou-se” a realizar a atividade em um ou mais itens com a linha da idade.

Os pais ou responsáveis responderam a um questionário auto aplicado com a finalidade identificar a prevalência de fatores de risco e proteção que estejam relacionados com o crescimento e desenvolvimento infantil. O questionário foi composto por 16 questões, contendo

informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos da gestação, acompanhamento do pré-natal, condições de nascimento, aleitamento materno e diagnóstico de doenças.

Acerca da análise de dados, os resultados foram avaliados a partir da aplicação do formulário, que foram inicialmente descritos em termos de variáveis quantitativas discretas e contínuas. Foi realizada análise descritiva construindo, para as variáveis quantitativas, tabelas com médias e desvio-padrão, se distribuição normal, ou mediana e percentil 25 e75, se distribuição não normal. Para as variáveis qualitativas foram confeccionadas tabelas com as distribuições de frequências e percentagens.

Os dados foram processados e analisados através do programa estatístico SPSS versão 20.0.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, parecer nº: 3.361.854, respeitando procedimentos previstos na Resolução 446/2013 do Conselho Nacional de Saúde, 3.361.854. Os responsáveis pelas crianças que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - após serem informados sobre a intenção, objetivos da pesquisa e forma como se daria a participação destas.

É importante ressaltar ainda que, para o início do desenvolvimento do estudo na creche, foi solicitada autorização na Secretaria Municipal de Educação de Assis.

Resultados

Do universo de 65 crianças, 42 foram consideradas elegíveis para o estudo; de maneira que 17 foram excluídas por não possuírem o TCLE e 2 por faltarem nos dias de coleta. Nenhuma das 42 crianças avaliadas era portadora de deficiências físicas. Em 2018, o estudo compreendeu o público de 51 crianças, sendo 24 (47,1%) do sexo feminino e 27 (52,9%) do sexo masculino.

Dos 9 lactentes avaliados em 2019, 6 (66,7%) eram do sexo feminino e 3 (33,3%), do sexo masculino. Enquanto dos 33 pré-escolares avaliados, 17 (51,5%) eram do sexo feminino e 16 (48,5%), do masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência das características demográficas de 42 crianças de um a quatro anos de uma creche no interior de São Paulo. Assis/SP, Brasil. 2019.

Variável	**Média (DP)**	
	Lactente	**Pré-escolar**
Idade	21,55(+2,06)	35,66 (+6,40)
Variável	**N (%)**	**N (%)**
	Lactente	**Pré-escolar**
Faixa etária	9 (21,41)	33 (78,57)
Sexo	-	-
Feminino	6 (66,7)	17(51,5)
Masculino	3 (33,3)	27 (81,8)

Em relação ao desenvolvimento pessoal social, apenas 1 (11,1%) dos 9 lactentes classificou-se como adequado, 3 (33,3%) como cautela, 4 (44,4%) como atraso e 1 (11,1%) foi considerado intestável. Quanto aos pré-escolares, 22 (66,7%) encaixavam-se como adequados, 5

(15,2%) como cautela, 2 (6,1%) como atraso, 2 (6,1%) como intestáveis e 2 (6,1%) faltaram. Em 2018, os dados encontrados referentes ao desenvolvimento pessoal-social dos infantes foram: 32 (62,7%) foram classificados como adequado, 5 (9,8%) como cautela e 7 (13,7%) atraso.

A respeito da linguagem, 1 (11,1%) lactente estava adequado, 1 (11,1%) em cautela, 5 (55,6%) em atraso e 2 (22,2%) como intestáveis. Os pré-escolares classificaram-se como: 20 (60,6%) eram adequados, 1 (3,0%) como cautela, 7 (21,2%) como atraso, 3 (9,1%) como intestáveis e 3 (6,1%) não compareceu à avaliação. Em 2018 lactentes e pré-escolares, classificaram-se: 23 (45,1%) como adequado, 14 (27,5%) como cautela e 7 (13,7%) como atraso.

Quanto ao desenvolvimento motor-fino, 4 (44,4%) lactentes foram classificados como adequados, 2 (22,2%) como cautela, 1 (11,1%) como atraso e 2 (22,2%) como intestáveis. Sobre os pré-escolares, 21 (63,6%) enquadravam-se como adequados, 6 (18,2%) como cautela, 2 (6,1%) como atraso, 2 (6,1%) como intestáveis e 2 (6,1%) faltaram nos dias de avaliação. Em 2018 a respeito do desenvolvimento motor-fino, 37 (72,5%) enquadraram-se como adequados, 5 (9,8%) como cautela e 2 (3,9%) como atraso.

O levantamento do desenvolvimento motor-grosso, 6 (66,7%) dos lactentes eram adequados, 3 (11,1%) atraso e 2 (22,2%) intestáveis. Os pré-escolares foram classificados como: 22 (66,7%) adequado, 3 (6,1%) cautela, 3 (9,1%) atraso, 4 (12,1%) intestáveis e 2 (6,1%) faltosos. Em 2018, 41 (80,4%) das crianças apresentaram desenvolvimento adequado, 2 (3,9%) apresentaram cautela e 3 (5,9%) atraso

Com relação aos dados avaliados referentes ao crescimento, 8 (88,9%) dos lactentes estavam com o peso adequado e 1 (11,1%) não compareceu nos dias de avaliação. Enquanto 28 (84,8%) dos pré-escolares estavam com peso adequado, 3 (9,1%) baixo para idade, 1 (3,0%) muito baixo para idade e 1 (3,0%) não compareceu à avaliação. A respeito da avaliação da altura, 7 (77,8%) dos lactentes eram adequados, 1 (11,1%) elevado para idade e 1 (11,1%) não compareceu na avaliação. Dos pré-escolares, 30 (90,9%) estavam com a altura adequada, 1 (3,0%) muito baixo para a idade, 1 (3,0%) elevado para a idade e 1 (3,0%) faltou na avaliação. Com relação ao perímetro cefálico, 4 (44,4%) dos lactentes estavam adequados, 3 (33,3%) muito baixo para a idade, 1 (11,1%) elevado para a idade e 1 (11,1%) faltou na avaliação. Com relação ao IMC, 6 (66,7%) dos lactentes estavam adequados, 2 (22,2%) em sobrepeso e 1 (11,1%) não compareceu aos dias de avaliação. Ainda sobre o IMC, 24 (72,7%) dos pré-escolares estava adequando, 6 (18,2%) em sobrepeso, 1 (3,0) em obesidade, 1 (3,0%) abaixo do peso e 1 (3,0%) faltou.

Em 2018 os dados obtidos com relação ao crescimento, 46 (90,2%) das crianças classificaram-se como peso adequado para a idade, 1 (2%) como peso baixo para a idade e 1 (2%) elevado para a idade. Quanto à altura, 47 (92,2%) crianças foram categorizadas como adequadas para a idade e 1 (2%) como muito baixa para a idade. Em relação ao PC, 5 (6,5%) das crianças apresentaram medidas adequadas para a idade e 43 (93,5%) tinham mais de 24 meses, idade máxima para avaliação do parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde. A classificação

do IMC foi adequada em 34 (66,7%) das crianças, sobrepeso em 8 (15,7%), obesidade em 4 (7,8%) e 2 (3,9%) abaixo do peso

Em comparação à avaliação realizada em 2018, 2 infantes mantiveram o IMC e um, que na primeira avaliação estava como adequado, em 2019 estava abaixo. Quanto ao peso, um infante que antes classificava-se como adequado, atualmente é considerado em sobrepeso. As demais crianças mantiveram os dados antropométricos dentro da normalidade. A respeito do desenvolvimento pessoal-social, uma criança permaneceu em cautela nas duas avaliações.

Quanto ao desenvolvimento motor-fino, 2 crianças que antes eram adequados hoje são considerados em cautela. Sobre a linguagem, um infante permaneceu em atraso e um em cautela nas duas avaliações. O desenvolvimento motor-grosso teve apenas uma criança, que antes adequada, hoje é considerada em atraso. Além disto as crianças continuaram com os marcos do DNPM dentro do esperado para a sua faixa etária.

Tabela 2. Análise dos dados antropométricos e do desenvolvimento neuropsicomotor de 42 crianças de um a quatro anos de uma creche no interior de São Paulo. Assis/SP, Brasil. 2019.

	N (%)	**N (%)**
	Lactente	**Pré-escolar**
Variável	9 (21,41)	33 (78,57)
Avaliação do crescimento		
Classificação peso		
Adequado para idade	8 (88,9)	28 (84,8)
Baixo para idade	0 (0,0)	3 (9,1)
Muito baixo para idade	0 (0,0)	1 (3,0)
Elevado para idade	0 (0,0)	0 (0,0)
Faltou	1 (11,1)	1 (3,0)
Classificação altura Elevada		
para idade	1 (11,1)	1 (3,0)
Adequada para idade	7 (77,8)	30 (90,9)
Baixa para idade	0 (0,0)	0 (0,0)
Muito baixa para idade	0 (0,0)	1 (3,0)
Faltou	1 (11,1)	1 (3,0)
Classificação PC		-
Elevado para a idade	1 (11,1)	
Adequado	4 (44,4)	-
Baixo para idade	3 (33,3)	-
Muito baixo para a idade	0 (0,0)	-
Faltou	1 (11,1)	-
Classificação IMC Obesidade		
	0 (0,0)	1 (3,0)
Sobrepeso	2 (22,2)	6 (18,2)
Adequado	6 (66,7)	24 (72,7)
Abaixo do peso	0 (0,0)	1 (3,0)
Faltou	1 (11,1)	1 (3,0)
Avaliação do DNPM		
Motor-fino		
Adequado	37 (72,5)	4 (44,4)
Cautela	5 (9,8)	2 (22,2)
Atraso	2 (3,9)	1 (11,1)
Não testável	2 (3,9)	2 (22,2)
Faltou	0 (0,0)	0 (0,0)
Pessoal-social		
Adequado	1 (11,1)	22 (66,7)
Cautela	3 (33,3)	5 (15,2)
Atraso	4 (44,4)	2 (6,1)
Não testável	1 (11,1)	2 (6,1)

Faltou	0 (0,0)	2 (6,1)
Linguagem Adequado		
	1 (11,1)	20 (60,6)
Cautela	1 (11,1)	1 (3,0)
Atraso	5 (55,6)	7 (21,2)
Não testável	2 (22,1)	3 (9,1)
Faltou	0 (0,0)	2 (6,1)
Motor-grosso Adequado		
	6 (66,7)	22 (66,7)
Cautela	0 (0,0)	2 (6,1)
Atraso	1 (11,1)	3 (9,1)
Não testável	2 (22,2)	4 (12,1)
Faltou	0 (0,0)	2 (6,1)

A respeito do questionário sociodemográfico respondido pelos familiares das crianças pertencentes ao público-alvo, percebe-se que 37 (94,8%) dessas famílias vivem com cerca de 3 a 5 pessoas na casa e 2 (5,2%), com 6 a 7 pessoas. A respeito da renda da família, observa-se que a maioria, 19 (48,7%) recebem entrem 2 a 4 salários mínimos.

Sobre a escolaridade da mãe, observou-se que 20 (51,2%) tem ensino médio completo. Todas (100%) as crianças fizeram acompanhamento pré-natal e nenhuma mãe fez uso de drogas ilícitas durante gestação.

Quando questionadas sobre o uso de cigarro durantes gestação, 36 (92,4%) responderam que não fizeram uso. Sobre o uso de álcool, 7 (17,9%) responderam sim e 32 (82,1%), não.

Acerca da idade gestacional ao nascimento, 9 (23,0%) nasceram pré-termo (menos de 37 semanas completas), 29 (74,5%) a termo e 1 (2,5%), pós-termo. O tipo de parto mais prevalente foi cesárea, 18 (46,2%), seguido pelo parto normal, 17 (43,6%). Quanto ao peso ao nascimento, 24 (61,5%) nasceram com peso adequado (entre 2 500 e 4000 g), 3 (7,6%) com baixo peso ao nascer (menos de 2 500 g), 4 (10,2%) macrossômicos e 8 (20,5%) não souberam referir. Sobre a internação após nascimento, 36 (92,3%) não ficaram internados e 3 (7,6%), ficaram.

Quando questionadas sobre aleitamento materno exclusivo, 38 (97,4%) responderam que realizaram e 1 (2,5%) não realizou. O tempo de duração foi de até 6 meses em 13 (33,4%) dos questionários e, além dos 6 meses foi de 26 (66,6%). Todas (100%) as crianças não contêm nenhum problema de saúde (Tabela 3).

Tabela. 3. Frequência dos dados sociodemográficos das famílias e clínicos da criança ao nascer, de 39 crianças de um a quatro anos de uma creche no interior de São Paulo. Assis/SP, Brasil. 2019.

VARIÁVEL	**N**	**(%)**
Pessoas que moram na casa		
3 – 5 pessoas	37	94,8
6 – 7 pessoas	2	5,2
Renda mensal da família		
0 a 1 salário mínimo	13	33,4
2 a 4 salários mínimos	19	48,7
5 a 10 salários mínimos	2	5,1
10 a 20 salários mínimos	0	0,0
Mais do que 20 salários mínimos	0	0,0
Nível de escolaridade da mãe		

Analfabeta	1	2,6
ensino fundamental incompleto	1	2,6
ensino fundamental completo	4	10,3
ensino médio incompleto	8	20,6
ensino médio completo	20	51,2
ensino superior incompleto	2	5,1
ensino superior completo	3	7,6
Acompanhamento do pré-natal durante a gestação da criança		
Sim	39	100,0
Não	0	0,0
A mãe da criança realizou uso de cigarro durante a gestação?		
Sim	3	7,6
Não	36	92,4
Uso de álcool durante a gestação?		
Sim	7	17,9
Não	32	82,1
Uso de drogas ilícitas durante a gestação?		
Sim	0	0,0
Não	39	100,0
Idade Gestacional da criança ao nascer		
Pré-termo (menos de 37 semanas completas)	9	23,0
Termo (de 37 semanas a menos de 42 semanas completas)	29	74,5
Pós-termo (42 semanas completas ou mais	1	2,5
Tipo de parto da criança ao nascer		
Normal	17	43,6
Cesárea	18	46,2
Fórceps	4	10,2
Peso da criança ao nascer		
Baixo peso ao nascer (menos de 2 500 g)	3	7,6
Peso muito baixo ao nascer (menos de 1 500 g)	0	0
Peso adequado ao nascer (entre 2 500 e 4000 g)	24	61,5
Macrossomia (acima de 4 000g)	4	10,2
Não soube referir	8	20,5
A criança precisou ficar internada logo após o seu nascimento?		
Não	36	92,3
Sim	3	7,6
A criança recebeu aleitamento materno exclusivo?		
Sim	38	97,4
Não	1	2,5
Por quanto tempo?		
até os 6 meses	13	33,4
além dos 6 meses	26	66,6
A criança tem algum problema de saúde?		
Sim	0	0,0
Não	39	100,0

Discussão

Os resultados globais de ambos os anos se assemelharam, o qual houve como destaque de preocupação o desenvolvimento de linguagem, corroborando com a afirmação de que o desenvolvimento neuropsicomotor adequado depende de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à criança, decorrentes de possíveis fatores adversos como a subnutrição, agravos

neurológicos, como a encefalopatia crônica da infância (paralisia cerebral), e genéticos (ZAGO, 2017).

De acordo com ZAGO *et al,* (2017) apontam que crianças de alto risco tem maior propensão a apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente no domínio linguagem. Estes atrasos apresentam relação direta com a baixa escolaridade materna, relação monoparental e intercorrências neonatais. Além disso, o ambiente em que a criança vive, principalmente, no que diz respeito à receptividade dos pais está relacionado ao desenvolvimento típico. A qualidade do ambiente doméstico foi o único determinante explicativo do construto desenvolvimento cognitivo. Para a linguagem, além da qualidade desse ambiente, a qualidade da vizinhança e a idade da criança também foram determinantes (Neves, *et al,* 2016).

Estima-se que, em todo mundo, 200 milhões de crianças menores de cinco anos de idade está sob risco de não atingir pleno desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde indica que 10% da população de qualquer país é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência, sugerindo, portanto, alguma intercorrência desde a infância. (DORNELAS; DUARTE; MAGALHÃES, 2015).

Ademais, ressalta-se o desenvolvimento pessoal-social nos lactentes. O achado do presente estudo é reforçado por dados literários o qual verificou-se risco em 24,8% dos pré-escolares, sendo o aspecto “pessoal-social” o indicador que apresentou maior número de alterações no desenvolvimento (OLIVEIRA, 2016).

É válido considerar que a família e a escola compartilham as funções de educação e de socialização na infância, sendo importante investigar os efeitos individuais e interativos desses diferentes fatores para o desenvolvimento infantil. Destaca-se também o papel central dos processos proximais, como os relacionamentos da criança com os pais e os professores, os quais são fundamentais para o desenvolvimento de comportamentos adaptados ou não adaptados, uma vez que possibilitam a interação com o ambiente (PETRUCCI; BORSA; KOLLER, 2016).

O estresse provocado por pobreza extrema, exposição à violência, abuso sexual e demais causas estão associados à falta de interação protetora com adultos, podendo levar a uma excessiva e prolongada ativação do sistema de resposta ao estresse da criança. Essa ativação inclui elevação persistente de hormônios do estresse, que diminuem a conectividade de áreas cerebrais específicas, como o córtex pré-frontal e o sistema límbico (amígdala e hipocampo) e prejudicam tanto o desenvolvimento cognitivo como o aprendizado das habilidades sociais (EICKMANN, 2016).

Conforme EICKMANN (2016), embora o ambiente familiar em que a criança vive seja o preditor mais forte de prontidão escolar, frequentar creches, berçários ou pré-escolas de alta qualidade pode compensar a falta de oportunidade para aprender e se desenvolver em casa. Programas de educação precoce devem aprimorar competências físicas, intelectuais e sociais da criança, contribuir para o seu desenvolvimento global e prontidão para a escola.

Quanto aos determinantes do crescimento e desenvolvimento, verifica-se que fatores biológicos, socioeconômicos e ambientais exercem suas influências. Porém, para os domínios do

desenvolvimento os fatores ambientais se sobressaíram, enquanto para o crescimento, os fatores biológicos (NEVES, *et al* 2016).

Em relação ao crescimento, a maior parte se encontra com peso e altura adequados e dentro da faixa esperada para a idade. Neste estudo, alguns fatores relacionados ao estado nutricional das crianças foram considerados, tais como a renda familiar, a segurança alimentar e nutricional das famílias através do questionário socioeconômico. Dessa forma, evidencia-se na literatura que o poder aquisitivo e a segurança alimentar estão principalmente associados com a relação peso/idade (PEDRAZA *et al.,* 2016).

Visto que a creche se localiza em uma área de vulnerabilidade, e de acordo com questionário socioeconômico, evidencia-se que o maior tempo de permanência na instituição possibilita uma nutrição adequada através do maior acesso à alimentação (PEDRAZA, 2016). Esse fato interfere não apenas na capacidade de aquisição de bens de consumo, mas também no bem-estar emocional dos pais, o que, por sua vez, pode interferir no adequado crescimento (NEVES, *et al.,* 2016).

Em relação à altura, apenas um entrevistado teve altura abaixo da esperada para sua idade. Crianças que apresentam retardo no crescimento apresentam maior risco de episódios diarreicos graves e de doenças infecciosas (PREDRAZA, 2016).

Em pauta o perímetro cefálico (PC), comparado com o estudo do ano de 2018, o qual não encontrou se anormalidades, a pesquisa atual se deparou com número acentuado de medidas abaixo do esperado, e com um encontrava-se acima do esperado. O acompanhamento do crescimento do PC em intervalos regulares torna possível verificar se o desenvolvimento cerebral está adequado ou não, visto existir forte correlação entre crescimento do PC e desenvolvimento cerebral (JALDIN, *et al,* 2011). A desnutrição, nos primeiros anos de vida, leva a uma diminuição do tamanho corporal; entretanto, considerando que o crescimento continua até aproximadamente os dezoito anos, se a nutrição for adequada mais tardiamente, o impacto negativo, inicial, poderá ser minimizado. Porém, este fato não ocorre com o cérebro, porque os dois primeiros anos de vida não são somente o período de maior crescimento, mas constituem o período em que o crescimento cerebral se completa quase que totalmente (83,6% no 1º ano de vida) (MACCHIAVERNI; FILHO, 1998).

Observou-se que a maioria se encontra com IMC dentro da normalidade, contudo, é irrefutável que parcela ampla encontra-se em sobrepeso. Dados encontrados na literatura sugerem que o excesso de peso durante a infância é fator de risco para o desenvolvimento de obesidade na idade adulta. As consequências da obesidade durante a infância e adolescência incluem não só problemas em nível de saúde física, como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, síndrome metabólica, diabetes tipo 2, apneia do sono, como também consequências a nível comportamental, como baixa autoestima e depressão (CARMINHA; GRAÇA, 2016).

No Brasil, observa-se a rápida redução das taxas de desnutrição associada ao aumento das taxas de obesidade. Destaca-se também que a obesidade infantil tem maior risco de persistir durante a vida adulta (PINHO *et al.,* 2010).

Considerações finais

Concluiu-se que, com relação ao crescimento infantil, alterações no IMC dos lactentes e pré-escolares foram identificadas, como sobrepeso e obesidade. Além disso, a supremacia das crianças estudadas apresentou-se dentro da normalidade. Entretanto, a maioria das alterações foram observadas no desenvolvimento infantil, sendo a linguagem a com maior déficit, seguida do desenvolvimento pessoal-social. Com relação à questão motora, observou-se que desenvolvimento motor-fino se apresentava menos desenvolvido do que o motor-grosso, que teve menos comprometimento entre todos os parâmetros avaliados.

Sugerem-se atividades que auxiliem no desenvolvimento cognitivo da criança, bem como a estimulação de práticas que contribuam com a diminuição das taxas de obesidade, garantindo um bom crescimento e desenvolvimento infantil e consequente redução de prováveis riscos não só na infância, mas nas demais fases da vida.

Nota-se, por conseguinte, a grandeza que o presente estudo representa quanto ao aprendizado obtido e com relação à contribuição acadêmica e social referente à avaliação do crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

Referências

ALDIN, M.G. M. *et al*. Crescimento do perímetro cefálico nos primeiros seis meses em crianças em aleitamento materno exclusivo. **Rev. paul. pediatr.**: São Paulo, 29 (4): 509-514, dez. 2011.

BAZÁN, M.J.A., *et al.* Factors associated with overweight and childhood obesity in Spain according to the latest national health survey (2011**). Esc. Anna Nery:** Rio de janeiro; 22(2), jun. 2018. Acesso em: 27 abr. 2019.

BICK, J., NELSON, C.A. Early experience and brain development. **Wire Cognitive Science**; 8(1), abr. 2017. Acesso em: 27 abr. 2019. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wcs.1387>.

BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 11ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atencão Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, Ministério da Saúde: Brasília; 2012.

CAMARINHA, B.; GRAÇA, P.; NOGUEIRA, P. J. A Prevalência de Pré-Obesidade/Obesidade nas Crianças do Ensino Pré-Escolar e Escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. **Acta Médica Portuguesa**, jan 2016; 29(1): 31-40, 29. Ordem dos Medicos. http://dx.doi.org/10.20344/amp.6688.

DORNELAS, L. F.; DUARTE, N. M. C.; MAGALHÃES, L. C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Revista Paulista de Pediatria**, 33 (1): 88-103, mar. 2015.

EICKMANN, S. H.; EMOND, A. M.; LIMA, M. Avaliação do desenvolvimento infantil: além do neuromotor. **J. Pediatr. (Rio J.)**: Porto Alegre, 92 (3): 71-83, junho de 2016.

FONSECA, P.C.A, *et al.* Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. **Ciênc. saúde coletiva:** Rio de Janeiro; 22(8), agost. 2017. Acesso em: 27 abr. 2019.

GOLÇALVES, F.C.L.S.P., *et al.* Bases biológicas e evidências epidemiológicas da contribuição do crescimento fetal e pós-natal na composição corporal: uma revisão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.:** Recife; 12(3), set. 2012.

KLEINERT S., HORTON, R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. **The Lancet:** Londres**;** 2011.

MACCHIAVERNI, L. M. L.; FILHO, A. A. B. Perímetro cefálico: por que medir sempre. **Revista Medicina Riberão Preto**: Riberão Preto, 31 (4): 595-609, 11 dez. 1998.

MOLINI-AVEJONAS, D.R. *et al.*Atenção Básica como ordenadora do cuidado ao bebê de risco para alterações do neurodesenvolvimento. **CoDAS**: São Paulo; 30(3), maio 2018.

NEVES, K. R. *et al.* Crescimento e desenvolvimento e seus determinantes ambientais e biológicos. **J. Pediatr. (Rio J.)**: Porto Alegre, 92(3): 241-250, June 2016 .

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Habilidades auditivas, de linguagem, motoras e sociais no desenvolvimento infantil: uma proposta de triagem. **Rev. CEFAC**: São Paulo, 20 (2): 218-227, Apr. 2018.

OLIVEIRA, G. Autism: diagnosis and management. Part I - Monitoring, screening and management in primary health care. **Acta Pediatr** Port., 40 (6): 278-87, 2009.

PEDRAZA, D.F. Crescimento linear das crianças assistidas em creches públicas do município de Campina Grande, Paraíba. **Rev BrasEpidemiol**: São Paulo, 2016; 19(2): 451-463.

PEDRAZA, D.F. *et al.* Índices antropométricos de crianças assistidas em creches e sua relação com fatores socioeconômicos, maternos e infantis. **Ciência & Saúde Coletiva:** Rio de Janeiro, 2016; 21(7):2219-2232.

PETRUCCI, G.W., BORSA, J.C., KOLLER, S.H. A Família e a escola no desenvolvimento socioemocional na infância. **Temas psicol**.: Ribeirão Preto, 2016 jun; 24(2): 391-402.

PINTO, F.C.A. *et al*. Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. **Rev CEFAC,** jul/ago. 17 (4), 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01262.pdf> Acesso em: 04 de dez. 2019.

SARGIANI, R. A.; MALUF, M. R. Linguagem, Cognição e Educação Infantil: Contribuições da Psicologia Cognitiva e das Neurociências. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, 22 (3): 477-484, dec. 2018.

SCHMIDT, B. *et al*. Percepções Parentais sobre o Temperamento Infantil e suas Relações com as Variáveis Sociodemográficas das Famílias. **Psic.: Teor. e Pesq.**: Brasília, 34: e3436, 2018. Acesso em: 20 mai. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100405&lng=en&nrm=iso>.http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3436.

XIMENES, R.B.B., *et al.* Relationship between maternal adverse childhood experiences and infant development. **Medicine**: Baltimore; 98(10), mar. 2019. Acesso em: 27 abr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6417544/>.

ZAGO, J. T. C.,*et al*. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. **Revista Cefac**, 19 (3): 320-329, jun. 2017.

Capítulo 19

BARREIRAS ENCONTRADAS POR GESTANTES PARA O ACESSO AO SERVIÇO DE DOULAS: REVISÃO INTEGRATIVA

BARRIERS FACED BY PREGNANT WOMEN TO ACCESS DOULAS SUPPORT: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

Sãmea Naira Hamdan[1]
Elenice Valentim Carmona[2]
Erika Zambrano Tanaka[3]
Luciane Cristina Rodigues Fernandes[4]
Clara Fróes de Oliveira Sanfelice[5]

RESUMO: Investigar, na literatura, as barreiras encontradas por gestantes para o acesso ao serviço de doulas. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases Biblioteca Cochrane, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL, EMBASE, PubMed, PubMed PMC, SciELO, SCOPUS e Web of Science, utilizando os descritores "doulas" e "assistência perinatal" no período de 2008-2018. **Resultados:** Três publicações foram incluídas e categorizadas em "barreiras econômicos" e "barreiras sociais". Os conflitos institucionais favorecem a fuga das doulas para o cenário privado e o acesso ao serviço passa a ter barreiras socioeconômicas e culturais, principalmente para mulheres negras, de baixa renda, com menor tempo de estudo e sem acesso ao plano privado de saúde. **Conclusão:** Com a mercantilização da saúde e a não inserção das doulas no sistema público, o acesso a este serviço passa a ser negligenciado para mulheres de maior vulnerabilidade. Mais estudos são necessários para o desenvolvimento de estratégias para mudar esse cenário.
Palavras chave: Doulas; Parto Humanizado; Assistência perinatal; Equidade no acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT: Objective: To investigate, in literature, the barriers faced by pregnant women to access doulas support. Method: Integrative literature review in the databases Cochrane Library, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL, EMBASE, PubMed, PubMed PMC, SciELO, SCOPUS, and Web of Science. It was used "doulas" and "perinatal care" as descriptors, approaching the period from 2008 to 2018. Results: From a total of xx, three publications were included and categorized into "economic barriers" and "social barriers". Limitations imposed by institutional rules to doulas activities and related conflicts have directed doulas to avoid public hospitals and to act in the private scenario. The access of women to doulas support presents socioeconomic and cultural barriers, especially for black, low-income women, as well as those with less years of studying and without private health insurance. Conclusion: Considering the undesirable context of health as a commodity and the non-inclusion of doulas in the public system, access to this support is currently neglected for vulnerable women. Further studies on this theme are needed for the development of strategies to change this scenario.
Keywords: Doulas; Humanized birth; Perinatal care; Equity in access to health services.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e a saúde materna vem sendo submetida a várias transformações ao longo dos anos. Pautado no modelo biomédico, ocorreram modificações estruturais,

[1] Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. E-mail: snairahamdan@gmail.com
[2] Pós-Doutora em Enfermagem Neonatal pela University of Texas - Health Science Center San Antonio (UTHSCSA), Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. E-mail: carmona@unicamp.br
[3] Doutora em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP), Professora da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. E-mail: eztanaka@unicamp.br
[4] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. E-mail: fernandeslcr@gmail.com
[5] Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, Professora da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. E-mail: csanfelice@fenf.unicamp.br

organizacionais e sociais quanto ao atendimento de um fenômeno natural e fisiológico. Tal modelo propõe a institucionalização da mulher e o excessivo número de procedimentos, muitas vezes realizado sem indicação adequada. No Brasil, a maioria dos hospitais e maternidades não oferece espaço para uma prática centrada nas necessidades da parturiente, visto que a as ações em nome da ciência impõem os critérios de lidar com o corpo da mulher, tornando-se um tipo de violência simbólica que a despersonaliza (BRASIL, 2017).

A taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto, que segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), não deve ultrapassar 15% em relação aos partos vaginais. Porém, dados de 150 países mostram que nos anos de 1990 a 2014, 18,6% de todos os nascimentos ocorrem por cirurgia cesariana, sendo que a região da América Latina e Caribe apresenta as maiores taxas de cesáreas (40,5%) e o maior número de crescimento entre os anos (BETRAN et al, 2016).

No Brasil, em termos de políticas públicas relacionadas à assistência obstétrica, muito já foi realizado. Destaca-se aqui a instituição, em 2011, da Rede Cegonha com o objetivo de "fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses" (BRASIL, 2011).

Da mesma forma, em 2017, o Ministério da Saúde publicou o documento "Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal" (BRASIL, 2017) voltado ao SUS e com base no manual "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996. Um dos grandes objetivos destas publicações é repensar o modelo intervencionista predominante e estimular a utilização das evidências científicas, com o intuito de resgatar o protagonismo da mulher no cenário obstétrico e melhorar os desfechos maternos e neonatais, ainda tão aquém dos ideais.

Dentre as práticas que são encorajadas encontram-se o uso do partograma, a oferta de líquidos orais durante o trabalho de parto, os métodos não invasivos para alívio da dor, a liberdade de posição e movimentação da mulher no trabalho de parto, o contato pele a pele entre mãe e filho, a amamentação na primeira hora de vida e a escolha de um acompanhante pela mulher (PEREIRA et al, 2018).

A incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstetras, obstetrizes, educadores perinatais, psicólogos e doulas, tem sido fortemente estimulado na atenção à mulher no trabalho de parto, diante dos bons resultados que a literatura apresenta a este respeito (BOHREN, 2017). Essa inserção de novos personagens no cenário do parto deve ser promovida para proporcionar um suporte contínuo e uma assistência integral de acordo com as necessidades da mulher e de sua família. Uma metanálise de estudos randomizados envolvendo 15.061 mulheres demonstrou que mulheres que tiveram um suporte contínuo, evoluíram com uma maior incidência de parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia e maior satisfação com a experiência do parto. Este estudo também mostrou que o suporte contínuo é mais efetivo

quando promovido por uma mulher que não faça parte da equipe do hospital nem da rede social da gestante, como é o caso das doulas. (BOHREN, 2017; BRASIL, 2014).

A palavra doula tem origem grega e significa “mulher que serve”. No cenário atual, é utilizada para definir quem auxilia mulheres no processo gravídico-puerperal, dando suporte físico e emocional e proporcionando suporte contínuo para outra mulher antes, durante e após o nascimento do bebê. A doula também é capaz de realizar diversas práticas utilizando-se de técnicas não-farmacológicas de alívio da dor, como massagens e banhos mornos; além de poder disponibilizar informações, dar instruções sobre exercícios, posturas e técnicas de respiração, bem como estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e a mulher, explicando-lhe o que vai acontecendo e manifestando as necessidades e os desejos da mulher para a equipe de saúde (SAMPAIO, BRILHANTE, HERCULANO, 2018; HERCULANO et al, 2018).

As doulas têm sido associadas a diversos resultados positivos para a área Obstétrica, especialmente por meio de alterações na percepção do parto, entendendo-o como evento social e não como um processo patológico, ou seja, restituindo a dimensão social que envolve o processo de parir. Outros autores constataram que o papel da doula é significativo, diminuiu o tempo do trabalho de parto, o uso de medicamentos, ansiedade, medo, além de proporcionar bem-estar à mulher acompanhada (HERCULANO et al, 2018).

No Brasil a função da doula foi regulamentada pelo Ministério da Saúde em 2006 mediante a publicação da Portaria nº 971 que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e somente em 2013 as doulas foram classificadas como ocupação laboral no país (BRASIL, 2006)

Apesar das inúmeras evidências que sustentam a presença da doula no suporte às mulheres em trabalho de parto, sua efetiva inserção no cenário do parto e nascimento nos serviços de saúde ainda é um desafio para a realidade obstétrica brasileira. Assim, esta revisão integrativa buscou identificar na literatura as barreiras encontradas por gestantes para o acesso ao serviço das doulas com intuito de desenvolver estratégias para o seu enfrentamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura (RI), método de pesquisa que proporciona a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, considerado uma estratégia para identificar as evidências existentes para fundamentar as práticas de saúde (WHIREMORE, KNAFL, 2005). Nesta pesquisa, foram realizadas as seis etapas da RI: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A questão norteadora deste estudo foi: “Quais as barreiras encontradas por mulheres para ter acesso ao atendimento de doulas?”. A busca foi realizada em julho de 2019, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Cochrane, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Embase, Plublic/Publish Medline (PubMed),

Plublic/Publish Medline Central (PubMed PMC), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SCOPUS e Web of Science, admitindo-se um recorte temporal de 10 anos para inclusão dos estudos. Utilizou-se os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): “doulas” e “assistência perinatal”, bem como os seus correspondentes em português, inglês e espanhol, e o operador booliano AND.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos originais publicados na íntegra, entre os anos de 2009-2019 e que abordassem aspectos relacionados às barreiras encontrados pelas mulheres ao acesso do serviço das doulas, publicado nos três idiomas selecionados. Foram excluídos os trabalhos científicos como teses e dissertações, estudos-piloto, artigos de revisão, relatos de caso ou experiência, cartas e editoriais, além dos estudos que não se relacionavam com o tema central da busca.

A primeira busca resultou em 186 artigos encontrados, sendo que destes foram excluídos 68 estudos por duplicidade (39 duplicidades excluídas automaticamente pelo EndNote Web e 29 excluídas manualmente), o que resultou em 118 trabalhos. O número de estudos encontrados em cada base de dados está descrito na Tabela 1.

Tabela 1

Seleção inicial dos artigos nas bases de dados incluídas. Brasil, 2019.

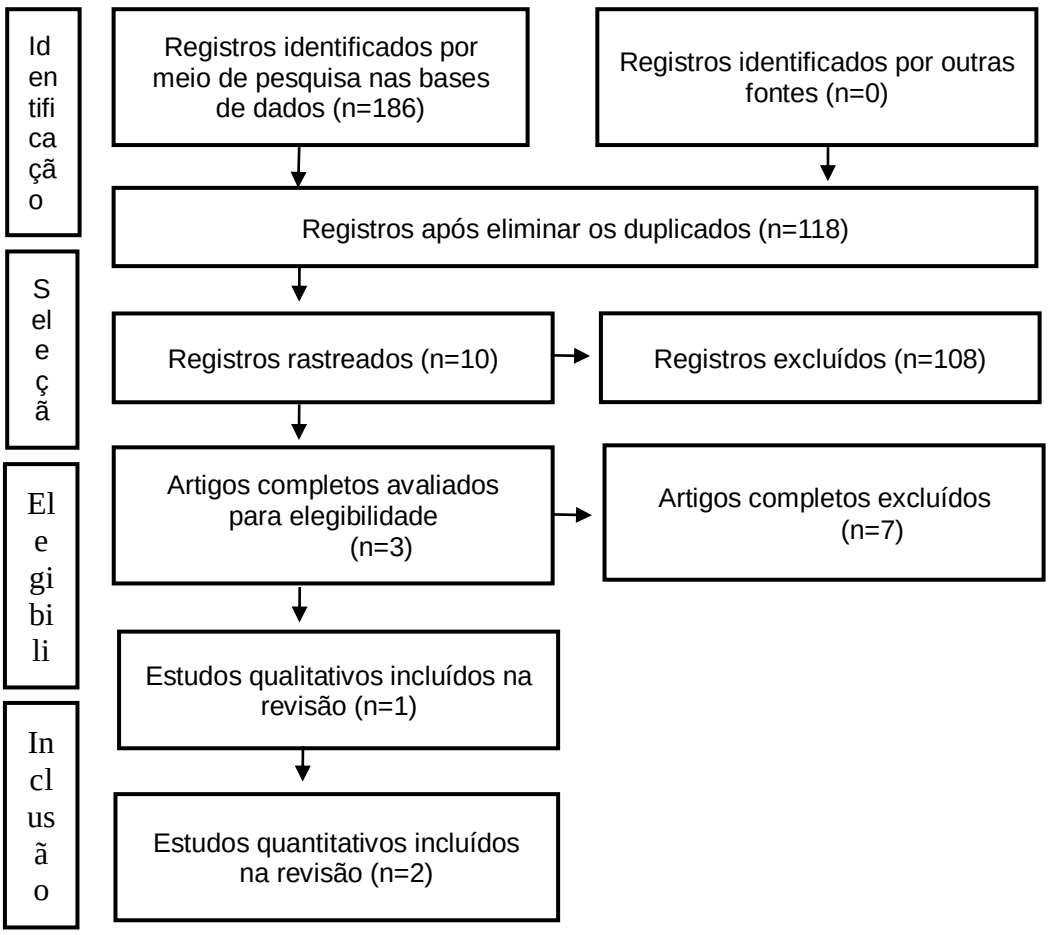
BVS	Cochrane	CINAHL	EMBASE	PubMed	PubMed PMC	SciELO	SCOPUS	Web of Science	Total
16	7	11	59	35	25	6	20	7	**186**
					Total após exclusão de duplicidades				**118**

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para a seleção dos estudos, foram seguidas as recomendações do PRISMA (MOHER et al, 2010), conforme apresentado na Figura 1. Os 118 estudos selecionados foram exportados para o software RYYAN QCRI, um aplicativo gratuito disponível na web, utilizado para auxiliar autores de revisões sistemáticas de forma rápida e organizada, que permite a seleção dos estudos às cegas, a partir da leitura do título e resumo. A seleção dos estudos é feita de forma independente por cada autor, o que mantém o rigor exigido nesta fase na seleção dos artigos. Tal aplicativo permite a classificação dos estudos selecionados em pastas nomeadas “included”, “excluded” e “maybe”. Os estudos que atendiam os critérios de inclusão e foram considerados “included” por ambos autores foram considerados para leitura (n=10), assim como os considerados “excluded” foram excluídos da amostragem final (n=108). Procedeu-se a leitura completa dos artigos selecionados como “included” (n=10), e destes, foram incluídos três estudos que respondem à pergunta final do trabalho (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborados a partir da recomendação PRISMA.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A análise dos resultados foi realizada através da formulação de uma planilha tabulada pelas autoras contendo os seguintes itens: data da publicação, país, revista, nível de evidência do estudo, título, autores, objetivos do estudo, metodologia empregada, resultados e as suas principais conclusões (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para atribuição do nível de evidência dos estudos, foi utilizado como base a classificação de Melnyk (2005) que divide nos seguintes níveis: nível 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Por se tratar de uma revisão integrativa, não foi necessário solicitar aprovação do Comitê de Ética para realização do estudo.

RESULTADOS

Após leitura na íntegra dos 10 estudos previamente selecionados, sete foram excluídos por não responderem a pergunta proposta. A Tabela 2 organiza os estudos finais por meio de autores, ano, país e revista de publicação, base de dados e nível de evidência do estudo. Dentre os três estudos selecionados, dois foram publicados na língua inglesa e um em português, entre os anos de 2013 e 2018.

Tabela 2

Autores, ano, país, revista, base de dados e nível de evidência. Brasil, 2019.

Autores	Ano	País	Revista	Base de dados	Nível de evidência
Barbosa, et al	2018	Brasil	Saúde em Debate	BVS (LILACS)	6
Steel, et al	2013	Austrália	Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology	EMBASE (MEDLINE)	4
Kozhimannil, et al	2014	EUA	American Journal of Managed Care	PUBMED	6

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 3, por sua vez, organiza os artigos em título, objetivo, metodologia e principais resultados.

Tabela 3

Título, objetivos gerais, método e principais resultados. Brasil, 2019.

TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização	Analisar, a partir da perspectiva das doulas, como se dá a sua inserção no ambiente hospitalar.	Estudo exploratório descritivo (natureza qualitativa)	Com o conflito institucional, a doula passa a sair do serviço voluntário para prestar cuidado particular. O movimento de fuga do setor público traz como consequência a elitização da humanização do parto. As mulheres com menor poder financeiro apresentam maior dificuldade de conseguir cuidado contínuo, pois a barreira financeira é a mais significante para o acesso ao serviço de uma doula.
A preliminary profile of Australian women accessing doula care: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health	Examinar características associadas a mulheres que acessam uma doula para gravidez e parto.	Estudo Observacional Analítico tipo Coorte (natureza quantitativa)	Não houveram diferenças significativas no perfil demográfico e status socioeconômico entre as mulheres que acessaram o serviço de doula e aquelas que não acessaram. O principal fator de influência foi o pensamento crítico quanto aos riscos de intervenções obstétricas e a recusa de cumprimento com políticas generalizadas, sem atendimento individualizado e com limitações de prazos.
Potential benefits of increased access to doula support during childbirth	Caracterizar mulheres que usavam serviços de doula e aquelas que a desejam, mas têm barreiras de acesso.	Estudo Observacional Analítico Retrospectivo	Seis por cento das mulheres relataram cuidados com doula durante o parto. As principais características associadas às mulheres que desejaram mas não tiveram apoio da doula foram: mulheres negras (vs. brancas) e com seguro público ou sem seguro (vs. seguro privado). Estas mulheres tiveram maiores chances de ter uma intervenção cesariana (vs. parto vaginal) comparado com mulheres que tiveram acesso ao apoio doula.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Após análise dos artigos, surgiram duas categorias que representam as barreiras encontradas por gestantes no acesso ao serviço de doulas: “barreira econômica” e “barreira social”.

Barreira Econômica

No Brasil, o serviço ofertado pela doula pode ser encontrado nas esferas públicas e privadas. Nas instituições privadas e/ou atendimentos domiciliares, é necessário contratar uma profissional de escolha que, na maioria dos casos, integra as equipes de assistência obstétrica multiprofissional. No entanto, para a mulher ter acesso à presença da doula no setor público, é necessário encontrar um serviço que disponibilize deste atendimento (doula voluntária) ou que permita a entrada de uma doula contratada pela mulher, o que é bastante raro, já que a Lei não permite a utilização de um serviço privado dentro de uma instituição pública. Diante deste contexto, na maioria das instituições públicas, as doulas prestam serviço por meio de trabalho voluntário, uma vez que não existem contratações e programas do SUS -até o presente momento- que faça a contratação formal das doulas nestes ambientes. Essa situação gera uma quantidade escassa de instituições públicas com o serviço de doula disponível às mulheres, que são, em sua maioria, de baixa renda (BARBOSA et al, 2018).

A medida que o movimento de humanização do parto cresce e se consolida, estimulando cada vez mais as doulas às práticas integrativas e complementares, mais enfrentamentos têm aparecido, principalmente nas esferas locais, onde o confronto de paradigmas se expressa rotineiramente. Há uma grande resistência das equipes de saúde em reconhecer a contribuição das doulas no cuidado à mulher. Alguns profissionais, por sua vez, acreditam que a presença da doula no cenário do parto atrapalha os procedimentos, visto que uma de suas funções é levar informação para a parturiente, criando um pensamento crítico quanto aos procedimentos e intervenções recebidas (HERCULANO et al, 2018).

O distanciamento entre a doula e a equipe da instituição resulta em conflitos. As doulas consideram que algumas vezes este distanciamento é benéfico, pois podem atuar junto à gestante sem interferências dos profissionais. Porém, na maioria das vezes, frente ao cenário conflituoso que enfrentam na maternidade pública, decidem se desligar do serviço voluntário e passam a priorizar os atendimentos particulares (HERCULANO et al, 2018).

Este distanciamento do setor público, chamado de “movimento de fuga”, tem como maior consequência a elitização da assistência ao parto. Dessa forma, as mulheres atendidas no setor privado e particular são beneficiadas com o atendimento das doulas, enquanto as mulheres com menor poder financeiro, usuárias do serviço público, encontram maior dificuldade de acesso, fazendo com que este serviço se torne, também, uma forma de mercantilizar a saúde (HERCULANO et al, 2018).

Barreira social

Foram analisados dois estudos que discutem sobre as questões sociais de influência para acesso ao serviço de doulas (STEEL et al, 2013; KOZHIMANNIL, 2014). O estudo observacional analítico do tipo coorte comparou variáveis entre grupos de mulheres que acessaram e que não

acessaram o serviço de doula durante a gravidez e o parto. Para a análise, foram entrevistadas 1.835 mulheres (taxa de resposta = 79,2%), sendo apenas 23 as que tiveram acesso ao serviço. Não houve diferenças significativas nos perfis demográficos e status socioeconômico entre as mulheres que acessaram o atendimento com doula e aquelas que não o acessaram.

O estudo mostra que um dos principais fatores de influência para contratação desta profissional é o pensamento crítico quanto aos riscos de intervenções obstétricas e a recusa ao cumprimento das políticas institucionais estabelecidas, sem atendimento individualizado e com limitações de prazos, principalmente quando estas políticas geram aumento de intervenções e procedimentos obstétricos

Outro importante fator de escolha e motivação é o desejo pelo cuidado contínuo e opções de parto que sejam assistidos por profissionais não-médicos, como enfermeiras obstetras e obstetrizes, necessidades estas não atendidas no sistema contemporâneo de assistência. Um dos achados sugerem que independentemente do fator socioeconômico e nível educacional, as mulheres acessam ao serviço de doulas pelo desejo de valorização na relação terapêutica, maior tempo de consulta, comunicação aberta e efetiva e apoio contínuo do cuidado (STEEL et al, 2013).

Em contrapartida, o estudo de Kozhimannil (2014) realizado nos EUA, coloca a relação socioeconômica como uma das principais barreiras de acesso ao serviço de doulas. O objetivo deste estudo foi caracterizar mulheres que usaram o serviço de doulas e aquelas que o desejavam, mas enfrentam barreiras no acesso. O estudo foi realizado por meio da análise de regressão logística multivariável com uma amostra nacional representativa de mulheres que pariram entre os anos 2011 e 2012 (n=2.400).

Segundo os dados, aproximadamente 6% das mulheres na amostra pariram com apoio de doula, sendo que 59% das que não tiveram acesso, tinham conhecimento sobre o serviço. Dentre estas, 27% relataram o desejo em ter acompanhamento desta profissional, porém não tiveram acesso. Os principais resultados deste estudo mostram que mulheres mais jovens (18 a 25 anos) tiveram maior acesso ao serviço de doulas (9,5%) e apresentaram maior desejo de utilizar tal serviço (37,1%), quando comparado com mulheres de 35 anos ou mais (1,9% e 22,5% respectivamente) (KOZHIMANNIL, 2014).

Não houve diferença significativa por raça/etnia quanto ao acesso ao serviço, mas sim em relação ao desejo (43,5% pardas, 38,8% negras, 29,8% hispânicas e 21,6% brancas). Das mulheres que tiveram acesso às doulas, 45,5% possuíam seguro de saúde privado e das que relataram o desejo, mas não tiveram acesso, 39,3% não tinham seguro, 32,6% tinham cobertura pública e 21,1% seguro privado (KOZHIMANNIL, 2014).

Outras barreiras encontradas podem incluir desafios logísticos, como distância de uma doula para mulheres rurais, objeções de parceiros ou membros da família ou questões culturais, como uma doula com uma formação linguística semelhante (KOZHIMANNIL, 2014).

A análise dos dois artigos internacionais, um estudo observacional do tipo coorte e um estudo descritivo retrospectivo, mostrou que o perfil demográfico, incluindo a variável raça/etnia,

assim como o status socioeconômico não mostraram diferenças significativas com relação ao acesso ao serviço de doulas, contrapondo o único estudo brasileiro, que mostrou que a questão financeira é uma barreira para o acesso ao serviço da doulas. Isso pode ser explicado pelas diferenças na estruturação dos serviços de saúde dos diferentes cenários de estudos, realizados em países com índices de desenvolvimento distintos.

DISCUSSÃO

Nesta análise foram identificados três artigos que discutem sobre as barreiras encontradas por mulheres para acessar ao serviço da profissional doula, sendo estes, um brasileiro (HERCULANO et al, 2018), um australiano (STEEL et al, 2013), e um americano (KOZHIMANNIL, 2014). Dois estudos apresentam nível de evidência seis e um estudo nível quatro, considerados de baixo grau de evidência (menor que dois) (MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2005). Eles foram classificados em duas categorias: 1) barreira econômica, em que foi analisado o estudo brasileiro e 2) barreiras sociais, que contemplou os estudos australiano e o americano.

São descritos diversos benefícios do apoio doula para a qualidade da atenção perinatal. Além de proporcionar suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, estas profissionais também promovem o empoderamento da gestante ao levar informações e suporte para comunicação e tomada de decisão. Elas desenvolvem o pensamento crítico quanto a errônea percepção da gestação e parto como doença, incentivando o retorno por seu entendimento enquanto evento social. Todos estes fatores possibilitam o envolvimento da mulher como protagonista do seu processo de parturição (MEADOW, 2015).

Estudos mais recentes mostram que mulheres acompanhadas por uma doula tiveram uma importante redução das taxas de cesariana, vácuo ou fórceps, administração de analgésicos e epidurais e consequentemente mais chances de ter partos vaginais espontâneos. Também foi demonstrado trabalho de parto mais curto, maior índice de Apgar, menor dificuldade e aumento no início da amamentação e importante diminuição nos sentimentos negativos sobre o parto e puerpério. (NARVAEZ, 2018; GRUBER, CUPITO, DOBSON, 2013; KOZHIMANNIL et al, 2016; KOZHIMANNIL et al, 2016).

O estudo de Thomas (2017) comparou todos os nascimentos financiados por uma rede de saúde particular e uma organização doula de base comunitária nos anos de 2010 a 2014. As mulheres que receberam apoio doula apresentaram taxas de nascimento prematuras e cesarianas mais baixas do que as beneficiárias serviço privado (4,7 vs 6,3% e 20,4 vs 34,2%) e as mulheres com acesso à doula tiveram uma probabilidade 22% menor de nascimento prematuro. O estudo também relaciona o custo-efetividade com base nas associações entre tratamento doula e parto prematuro e cesariano, indicando que o reembolso da cobertura pelos serviços doula provavelmente seria uma economia de custo ou custo-benefício para os programas particulares de saúde.

Embora a profissão da doula já esteja regulamentada e seu impacto seja reconhecido nacional e internacionalmente (NARVAEZ, 2018; GRUBER, CUPITO, DOBSON, 2013; KOZHIMANNIL et al, 2016; KOZHIMANNIL et al, 2016; THOMAS, 2017), não são vislumbradas medidas efetivas capazes de agregar esta profissional à equipe multidisciplinar de assistência ao parto no âmbito do serviço público de saúde, o que foi identificado como uma barreira de acesso às mulheres no estudo brasileiro. Com a polarização da assistência obstétrica entre o modelo biomédico hegemônico e o movimento da humanização do processo de parturição, este por fim, fonte de luta política das doulas, cria-se um ambiente conflitante entre as duas esferas (HERCULANO et al, 2018; BARBOSA et al, 2018).

Desta forma, as doulas não asseguradas pelo serviço público, passam pela fuga da institucionalização e disparam para o atendimento particular e individualizado. Assim, começa a se configurar mais um aspecto da elitização da humanização da assistência, onde o acesso ao serviço das doulas se torna disponível apenas para as mulheres com uma renda possível de contratar uma profissional de forma particular, fortalecendo cada vez mais as iniquidades do sistema obstétrico brasileiro. (BARBOSA et al, 2018; HERCULANO et al, 2018; SAMPAIO, BRILHANTE, HERCULANO, 2018).

Existem barreiras substanciais ao acesso ao atendimento doula, não apenas para mulheres de baixa renda, mas também para mulheres negras e não-brancas (STEEL, 2013; KOZHIMANNIL, 2014). As mulheres negras, por sua vez, apresentam taxas mais altas de maus resultados ao nascer, incluindo taxas de cesariana, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte infantil (D´ORSI et al, 2014). A maioria das mulheres que relataram terem sofrido algum tipo de violência na internação para o parto são negras, de menor escolaridade e atendidas no setor público (D´ORSI et al, 2014).

O estudo australiano traz, por sua vez, que não houve diferença significativa nos padrões socioeconômicos das mulheres que acessaram ao serviço doula e as que não acessaram, mas sim, a busca pela valorização na relação terapêutica, maior tempo de consulta, comunicação aberta e efetiva, apoio contínuo do cuidado e acompanhamento por um profissional não-médico. Todos esses fatores são apenas possíveis quando a mulher tem acesso ao conhecimento e ao pensamento crítico quanto ao processo de parturição, entrando novamente na esfera social, considerando que mulheres com maior nível educacional possuem maior probabilidade de ser apresentada a esses assuntos (BARBOSA, 2018).

Segundo Kozhimannil (2014), mais de 40% das mulheres nos EUA não têm conhecimento sobre a profissional doula, barrando diretamente o acesso de quase dois milhões de mulheres americanas por ano. Ainda, das que possuem o conhecimento sobre a atividade da doula, apenas 27% desejam este suporte. As mulheres que relatam o desejo, mas não possuem acesso ao serviço são as mesmas que mais se beneficiam dos efeitos conhecidos do apoio contínuo ao trabalho de parto, sendo estas mulheres negras (vs. brancas), mulheres com seguro de saúde público (financiados pelo governo e programas que atendem principalmente mulheres de baixa renda vs. seguros privados) e mulheres sem seguro de saúde (vs. aqueles com seguro privado).

Esses resultados sugerem que o aumento do acesso aos cuidados de doula para mulheres em risco que desejam o apoio da doula (mulheres negras, sem seguro ou com seguro público) pode facilitar a diminuição nas taxas de cesarianas não indicadas, intervenções desnecessárias e violência obstétrica, assim como aumentar os benefícios desse serviço, resultando em uma melhoria na qualidade, segurança e diminuição dos custos do parto.

O desafio logístico também é citado como uma barreira por Kozhimannil (2014), trazendo como principal questão a dificuldade de mulheres rurais acessarem ao serviço doula pela distância encontrada. Ainda, outras barreiras foram descritas, como a falta de apoio conjugal, objeções de parceiros e familiares - em que muitas vezes reforça o modelo biomédico hegemônico - e barreiras culturais, como por exemplo a dificuldade com o idioma. Estes desafios reforçam que mulheres rurais, estrangeiras, com baixo grau de conhecimento e poder decisório também encontram barreiras para o acesso ao serviço de doulas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da doula é fundamental para trazer à tona a discussão do modelo de atenção obstétrica. Sua legitimação nos espaços coloca em discussão procedimentos e atitudes tradicionalmente assumidas na assistência obstétrica hospitalar. Os conflitos encontrados nas instituições favorecem a fuga para o atendimento privado, a elitização da assistência ao parto e a mercantilização da saúde.

Uma das motivações para contratação do apoio doula é o pensamento crítico quanto ao processo de parturição e desejo por um atendimento humanizado, valorização terapêutica e apoio contínuo no pré-parto, parto e puerpério, fator este facilitado pelo conhecimento e nível educacional, levando em conta que uma grande parcela das mulheres não conhece o serviço.

As mulheres que mais sofrem com as consequências desta elitização são as mulheres negras, as que não possuem plano de saúde privado ou possuem plano de saúde público, e, em sua maioria, de baixa renda. Dessa forma, conclui-se que as principais barreiras encontradas por mulheres para ter acesso ao serviço de doulas estão relacionadas questões econômicas e sociais, no que se se refere ao nível educacional e grau de informação. Acredita-se que estas barreiras são geradas a partir do conflito institucional, da dualidade dos sistemas de saúde e a da falta de políticas para inserção das doulas na esfera pública.

Considera-se como uma possível limitação desta revisão a análise de apenas um estudo brasileiro, levando em consideração as diferenças socioeconômicas, estruturais, culturais, institucionais e políticas entre os países referenciados.

Tendo em vista a importância e o crescimento da profissional doula no cenário obstétrico, assim como a clara evidência do seu impacto na qualidade da assistência e satisfação das gestantes e puérperas, é imprescindível a realização de novos estudos que discutam o acesso ao serviço de doulas na perspectiva das mulheres, em especial estudos brasileiros que possam trazer à tona a realidade e as necessidades específicas do nosso cenário, visando a melhoria da atenção ao parto no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, Murillo Bruno Braz et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde debate**. 2018; 42(117): 420-29. DOI: 10.1590/0103-1104201811706
2. BETRÁN, Ana Pilar et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. ***PLoS ONE***. 2016;11(2):e0148343. DOI:10.1371/journal.pone.0148343
3. BOHREN, Meghan et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2017(7): CD003766 DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e do nascimento. Vol. 4. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.
5. _____. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.
6. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, nº 121, seção 1, p. 109.
7. _____. Ministério da Saúde. Portaria 971. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
8. D´ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**. 2014; 30 (Sup): 154-68. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813
9. GRUBER, Kenneth; CUPITO Susan; DOBSON Christina. Impact of doulas on healthy birth outcomes. **J Perinat Educ**. 2013; 22(1):49–58. DOI:10.1891/1058-1243.22.1.49
10. HERCULANO, Thuany Bento et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde debate**. 2018; 118 (42): 702-13. DOI: 10.1590/0103-1104201811813
11. KOZHIMANNIL, Katy et al. Disrupting the Pathways of Social Determinants of Health: Doula Support during Pregnancy and Childbirth. **J Am Board Fam Med: JABFM**. 2016, 29(3), 308–17. DOI: https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.03.150300
12. KOZHIMANNIL, Katy et al. Modeling the cost-effectiveness of doula care associated with reductions in preterm birth and cesarean delivery. **Birth**. 2016;43(1):20–27. DOI: 10.1111/birt.12218
13. KOZHIMANNIL, Katy et al. Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. **Am J Manag Care**. 2014; 20(6): e340-52. Disponível em: https://www.ajmc.com/journals/issue/2014/2014-vol20-n8/potential-benefits-of-increased-access-to-doula-support-during-childbirth
14. MEADOW, Sandra. Defining the doula's role: Fostering relational autonomy. **Health Expectations**. 2015; 18 (6): 3057–68. DOI: https://doi.org/10.1111/hex.12290
15. MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.p.3-24
16. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm**. 2008; 17(4): 758-67. Disponível em: https://scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf
17. MOHER David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and metanalyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**. 2010; 6(7): e1000097. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

18. NARVAEZ, Ashley. Incorporating Doula services for better maternal and child health outcomes in Medicaid populations. Master Essay, University of Pittsburgh, 2018. Disponível em: http://d-scholarship.pitt.edu/34292/

19. PEREIRA, Simone Barbosa et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Rev. bras. enferm**. 2018; 71(suppl 3):1393-9. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661

20. SAMPAIO, Juliana; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; HERCULANO, Thuany Bento. Doulas: Movimento social e luta por políticas públicas sobre direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Gênero**. 2018; 18(2):103-22. DOI: https://doi.org/10.22409/rg.v18i2.1145

21. SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**. 2010; 8(1):102-06. DOI: https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134

22. STEEL, Amie et al. A preliminary profile of Australian women accessing doula care: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. **Australian New Zealand J Obst Gyn**. 2013; 53 (6). DOI: https://doi.org/10.1111/ajo.12123

23. THOMAS, Mary-Powel et al. Doula Services Within a Healthy Start Program: Increasing Access for an Underserved Population. **Matern Child Health J**. 2017; 21(1):59–64. DOI: https://doi.org/10.1007/s10995-017-2402-0

24. WHIREMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nursing**. 2005; 52(5): 546-53.

25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

Capítulo 20

CARACTERIZAÇÃO E MANEJO CLÍNICO DAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO

Alane Hellen dos Santos[1]
Cristyanne Samara Miranda Holanda da Nóbrega[2]
Marcelly Santos Cossi[3]

RESUMO: Entre os distúrbios que podem ocorrer durante o ciclo gravídico-puerperal destacam-se as doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG). Elas representam a principal causa de mortalidade materna no Brasil, fomentando a essencialidade de acompanhamento adequado para o controle das gestantes com fatores de risco para a patologia. Objetivou caracterizar o perfil de gestantes com diagnóstico de DHEG acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco, investigar a prevalência da DHEG nessas mulheres e evidenciar elementos de seu manejo clínico. Estudo transversal retrospectivo, que analisou 164 prontuários de gestantes com diagnóstico de DHGE. Observou-se maior ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica (57%). Em 97% dos casos, a terapêutica foi conduzida com metildopa e apenas 2% das gestantes foram submetidas à resolução da gravidez associada à terapia medicamentosa. Sugere-se a implantação da ficha perinatal ou cartão espelho da gestante para a completude dos registros durante o acompanhamento de gestantes no alto risco.
Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Gravidez de alto risco. Hipertensão induzida pela gravidez.

ABSTRACT: Disorders can occur during the pregnancy-puerperal cycle, such as hypertensive diseases. They represent the main cause of maternal mortality in Brazil, indicating the essentiality of adequate monitoring for the control of pregnant women with risk factors for the pathology. It aimed to characterize the profile of pregnant women with the disease followed up in a high-risk prenatal service, to investigate the prevalence of the pathology in these women and to evidence elements of their clinical management. Retrospective cross-sectional study, which analyzed 164 medical records of hypertensive pregnant women. A higher occurrence of Systemic Arterial Hypertension was observed (57%). In 97% of cases, therapy was conducted with methyldopa and only 2% of pregnant women underwent pregnancy resolution associated with drug therapy. It is suggested the implantation of the perinatal record or mirror card of the pregnant woman for the completeness of the records during the high risk follow-up.
Keywords: Prenatal Care. Pregnancy, High-Risk. Hypertension, Pregnancy-Induced.

INTRODUÇÃO

A gestação compreende modificações biológicas, psicológicas e sociais, que interferem diretamente na vida da mulher. A maioria das gestações progride sem complicações, no entanto alguns aspectos podem interferir em seu curso normal, causando risco elevado de mortalidade materno-fetal. Deste modo, as gestantes com alterações fisiológicas importantes ou fator de risco gestacional integram a categoria de gravidez de alto risco, que torna algumas gestações propícias à progressão patológica (ALVES et al., 2019; SALGE et al., 2017; BRASIL, 2012).

Com vistas a garantir acesso de qualidade no que concerne à assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, foi instituído pelo ministério da saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000. No tocante ao componente pré-natal, o programa elenca quatro aspectos assistenciais, sendo

[1] Enfermeira, Bacharel e Licenciada pela Universidade do estado do Rio Grande do Norte. Email: alanehellen@gmail.com
[2] Enfermeira, Doutora em ciências da saúde, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do estado do Rio Grande do Norte. E-mail: csmhn@hotmail.com
[3] Enfermeira, Doutora em enfermagem, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do estado do Rio Grande do Norte. E-mail: marcellycossi@uern.br

estes: execução de, no mínimo, seis consultas, exames laboratoriais, atividades educativas, bem como a categorização de risco gestacional a serem desenvolvidas nos três trimestres gestacionais (BRASIL, 2002).

Consoante à implementação do PHPN e com intuito de fortalecê-lo, o ministério da saúde instituiu a Rede Cegonha no ano de 2011. Quanto ao componente pré-natal, a rede tem como premissa o acompanhamento gestacional por meio da estratégia de saúde da família até a parturição, acesso em tempo hábil acerca da realização de exames, bem como a classificação de risco gestacional (BRASIL, 2011).

Segundo Assunção et al. (2019), a assistência pré-natal satisfatória e humanizada é essencial para a redução da mortalidade do binômio, uma vez que durante a realização da consulta, há o rastreio e identificação de fatores de risco gestacionais.

No Brasil, existe um serviço específico que conglomera os episódios mais dificultosos que podem ocorrer durante a gestação, casos estes que requerem um olhar ampliado acerca da condição de saúde apresentada e assistência a ser prestada. O referido serviço, denominado pré-natal de alto risco, comumente é ofertado na atenção secundária (FERREIRA JÚNIOR et al., 2017).

Dentre os distúrbios que podem ocorrer durante o ciclo gravídico-puerperal, caracterizando-o como gestação de alto risco, destacam-se as Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG) ou síndromes hipertensivas (BRASIL, 2012).

Nacionalmente, as DHEG apresentam-se como principal causa de mortalidade materna (BRASIL, 2012). Ocorrem quando o nível pressórico arterial alcança ou excede 140/90 mmHg e podem ser classificadas em: hipertensão gestacional, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia posta à hipertensão crônica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia (DUTRA et al., 2018).

As DHEG são descritas por meio da seguinte distinção: Hipertensão gestacional caracteriza-se por elevação dos níveis pressóricos com ausência de proteinúria, que acontece após a 20ª semana gestacional, sendo constantemente presente próximo à parturição ou no período puerperal imediato; Hipertensão crônica, estado hipertensivo registrado anteriormente à gestação no período que antecede a 20ª semana de gestação ou além de doze semanas puerperais; Pré-eclâmpsia posta à hipertensão crônica apresenta como sintomatologia: elevação acentuada dos níveis pressóricos, excreção de proteína, trombocitopenia ou irregularidades das enzimas hepáticas em gestantes diagnosticadas com hipertensão crônica e idade gestacional transcendente à 20ª semana gestacional (BRASIL, 2013).

A pré-eclâmpsia geralmente acontece após a 20ª semana da gestação e tem como sintomas de alerta a hipertensão e proteinúria. Quando há progressão grave, e a gestante desenvolve episódios de convulsão, a síndrome hipertensiva classifica-se como eclampsia (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Segundo Sbardelotto et al. (2018), a pré-eclâmpsia é a síndrome hipertensiva de maior ocorrência. O autor infere que o quantitativo de consultas pré-natal se correlaciona ao

acontecimento da patologia, fazendo-se necessário acréscimo do número de acompanhamentos realizados para controle adequado das pacientes com risco gestacional.

O interesse em construir e aprofundar os saberes cerca das DHEG foi provocado a partir das leituras realizadas sobre o conteúdo, bem como de aulas expositivas realizadas no componente curricular acerca da enfermagem no processo de reprodução humana, no qual foi possível depreender a relevância das síndromes hipertensivas específicas da gestação como um problema de saúde pública, o qual requer intervenções profissionais para que não ocorram complicações. Observa-se que a literatura apresenta lacunas que abrem perspectivas para a realização de outras pesquisas científicas no intuito de assegurar melhorias na assistência aos fatores de risco gestacional.

Neste sentido, a pesquisa buscou caracterizar o perfil sociodemográfico de gestantes com diagnóstico de DHEG acompanhadas em um serviço de pré-natal de alto risco, investigar a prevalência das doenças hipertensivas específicas da gestação nessas mulheres e evidenciar elementos de seu manejo clínico (mudança do diagnóstico, classificação da pressão arterial, comparativo de níveis pressóricos no início e final da gestação e terapêutica/condutas utilizadas).

MÉTODO

Estudo transversal retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, que analisou 164 prontuários de gestantes acompanhadas na unidade de saúde referência ao atendimento de pré-natal de alto risco, atendidas no período de Janeiro de 2013 a Outubro de 2019, com diagnóstico de DHGE. As fichas clínicas com informações incompletas, inconclusivas ou ilegíveis não foram inclusas neste estudo.

Para oportunizar a coleta dos dados utilizou-se um formulário que abrangeu características relativas à obtenção dos dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos das gestantes. Foi realizado teste piloto com oito prontuários, a fim verificar se as variáveis propostas no instrumento de coleta seriam contempladas nos registros clínicos das usuárias do serviço.

Após o teste, o instrumento passou por adaptação, sendo inclusas outras informações consideradas relevantes para análise e discussão da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2019. A retirada de informações dos prontuários, que atendiam aos critérios de inclusão, se deu de forma individual, seguindo a ordem alfabética A-Z, disposta no arquivo ativo da unidade, em sala reservada, cedida pela instituição. Posteriormente, durante o período de uma semana, coletaram-se os prontuários utilizados no teste piloto, bem como as fichas coletadas foram revisadas.

O procedimento de coleta de dados ofereceu riscos mínimos relativos à exposição das informações das usuárias do serviço, visto que o estudo utilizou dados retirados dos prontuários clínicos.

Após a coleta das informações, criou-se um banco de informações, cujos dados foram organizados em planilhas dispostas nos softwares Microsoft Office Word e Excel, nos quais foram realizados os tratamentos para análise. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva e

inferencial, por meio da relação entre as variáveis dependentes e independentes do estudo e a totalidade dos formulários coletados.

O estudo respeitou os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme regulamenta a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Portanto, foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sendo aprovado em 14/02/2019, mediante parecer nº 3.146.882.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme apontam os resultados obtidos na pesquisa, a maioria (58%) das gestantes do estudo possuía entre 26 e 35 anos e residiam na zona urbana (87%), das quais 76% tinham como município de moradia a cidade de Caicó. Concernente ao ano de entrada das gestantes no serviço de referência, percebeu-se alto quantitativo de atendimento, correspondente a 59%, entre os anos de 2016 a 2018.

Sabe-se que a idade é um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão induzida pela gravidez. A literatura apresenta os extremos de idade, menor de 18 e maior ou igual a 35 anos, como fator indutivo das DHEG.

Nesse sentido, o estudo de Oliveira e Graciliano (2015), que buscou investigar a prevalência e os elementos associados aos desfechos de síndrome hipertensiva da gravidez (SHG) e diabetes mellitus gestacional (DMG) em uma maternidade pública de Maceió, identificou que as mulheres com idade até 19 anos e maior que 35 anos, possuíam associação significativa das variáveis idade materna avançada e sobrepeso gestacional com o aparecimento de DMG e SHG.

Vale destacar que o município de moradia das gestantes deste estudo permitiu o acesso facilitado delas ao serviço de referência. Outrossim, no período de 2016 a 2018 houve ampliação das equipes de saúde da família no município de Caicó, o que pode ter colaborado na identificação precoce dos fatores de risco e o encaminhamento ao serviço de referência. A análise da amostra permitiu a estruturação do quadro 1, a seguir:

QUADRO 1: Caracterização das gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal de alto risco. Caicó/RN, 2020.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	N	%
IDADE	15 a 25 anos	34	21
	26 a 35 anos	96	58
	Acima de 35 anos	34	21
ZONA DE MORADIA	Rural	18	11
	Urbana	143	87
	Não registrado	3	2
MUNICÍPIO DE MORADIA	Caicó	124	76
	Outros	38	23
	Não registrado	2	1
ANO DE FICHA CLÍNICA	2013 a 2015	38	23

COLETADA	2016 a 2018 2019	96 30	59 18
	Total	**164**	**100**

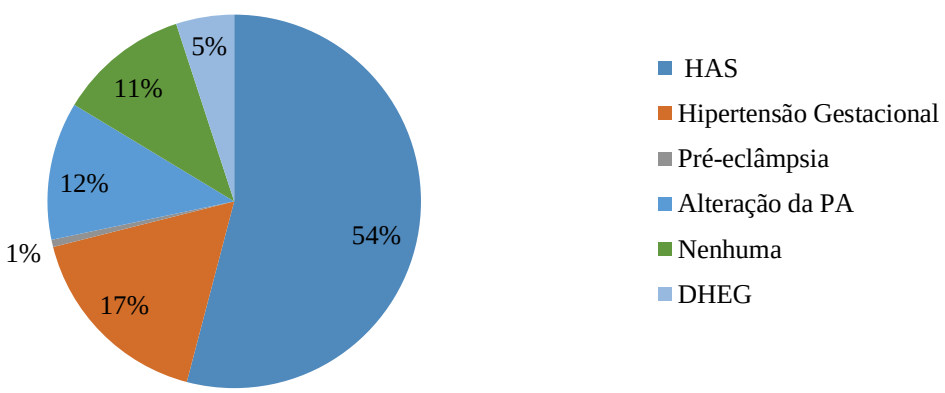
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Por não haver registros nas fichas clínicas, não foi possível realizar a descrição das variáveis anos de escolaridade, ocupação, renda, estado civil e cor da pele.

Estudo realizado em 54 municípios da região Nordeste, que objetivou analisar correlações entre DHEG e particularidades sociodemográficas de mulheres assistidas no pré-natal e parto inferiu que as variáveis raça e escolaridade obtiveram associação estatisticamente significante com o aparecimento da síndrome hipertensiva (BACELAR et al., 2017). Esse dado fomenta a importância de avaliar e registrar integralmente os dados das gestantes acompanhadas nos serviços de saúde.

No tocante à DHEG diagnosticada na admissão, evidenciou-se por meio desta pesquisa que 54% das gestantes eram portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica, 17% de hipertensão gestacional e 1% de pré-eclâmpsia. Destaca-se que o diagnóstico inicial de eclampsia não foi encontrado neste estudo. Outro achado significativo correspondeu ao fato de que 11% das gestantes não possuíam nenhuma das tipologias de DHEG, sendo encaminhadas ao serviço por outras afecções de risco gestacional. No entanto, no decorrer do acompanhamento no PNAR desenvolveram a síndrome hipertensiva. Esse achado encontra-se exposto no gráfico 1.

GRÁFICO 1: DHEG diagnosticada em gestantes admitidas em um serviço público de pré-natal de alto risco. Caicó/RN, 2020.

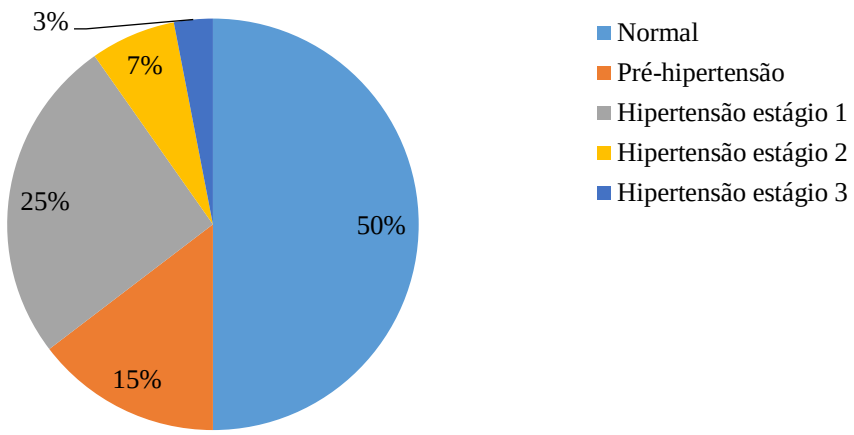


Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No tocante à variável referente à mudança de diagnóstico, 84% das gestantes acompanhadas não apresentaram mudança de diagnóstico. Entretanto, outras mulheres desenvolveram ou alteraram a clínica no decorrer do acompanhamento, em que 5% apresentaram HAS/alteração da PA; 2% desenvolveram pré-eclâmpsia ou a gravidade da patologia. Inferiu-se o aparecimento eclampsia/iminência da afecção em 3% das gestantes acompanhadas. O mesmo percentil correspondeu ao aparecimento de hipertensão gestacional.

Através dos dados colhidos neste estudo depreende-se que 50% das gestantes compreendiam a classificação de normotensão, 15% encontravam-se pré-hipertensas, 25% apresentaram hipertensão estágio 1, 7% hipertensão em estágio 2 e 3% em estágio 3, conforme gráfico 2.

GRÁFICO 2: Classificação da PA em gestantes admitidas em um serviço público de pré-natal de alto risco. Caicó/RN, 2020.

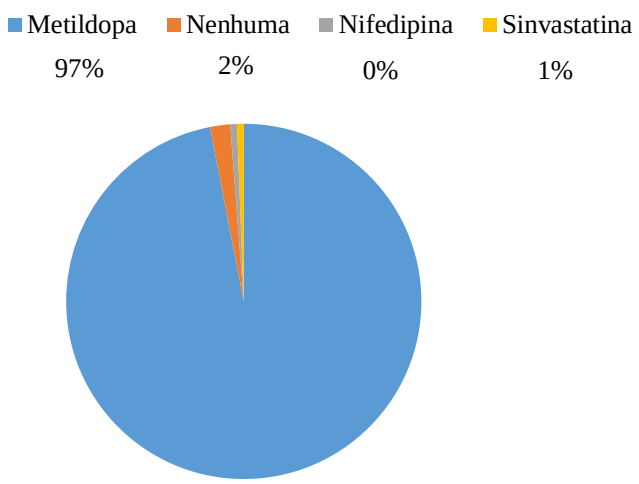


Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Comparando-se os níveis pressóricos obtidos na primeira e última consulta depreendeu-se que houve elevação do percentual inerente a normotensão em 7% das gestantes acompanhadas. No tocante às pré-hipertensas, houve diminuição em 5% dos valores quando comparadas a admissão e última consulta. O estágio hipertensivo 2 obteve redução de valor em 6%. Já a hipertensão estágio 1 alcançou aumento de 2% entre as gestantes, enquanto o estágio 3 manteve-se estável.

No tocante à terapêutica utilizada pelas gestantes para controle dos níveis pressóricos durante o ciclo gravídico, 97% fez uso de metildopa. No entanto, outros medicamentos apareceram em uso, conforme explicita o gráfico 3.

GRÁFICO 3: Terapêutica utilizada por gestantes acompanhadas em um serviço público de pré-natal de alto risco. Caicó/RN, 2020.



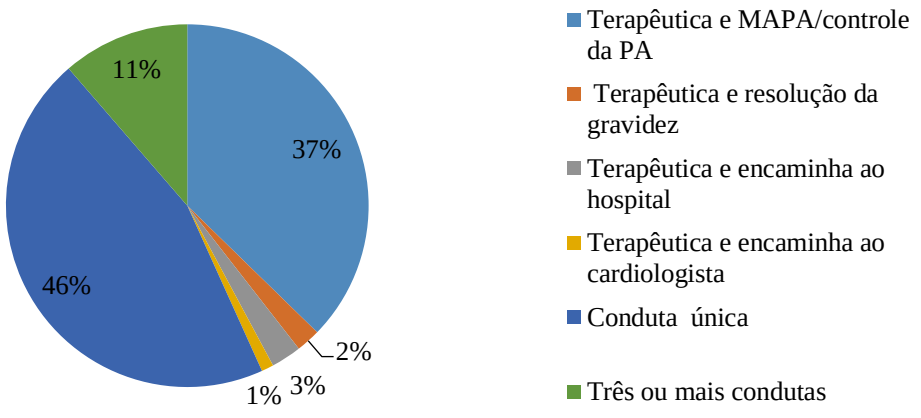
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Kahhale, Francisco Vieira e Zugaib (2018), depreendem que há elevado uso da metildopa em diversos países, tratando-se da terapêutica de primeira escolha. No entanto, existem outros medicamentos que vêm sendo inseridos no tratamento da hipertensão, tais como os betabloqueadores e os antagonistas dos canais de cálcio.

Nóbrega et al. (2016), por meio de estudo realizado em uma maternidade no município de Patos/PB no período de 2008 à 2012, teve como achado a prescrição das seguintes terapêuticas para as gestantes com hidralazina (32%), metildopa (51,1%), nifedipina (33,1%) e sulfato de magnésio (13,5%).

Apenas 2% das mulheres deste estudo utilizaram como conduta a resolução da gravidez associada à terapêutica, enquanto em 37% delas o manejo clínico adotado foi a terapêutica e controle da PA. O emprego de medidas não farmacológicas aliadas à terapêutica auxilia no acompanhamento e controle quanto à progressão dos níveis pressóricos. Os dados encontram-se apontados no gráfico 4.

GRÁFICO 4: Combinação de condutas utilizadas para tratamento de gestantes acompanhadas em um serviço público de pré-natal de alto risco. Caicó/RN, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nesse sentido, comparando-se a conduta expectante ao parto imediato em mulheres com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem traços de gravidade e acima de 34 semanas de gestação, percebeu-se em ensaios clínicos randomizados que, para as mulheres hipertensas no período gravídico, o parto imediato diminuiu a possibilidade de intercorrências maternas graves. Já os benefícios para o recém-nascido estão correlacionados à idade gestacional. No tocante a pré-eclâmpsia, as gestantes que apresentam probabilidade de evoluir para a síndrome de HELLP são igualmente favorecidas com o parto antecipado (BERNARDES et al., 2019).

Pereira et al. (2019), inferiu que gestantes submetidas à cesariana, sejam jovens ou com idade maior ou igual a 45 anos, passam mais dias em internamento hospitalar. Dentre as afecções que aumentam destacaram-se a eclampsia, o distúrbio hipertensivo prévio com proteinúria superposta e a hipertensão gestacional com presença de proteinúria.

Os resultados da presente pesquisa acima descritos, apontaram elementos caracterizadores das mulheres que desenvolveram um dos tipos de DHEG durante seu ciclo gravídico, com abordagem elementar quanto às condutas e desfechos.

Destacam-se as limitações da pesquisa acerca da impossibilidade de analisar os resultados das variáveis de caracterização dos sujeitos: anos de escolaridade, ocupação, renda, estado civil e cor da pele.

Corroborando com essa limitação, a literatura aponta deficiências quanto à utilização de dados secundários em algumas pesquisas, bem como a relevância de registro integral de informações para a excelência no cuidado prestado. A falta de registro em fichas clínicas também foi identificada em um estudo longitudinal, retrospectivo, realizado no centro de saúde de pré-natal de alto risco, num município do oeste catarinense que buscou identificar a DHEG de maior ocorrência (SBARDELOTTO et al., 2018).

O registro, identificação e análise das variáveis de modo detalhado permite a avaliação da gestante por meio de fatores determinantes e condicionantes de saúde da população, favorecendo a visão clínica ampliada, para além do modelo biologicista.

CONCLUSÃO

O estudo atendeu aos objetivos pretendidos. Neste sentido, identificou-se a tipologia de hipertensão arterial sistêmica como de maior prevalência (54%) entre as gestantes atendidas no serviço público de referência pesquisado, explicitando condutas realizadas frente ao diagnóstico da afecção, bem como o perfil sociodemográfico apresentado pelos sujeitos participantes da pesquisa.

A maioria das mulheres do estudo possuía entre 26 e 35 anos e residiam na zona urbana do município estudado. Algumas gestantes não possuíam nenhum dos tipos de DHEG em seu diagnóstico inicial, no entanto no decorrer do ciclo gravídico desenvolveram a patologia. Tal como a eclampsia, que não foi identificada como diagnóstico inicial das gestantes, mas ao diagnóstico final representou percentil de 3%.

No tocante ao comparativo dos níveis pressóricos na admissão e última consulta, destaca-se que 50% das mulheres encontravam-se normotensas na consulta admissional e, ao finalizar o atendimento no serviço houve um aumento em 7% das pacientes que atingiram o nível de normotensão.

Com relação ao manejo clínico da DHEG, depreendeu-se por meio do estudo, a utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos, bem como a combinação de condutas para o enfrentamento do caso.

Acerca da terapia medicamentosa, 97% das gestantes faziam uso de metildopa em monoterapia, de forma isolada. Em se tratando da associação da terapia medicamentosa e outras condutas, inferiu-se que em 2% do grupo populacional da pesquisa foi empregada a resolução da gravidez associada à medicação, enquanto em 37% delas o manejo clínico adotado foi a terapia medicamentosa associada ao controle da pressão arterial.

Como limitação, o estudo apontou deficiências nos registros das fichas clínicas das gestantes e ausência de variáveis importantes no formulário de coleta, o que impossibilitou a análise através de associações de fatores quanto à presença de DHEG e variáveis independentes.

Nesse sentido, a pesquisa contribuiu para a compreensão da prevalência das tipologias da DHEG, a descrição de condutas comumente utilizadas para o enfrentamento e controle das síndromes hipertensivas, caracterização do perfil das gestantes afetadas pela patologia, bem como para a proposição de um novo viés a ser investigado e discutido por outras pesquisas.

Como sugestão para melhoria do atendimento e serviço prestado, propõe-se a implantação da ficha perinatal, cartão espelho da gestante e/ou questionário padronizado no serviço de referência, para melhoria e completude dos registros durante o acompanhamento de mulheres no pré-natal de alto risco.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francisca Liduina Cavalcante, et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. ***Revista Gaúcha de Enfermagem,*** *v. 40, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180023.pdf. Acesso em.: 03 de Junho de 2019.*

ASSUNÇÃO Carine Santos, et al. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. **Revista Fund Care Online,** v. 11, n.3, p. 576-581, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.576-581. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6585/pdf_1. Acesso em.: 03 de Junho de 2019.

BACELAR, Eloisa Barreto, et al. Fatores associados à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da Região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. ***Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,*** *Recife, v. 17, n. 4, p. 683-691, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400004. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n4/pt_1519-3829-rbsmi-17-04-0673.pdf. Acesso em.: 03 de Junho de 2019.*

BERNARDES, T. P., et al. Delivery or expectant management for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes in hypertensive disorders of pregnancy: an individual participant data meta-analysis. **Ultrasound Obstet Gynecol.** v. 53, p. 443–453, 2019. DOI: 10.1002/uog.20224. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30697855/. Acesso em.: 10 de Junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5ª. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 302 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011:** uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 444 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] Departamento de Atenção Básica. – 1ª. ed. rev. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 318 p.

DUTRA, Gláucya Raquel Souza Fonseca, et al. Prenatal Care and Hypertensive Gestational Syndromes: A Systematic Review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 40, n. 8, p. 471-476, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1660526. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v40n8/0100-7203-rbgo-40-08-00471.pdf. Acesso em.: 10 de Outubro de 2018.

FERREIRA JÚNIOR, Antônio Rodrigues, et al. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 41, n. 3, p. 650-667, 2017. DOI: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524. Disponível em: http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2524/2291. Acesso em.: 22 de Abril de 2019.

KAHHALE Soubhi; FRANCISCO VIEIRA Pulcineli; ZUGAIB Marcelo. Pré-Eclâmpsia. **Revista de Medicina.** v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203/140802. Acesso em.: 21 de Janeiro de 2020.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge. **Obstetrícia.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NÓBREGA, Mércia de França, et al. Perfil de gestantes com síndrome hipertensiva em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE on line.** v. 10, n. 5, p. 1805-11, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201629. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13560/16344. . Acesso em.: 03 de Junho de 2019.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; GRACILIANO, Nayara Gomes. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 24, n. 3, p. 441- 451, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000300010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf. Acesso em.: 22 de Fevereiro de 2020.

*PEREIRA, Samire Lopes et al. Fatores associados ao tempo de permanência hospitalar de mulheres submetidas à cesariana. **Revista de Saúde Pública.** v. 53, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001113. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-65.pdf. Acesso em.: 21 de Janeiro de 2020.*

SALGE, Ana Karina Marques, et al. Associação entre as características macroscópicas do cordão umbilical, gestação de alto risco e repercussões neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 51, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017006303294. Disponível em:https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2017006303294.pdf. Acesso em.: 04 de Junho de 2019.

SBARDELOTTO, Taize, et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Revista Cogitare Enfermagem.** v. 23, n. 2, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53699. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53699/pdf. Acesso em.: 27 de Maio de 2019.

Capítulo 21

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DO ALEITAMENTO MATERNO

Anna Suzi Jales[1]
Dorothy Bezerra Linhares[2]
Izabela Stephanie de Sousa Melo[3]
Jardel Pessoa Medeiros[4]
Lia Maristela da Silva Jacob[5]

RESUMO : Em virtude da importância do aleitamento materno para o desenvolvimento saudável do lactente, a fragilidade no conhecimento de profissionais de saúde sobre este método pode prejudicar o desenvolvimento adequado desta prática. Objetivou-se revisar e descrever, com base na literatura nacional e internacional, estudos que abordem o conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca do aleitamento materno. Trata-se de revisão integrativa da literatura, em que se selecionaram dez estudos, os quais apontaram que a maioria dos profissionais de saúde possuíam conhecimento regular sobre aleitamento materno, em que os maiores escores de conhecimento foram observados após a realização de intervenções em saúde, relacionadas a este método alimentar. Portanto, há necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica, referente a essa temática.
Palavras-chave: Aleitamento materno. Conhecimento. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Given the importance of breastfeeding (BF) for the healthy development of infants, the fragility in the knowledge of health professionals, about BF can impair this adequate development. Therefore, this research aims to review and describe, in national and international literature, studies that analyze the knowledge of primary care health professionals about breastfeeding. This work is an integrative literature review, in which ten studies were selected. Thus, the studies pointed out that most health professionals had regular knowledge about BF and the highest knowledge scores were observed after participating in health interventions related to BF. Therefore, there is a need for greater training for primary care health professionals in this theme.
Keywords: Breast Feeding. Knowledge. Health Personnel. Primary health care

Introdução

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é a administração apenas do leite materno, seja da própria mãe ou de doação, durante os primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2015). Nesta perspectiva, a importância do aleitamento materno (AM) até os dois anos de idade abrange diversos benefícios, tanto para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança quanto para mãe, como prevenção de alguns tipos de câncer (BRASIL, 2015). Conquanto, embora seja prioridade da Organização Mundial de Saúde (OMS), na maioria dos países, o percentual de amamentação

[1]Graduanda do Curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas- EMCM/UFRN, annasuzijales18@gmail.com.
[2]Graduanda do Curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas- EMCM/UFRN, dorothypb@hotmail.com.
[3]Graduanda do Curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas- EMCM/UFRN, izabelastephanie.melo@gmail.com.
[4] Graduando do Curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas- EMCM/UFRN, jardelpm@ufrn.edu.br.
[5]Enfermeira, Doutora em enfermagem, Docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas-EMCM/UFRN e da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte- UERN/ Caicó- RN, lia_maristela@hotmail.com.

exclusiva ainda é inferior a 50% e, no Brasil, essa taxa é ainda menor, não havendo progressão desde 2006 (BOCCOLINI et al., 2017; VICTORA et al., 2016).

O perfil de aleitamento materno que vem se estabelecendo no Brasil denota a necessidade de uma inclusão mais eficaz dos profissionais de saúde como protagonistas para transformar essa realidade nacional (CONDE et al., 2017). Neste âmbito, é essencial que esse apoio seja realizado em diferentes momentos do percurso materno-infantil, estando presente desde o planejamento familiar e passando por pré-natal, parto e puerpério (ROCHA et al., 2018).

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde, bem como gestores da Atenção Básica tenham conhecimento acerca do cenário nacional e internacional em relação à temática discutida. Deste modo, a presente pesquisa poderá contribuir para guiar novas políticas públicas de promoção ao AM, bem como acrescentar à literatura nacional, uma vez que novos estudos poderão ser realizados a partir deste. Portanto, o presente trabalho objetivou revisar e descrever, com base na literatura nacional e internacional, estudos que abordem o conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre aleitamento materno.

Metodologia

Para delineamento da pesquisa, utilizou-se da revisão integrativa, a qual foi desenvolvida percorrendo as seguintes etapas: escolha do tema e definição da questão disparadora do estudo; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; definição das informações a serem adquiridas dos estudos encontrados; avaliação das publicações selecionadas; interpretação e apresentação da síntese do conhecimento (MENDES, 2008). A indagação norteadora foi: qual o conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca do aleitamento materno?

O referido estudo foi executado entre março e julho de 2020. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicos *US National Library of Medicine* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Utilizaram-se dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): aleitamento materno, conhecimento, pessoal de saúde e atenção primária à saúde, bem como *medical subject headings* (MESH): *health personnel, breast feeding, knowledge* e *primary health care.* Usou-se a expressão booleana *AND*, cruzando-se os descritores.

Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos 2015 e 2020, que trabalhassem o tema da pesquisa e respondessem à pergunta norteadora. Excluíram-se artigos duplicados e que não responderam ao objetivo proposto, teses e dissertações.

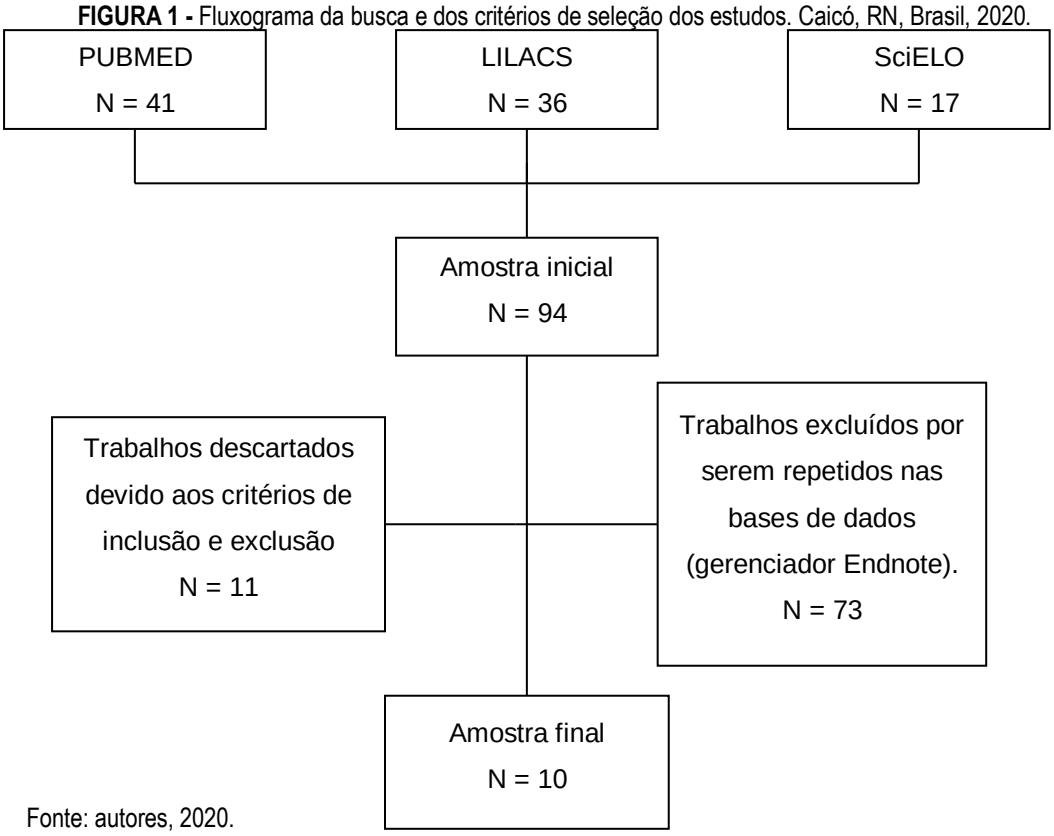
A busca, a avaliação e a seleção dos resumos dos estudos foram realizadas de forma independente por dois revisores e, ao final, procedeu-se à discussão de consenso sobre os artigos a serem incluídos na revisão. Após essa etapa, efetuou-se a leitura na íntegra dos estudos incluídos, sendo feita nova seleção pareada, de acordo com os mesmos critérios de inclusão e exclusão. As discordâncias foram resolvidas por consenso ou consulta a um terceiro revisor.

Os artigos escolhidos foram agrupados em categorias de análise e encaminhados para o gerador de referências EndNote. Aplicaram-se instrumentos de coleta de dados sobre as informações consideradas de relevância para este estudo, como autores, título, país, objetivo, delineamento do estudo, nível de evidência e conclusões ou recomendações.

Após as etapas, incluíram-se 10 artigos (Figura 1), os quais foram agrupados em sete categorias (Quadro 1).

Os níveis de evidência considerados neste estudo foram: I - metanálise e revisões sistemáticas; II - estudos individuais/delineamento experimental; III - evidência de estudo quase experimental; IV - estudos descritivos com abordagem qualitativa; V - estudos de caso; VI - estudos descritivos; VII - opinião de especialistas (ROCKVILLE, 2014).

FIGURA 1 - Fluxograma da busca e dos critérios de seleção dos estudos. Caicó, RN, Brasil, 2020.



Fonte: autores, 2020.

Resultados

Encontraram-se três artigos do tipo quase-experimental, com nível de evidência três; dois artigos descritivos e quantitativos, com nível de evidência seis; um descritivo, com evidência seis; dois transversais, com nível de evidência quatro; um transversal descritivo-exploratório e quantitativo, com evidência seis; e, por fim, um metodológico, com nível de evidência seis (Quadro 1).

As publicações selecionadas correspondem aos anos de 2015 a 2020, provenientes de cinco países, sendo 50% (5) do Continente Sul-Americano, 30% (3) do Continente Africano, 10% (1) do Continente Norte-Americano e 10% (1) do Continente Europeu. Quanto ao idioma, 50% (5) dos estudos estavam em português e a outra metade estava em inglês.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos científicos, segundo autor, título, objetivo, país de origem, delineamento, nível de evidência e conclusões, Caicó, RN, Brasil, 2020

Autores	Títulos	Objetivos	Países de origem	Delineamentos	Níveis de evidência	Conclusões
Santos et al.	O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil	Avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde em alimentação complementar e a associação com características sociodemográficas, rotinas de trabalho, além de descrever os recursos disponíveis nas unidades básicas de saúde para que tenham domínio neste tema.	Brasil	Descritivo e quantitativo	VI	Os ACS do sexo feminino, com idades entre 30-39 anos completos, brancos e pardos (autodeclarados), com maior tempo de profissão, com maior grau de escolaridade obtiveram maior escores de acertos no teste de conhecimento. As perguntas sobre aleitamento materno obtiveram maior número de acertos em comparação com o conhecimento em alimentação complementar.
Fonseca-Machado et al.	Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família	Descrever as características pessoais e profissionais dos profissionais de enfermagem da atenção primária e identificar a percepção destes quanto à própria competência para manejar e orientar a prática do aleitamento materno.	Brasil	Descritivo	VI	Os profissionais eram predominantemente jovens, do sexo feminino e não tinham filhos. Eles também tinham uma percepção positiva quanto aos próprios conhecimentos comunicacionais e técnicas relacionados à prática clínica da amamentação.
Migolozeli; Shilubane e Khoza.	Atitudes dos enfermeiros em relação à implementação da iniciativa Amiga da Mãe e do Bebê em unidades de saúde primárias selecionadas em Makhuduthamaga Município, província de Limpopo	Determinar as atitudes de enfermeiros em relação à implementação do programa governamental MBFI em instalações selecionadas da APS, no município de Makhuduthamaga, provícia de Limpopo.	África do Sul	Descritivo e quantitativo	VI	A maioria dos profissionais de enfermagem têm atitudes positivas com relação à implementação do MBFI, contrapondo os enfermeiros inscritos e os auxiliares de enfermagem inscritos. Além disso, as três categorias apresentaram atitudes positivas, sobretudo os enfermeiros profissionais que detiveram os scores mais altos, quanto ao AME.

Silva et al.	Oficina sobre aleitamento materno com agentes comunitários de saúde: do saber ao aprendizado	Avaliar o impacto de uma oficina sobre aleitamento materno para Agentes Comunitários de Saúde.	Brasil	Transversal, Descritivo-exploratório e quantitativo	VI	Após realização das oficinas, houve significativo aumento no número de acertos na avaliação e percebeu-se o esclarecimento de mitos relacionados à prática do aleitamento.
Vasquez et al.	Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional	Avaliar e comparar o conhecimento e a qualidade do manejo do AM entre profissionais de saúde atuantes na ESF e em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com modelo assistencial tradicional, no Município de Rio Grande/RS, Brasil.	Brasil	Transversal	IV	Os profissionais de saúde atuantes na ESF obtiveram desempenho superior, tanto em relação ao conhecimento quanto manejo do AM, quando comparado aos profissionais da assistência tradicional.
Samuel et al.	Uma intervenção de treinamento sobre alimentação infantil entre trabalhadores da atenção primária no município de Ibadan	Avaliar o efeito de um treinamento realizado com os profissionais de saúde da APS sobre os conhecimentos, atitude e provisão de informações e aconselhamento sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas nas consultas de pré-natal.	Nigéria	Quase-experimental	III	O treinamento melhorou o conhecimento, as atitudes e a prática dos profissionais de saúde em relação à alimentação de lactentes e crianças pequenas, porém, as melhorias caíram novamente na visita pós-treinamento. Suscitou-se a necessidade de reciclagens regulares.
Rosen-Carole et al.	Avaliando a eficácia de um projeto de melhoria da qualidade favorável à amamentação em uma grande rede federal de centros de saúde	Avaliar o efeito de um projeto intitulado Iniciativa Amigável à Amamentação (BFI), no conhecimento e nas atitudes de profissionais e funcionários, bem como as taxas de amamentação de pacientes em uma grande rede de Centros de Saúde, em que não há consultores de lactação na equipe.	Estados Unidos	Quase-experimental	III	Os profissionais de saúde tiveram conhecimentos e práticas relacionados à amamentação aprimorados, após implementação do projeto, assim como as novas gestantes e mães tiveram atitudes positivas em relação à amamentação e duração desta.
Ramos et al.	Conhecimento dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno e	Analisar o conhecimento sobre AM e AC de profissionais da atenção primária que	Brasil	Transversal	IV	Profissionais de saúde da ESF apresentaram maior conhecimento

	alimentação complementar	atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município.				sobre AM, quando comparados ao conhecimento em AC, achado associado ao grau de escolaridade e de atuação (assistência em AM e AC prestada pelos profissionais às mães lactantes).
Horwood et al.	Uma intervenção educacional para atualizar os profissionais de saúde sobre HIV e alimentação infantil	Descrever o desenvolvimento e a implementação de uma intervenção para abordar as atitudes e crenças dos profissionais de saúde sobre amamentação, no contexto do HIV, além de melhorar conhecimentos, habilidades e confiança; e avaliar se este modelo pode ser adaptado para fornecer ferramenta genérica para educação médica contínua a profissionais de saúde.	África do Sul	Quase-experimental	III	A intervenção inovadora fornece abordagem viável e sustentável para atualizar os profissionais de saúde em ambientes, com recursos limitados, e pode ser adaptado a outros contextos clínicos.
Pol-Pons et al.	Competência Básica em Amamentação na Atenção Primária: Desenvolvimento e Validação do questionário CAPA	Desenvolver e validar um questionário que mede a competência básica dos profissionais de saúde da atenção básica sobre aleitamento materno.	Espanha	Metodológico	VI	O questionário CAPA foi desenvolvido e validado, e pode ser aplicado facilmente na prática clínica, devido à rapidez de sua conclusão e possibilidade de aplicação *on-line*, permitindo o acesso a uma amostra grande e difundida a baixo custo. Esse questionário pode ajudar a identificar grupos profissionais com menor competência em relação à amamentação que se beneficiariam mais com intervenções.

Fonte: Autores, 2020.

Discussão

A maioria dos estudos encontrados avaliou o conhecimento dos profissionais de saúde em aleitamento materno, cinco dos quais consideraram todos os profissionais de saúde da Atenção Primária (VASQUEZ, 2015; SAMUEL, 2016; RAMOS, 2018; HORWOOD, 2020; ROSEN-CAROLE,

2016; POL-PONS, 2016), enquanto um avaliou apenas entre enfermeiros e técnicos de enfermagem ou trabalhadores relacionados às práticas em enfermagem (FONSECA-MACHADO, 2015) e dois consideraram somente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (SANTOS, 2019; SILVA, 2019), um dos quais também analisou a eficácia de uma intervenção sobre o tema (SILVA, 2019). Além disso, dois artigos compararam a compreensão sobre alimentação complementar (AC) em relação ao conhecimento em AM (SANTOS, 2019; RAMOS, 2018). Um dos estudos validou um questionário a ser aplicado aos profissionais sobre a temática (POL-PONS, 2016) e outro apenas avaliou a eficácia de uma intervenção em AM com os profissionais (SANTOS, 2019). Por fim, um dos estudos considerou a percepção dos profissionais sobre um programa governamental voltado para promoção de aleitamento materno (MIGOLOSELI, 2019).

As pesquisas que avaliaram o conhecimento dos profissionais sobre AM apontaram que eles possuíam conhecimento razoável ou regular sobre a temática (SAMUEL, 2016; SILVA, 2019; VASQUEZ, 2015). Um dos estudos também considerou o conhecimento sobre AM entre as parteiras, as quais obtiveram maior índice de entendimento sobre o assunto, em comparação com médicos e enfermeiros, devido ao treinamento ofertado a essas profissionais na Espanha (POL-PONS, 2016).

Um dos estudos considerou a autoavaliação de enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto à competência comunicacional e técnica para lidar com as questões relacionadas ao AM na prática clínica, tendo como resultado uma autoavaliação positiva (FONSECA-MACHADO, 2015). Nesse estudo, a maioria dos profissionais participou, pelo menos uma vez, de cursos sobre aleitamento materno (FONSECA-MACHADO, 2015).

Além disso, os trabalhadores apresentaram melhor conhecimento em aleitamento materno do que em alimentação complementar (SANTOS, 2019; RAMOS, 2018). Outrossim, essa disparidade ocorreu em todas as categorias profissionais, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (RAMOS, 2018).

O estudo que comparou a ESF com o modelo tradicional de Atenção Básica apontou a baixa porcentagem de profissionais com desempenho adequado quanto à temática, embora os profissionais da ESF tenham alcançado médias de acerto superiores aos trabalhadores do modelo tradicional, tanto no conhecimento quando manejo do AM (VASQUEZ, 2015). Embora exista essa disparidade, a mesma não pôde ser observada no exercício das atividades clínicas dos profissionais na ESF (VASQUEZ, 2015).

Na pesquisa que considerou o conhecimento acerca do aleitamento em mães portadoras do HIV, as lacunas de entendimento dos profissionais envolviam, principalmente, o monitoramento e a adesão à TARV, durante a amamentação, o manejo dos resultados da carga viral, como gerenciar as condições da mama, como mamilos rachados e/ou sangrando, entre outros (HORWOOD, 2020).

Um dos estudos buscou validar questionário para avaliação do conhecimento de profissionais intitulado “Competência em cuidados primários sobre aleitamento materno”, com

acrônimo catalão CAPA, o qual, segundo o estudo, pode ser aplicado com rapidez e de forma *on-line* (POL-PONS, 2016).

Os estudos que avaliaram o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde averiguaram que esses trabalhadores possuíam os maiores níveis de conhecimento sobre aleitamento materno, os quais eram, em maioria, do sexo feminino (VASQUEZ, 2015; SANTOS, 2019; SILVA, 2019; RAMOS, 2018; ROSEN-CAROLE, 2016), esse cenário pode estar associado a maior prevalência de profissionais mulheres na Atenção Básica (VASQUEZ, 2015). Quanto à idade dos profissionais, dois estudos relacionaram a idade entre 30-49 aos maiores escores de acertos (SANTOS, 2019; VASQUEZ, 2015). Entre os mais capacitados, estavam aqueles com maior tempo de profissão (SANTOS, 2019; SILVA, 2019), os que tinham curso superior completo (SANTOS, 2019; VASQUEZ, 2015; RAMOS, 2018), bem como aqueles que haviam tido previamente algum tipo de treinamento em aleitamento materno, principalmente os que participaram com frequência nas capacitações ou realizaram pós-graduação (SANTOS, 2019; VASQUEZ, 2015).

A maioria dos estudos que avaliou o impacto de intervenções para melhoria do conhecimento dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno afirmou que elas geram reflexos positivos no entendimento dos trabalhadores sobre a temática (SILVA, 2019; SAMUEL, 2016; ROSEN-CAROLE, 2016; HORWOOD, 2020), inclusive com esclarecimento de mitos relacionados ao assunto (SILVA, 2019). Em um dos trabalhos, verificou-se maior duração do aleitamento materno após a realização de intervenção, em comparação com as taxas de AM anteriores a ela (ROSEN-CAROLE, 2016).

Apesar disso, algumas ressalvas também foram feitas quanto aos resultados após um período de tempo. Percebeu-se mais acertos nas respostas sobre AM dos profissionais, imediatamente após a intervenção, melhora que diminuiu depois de algum tempo da intervenção, principalmente quanto ao manejo das dificuldades para amamentar (SAMUEL, 2016).

No estudo que avaliou a percepção de gestantes em consultas de pré-natal sobre terem recebido aconselhamento individual dos profissionais de saúde acerca do aleitamento materno, após a realização de intervenção, demonstrou-se que a maioria das respostas diferiram daquelas dadas pelos trabalhadores de saúde, concluindo que a proporção de mulheres que receberam esse tipo de aconselhamento não obteve melhora significativa após intervenção (SAMUEL, 2016).

Na pesquisa que avaliou a implantação do programa governamental voltado para apoiar a prática saudável do aleitamento materno, observou-se aumento das taxas de amamentação, embora muitos trabalhadores tivessem visto o programa de forma negativa, por considerar que alterou as práticas clínicas diárias, com consequente resistência quanto a isso (MIGOLOZELI, 2019).

Por fim, a intervenção de um dos trabalhos buscou iniciativa inovadora, por meio de abordagem inicialmente em equipe e, posteriormente, individualizada, com a utilização de poucas tecnologias, como cartões de papel e caneta (HORWOOD, 2020). Constatou-se que tal

intervenção cumpre ser viável para capacitar os profissionais de saúde, sendo possível contemplar diversos contextos clínicos e locais com poucos recursos (HORWOOD, 2020).

Um dos estudos avaliou como fator dificultador da promoção do AM a rotatividade dos profissionais nas equipes de saúde, o que compromete o conhecimento do contexto e o acompanhamento de gestantes, dificultando a comunicação e abordagem do aleitamento, com estas e respectivas famílias (FONSECA-MACHADO, 2015).

Um dos estudos observou que embora orientações sobre o AM às gestantes fossem realizadas, o repasse de informações incorretas e/ou incompletas poderiam contribuir para o desmame precoce (VASQUEZ, 2015). Diante disto, considera-se necessária a implementação de políticas que promovam treinamentos e capacitações permanentes e regulares em amamentação, a fim de assegurar e oferecer conhecimentos sobre o manejo correto acerca do AM (MGOLOZELI, 2019; SAMUEL, 2016; SILVA, 2019; VASQUEZ, 2015). Neste contexto, o apoio governamental a tais estratégias pode promover maior adesão dos profissionais (MGOLOZELI, 2019).

Além disso, as literaturas que desenvolveram intervenções apontaram a necessidade de novas pesquisas, com metodologia qualitativas, visando conhecimento sobre a percepção dos participantes, mediante as atividades (HORWOOD, 2020).

Considerações Finais

Verificou-se que a maior parte da literatura selecionada ponderou como regular o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno. Quanto aos trabalhos que desenvolveram intervenções, percebeu-se notável melhora nos escores de conhecimento dos trabalhadores após as ações. Diante disto, urgem políticas e ações promotoras de capacitações e reciclagens regulares sobre amamentação, por meio de metodologias ativas e inovadoras, a fim de garantir aprendizado mais duradouro.

Referências

BOCCOLINI, C. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–9, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**.Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, 2015.

CARVALHO, Maria José Laurentina do Nascimento et al. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 66-73, Mar. 2018.

CONDE, Raquel Germano et al. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 30, n. 4, p. 383-389, Agosto, 2017.

DIAS, Rafaella Brandão; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; VILELA, Alba Benemérita Alves. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2527-2536, Agosto, 2016.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira et al. Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enf. Ref**., Coimbra, v. serIV, n. 5, p. 85-92, jun. 2015.

HORWOOD, Christiane et al. An educational intervention to update health workers about HIV and infant feeding. **Maternal & child nutrition.** vol. 16, n. 2, e12922, 2020.

JESUS, Patricia Carvalho de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; FONSECA, Sandra Costa. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. **J. Pediatr.** (Rio J.). Porto Alegre, v. 92, n. 5, p. 436-450, Outubro, 2016.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Context Enferm**. 17(4):758-64, 2008.

MGOLOZELI, Siyabulela E. et al. Nurses' attitudes towards the implementation of the Mother-Baby Friendly Initiative in selected primary healthcare facilities at Makhuduthamaga Municipality, Limpopo province. **Curationis** vol. 42, n. 1 p. 1929. Março, 2019.

POL-PONS, Anna et al. Breastfeeding basic competence in primary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. **Midwifery.** vol. 42, p. 87-92, 2016.

RAMOS, Ana Elisa et al. Knowledge of healthcare professionals about breastfeeding and supplementary feeding. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 71, n. 6, p. 2953-2960, Dezembro, 2018.

ROCHA, Andréa Lyra Arnozo da et al. O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizes sobre aleitamento materno. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 9, n. 2, p. 2165-2176, Agosto, 2018.

ROCKVILLE, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews. **AHRQ Publication No.** v. 10, n. 14, jan 2014.

ROSEN-CAROLE, Casey et al. Assessing the Efficacy of a Breastfeeding-Friendly Quality Improvement Project in a Large Federally Qualified Health Center Network. **Journal of human lactation**. vol. 32, n. 3, p. 489-97, 2016.

SAMUEL, Folake O et al. A training intervention on child feeding among primary healthcare workers in Ibadan Municipality. **African journal of primary health care & family medicine.** vol. 8, n. 1, p. e1-e6, setembro, 2016.

SANTOS, Francine Silva dos; MINTEM, Gicele Costa; GIGANTE, Denise Petrucci. O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3483-3494, Setembro, 2019.

SILVA, Darlan Rafael Santos, et al. Oficina sobre aleitamento materno com agentes comunitários de saúde: do saber ao aprendizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, dez. 2019.

VASQUEZ, Jamila; DUMITH, Samuel C.; SUSIN, Lulie Rosane Odeh. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 2, p. 181-192, Junho, 2015.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 2, p. 1–24, 2016.

Capítulo 22

CONHECIMENTO E/OU EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR GESTANTES ACERCA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS, COM ENFOQUE NA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE E ECLÂMPSIA

KNOWLEDGE AND / OR EXPERIENCE EXPERIENCED BY PREGNANT WOMEN ABOUT HYPERTENSIVE SYNDROMES, WITH A FOCUS ON SERIOUS PRE-ECLAMPSY AND ECLAMPSY

Isabelly Wendy Macedo Belo Silva[1]
Luana Flávia Nascimento Silva[2]
Paulo Isaac de Souza Campos[3]
Raiane Joselma da Silva[4]
Thaíse Torres de Abuquerque[5]
Viviane Pereira da Silva[6]

RESUMO: A eclâmpsia é uma doença comum na gestação, que inicia com a pré-eclâmpsia geralmente os sinais começam após a vigésima semana de gestação caracterizada pelo aumento da pressão arterial, inchaço, proteinúria. O objetivo geral é descrever o conhecimento e/ou as experiências vivenciadas pelas gestantes acerca das síndromes hipertensivas, com enfoque na pré-eclâmpsia grave e eclampsia. Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura científica na qual os dezesseis artigos selecionados foram através da base dados da biblioteca virtual de saúde e do google acadêmico. Espera-se que possibilite uma melhor qualidade no atendimento as gestantes, contribuindo com a redução da morbimortalidade por estas síndromes hipertensivas, além de promover uma assistência dentro dos padrões de segurança, oferecendo a estas mulheres experiências mais adequadas através do conhecimento acerca deste assunto.
Palavras-chave: Pré-eclâmpsia. Eclâmpsia. Gestantes.

ABSTRACT: Eclampsia is a common disease in pregnancy, which begins with pre-eclampsia, usually the signs begin after the twentieth week of gestation characterized by increased blood pressure, swelling, proteinuria. The general objective is to describe the knowledge and / or experiences of pregnant women about hypertensive syndromes, with a focus on severe pre-eclampsia and eclampsia. It is a bibliographic review of the scientific literature in which the sixteen articles selected were based on the database of the virtual health library and the academic google. It is hoped that it will enable a better quality of care for pregnant women, contributing to the reduction of morbidity and mortality from these hypertensive syndromes, in addition to promoting assistance within safety standards, offering these women more appropriate experiences through knowledge about this subject.
Keywords: Pre eclampsia. Eclampsia. Pregnant women.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam quase 10% de todas as mulheres grávidas em todo o mundo, e são causa importante de morbidade aguda grave, incapacidade longa e morte entre mães e bebês. Tendo ainda causa excêntrica, pode ser resultante da liberação, pelo feto, de proteínas que passam pelos vasos

[1] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca. E-mail: isabellywendy19@hotmail.com.
[2] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca. E-mail: luanaflavia20@hotmail.com.
[3] Mestre em Educação e Ciência e Matemática pela UFPE e Professor do Centro Universitário do Vale do Ipojuca. E-mail: isaac.campos18@hotmail.com.
[4] Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca. E-mail: rs890850@gmail.com.
[5] Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente pela UFPE e Professora do Centro Universitário do Vale do Ipojuca. E-mail: thaise.albuquerque@unifavip.edu.br.
[6] Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca. E-mail: viviane_bmx@hotmail.com.

sanguíneos da gestante despertando uma resposta imunológica, agredindo as paredes dos vasos sanguíneos e causando vasoconstrição (OLIVEIRA et al., 2016).

A pré-eclâmpsia é considerada uma doença de etiologia desconhecida, portanto, acaba sendo uma doença multifatorial por envolver outros sistemas como principalmente vascular, renal e até mesmo o cerebral. As mulheres que desenvolvem a pré-eclâmpsia não precisam necessariamente ter doenças cardiovascular ou hipertensão, a síndrome é desenvolvida na gestação e após a gestação os picos de hipertensão desaparecem. (SILVA et al., 2019).

A equipe de enfermagem precisa estar atenta aos sinais da pré-eclâmpsia e eclâmpsia em qualquer fase da gestação, para que tanto a mãe quanto o bebê não corram riscos, e a mãe não evolua para o estado de convulsões. Pois, quando não tratadas pode progredir para uma hemorragia cerebral, por ruptura de aneurisma e epilepsia (SILVA et al., 2019).

A obesidade, a hipertensão crônica e a diabetes estão entre os fatores de risco, os quais também incluem nuliparidade, extremos da idade fértil e às placentas grandes (por ex.: gravidez de gêmeos). Por conseguinte, é indispensável que toda mulher antes de planejar, bem como no pré-natal, seja orientada e investigada sobre tais fatores, esta abordagem pode resultar numa melhoria às pacientes, proporcionando maior qualidade no entendimento, reduzir custo devido a redução de morbimortalidade e iatrogênia bem como promover padrões de segurança e confiabilidade as organizações de saúde (SOARES et al., 2019).

A pré-eclâmpsia não cuidada pode dar continuidade para a síndrome de HELLP, tem o nome de HELLP pois os sinais e sintomas estão envolvidos, abreviação em inglês, H: hemólise; EL: elevação de enzimas hepáticas e LP: baixa contagem de plaquetas. Que é uma forma mais avançada da doença, que tem por alterações hemólise que é caracterizada por destruição dos glóbulos vermelhos, aumento das enzimas hepáticas caracterizada por gordura no fígado, algumas dessas enzimas temos em outras partes do corpo como cérebro, pouco concentrada, mas que com a elevação pode trazer danos e diminuição de plasma. As plaquetas são essenciais no sangue e com sua diminuição pode favorecer o risco de coagulação, assim, trazendo riscos de tromboses. Os profissionais de saúde devem estar atentos às gestantes com sintomas de náuseas, dores de cabeças constantes e dores no estômago que é indicativo de síndrome de HELLP, para assim evitar riscos para a mãe e o bebê (GONÇALVES et al., 2018).

Um modo profilático de conter a morte materna e neonatal é o pré-natal, por acompanhar desde o início as fases do desenvolvimento fetal e intercorrências na saúde da gestante. Por meio dessas considerações, esta pesquisa tem por finalidade proporcionar conhecimento e/ou experiências vivenciadas pelas gestantes acerca das síndromes hipertensivas, com enfoque na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia. A metodologia utilizada trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura científica na qual os dezesseis artigos selecionados foram através da base dados da biblioteca virtual de saúde e do google acadêmico.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica da literatura científica proveniente da análise de dezesseis artigos científicos, com período de publicação entre os anos de 2014 a 2020. Esses artigos foram selecionados através da base de dados da biblioteca virtual de saúde e do google acadêmico, utilizando os seguintes descritores: Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Gestantes. Foram incluídos os artigos com data de publicação a partir de 2014 e disponíveis na íntegra na língua portuguesa. Foram excluídos, os artigos duplicados, sendo considerado apenas uma publicação, teses e dissertações.

Resultados e Discussão

A assistência prestada a gestante com síndromes hipertensivas, com enfoque na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia

As síndromes hipertensivas são consideradas um obstáculo extremamente desafiador na saúde pública do Brasil, conceituada como uma das primordiais razões de morte perinatal, morbimortalidade materna, parto pré-termo e limitações do desenvolvimento intrauterino. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma doença crônica não transmissível de razões multifatoriais associado a modificação funcional, estrutural e metabólica, ela estar relacionada a uns dos fatores de risco da pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, acometendo gestante, e trazendo complicações na hora do parto. (SILVA te al., 2016)

A HAS é considerada a principal causa de reversão do quadro clínico da gestante, e do diagnóstico tardio, pois como podemos destacar, por mais que tenham vários artigos e publicações relacionada a pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia a etiologia ainda continua desconhecida, levando em considerações o rastreamento da doença, fatores de risco e a assistência prestada pelo profissional que estar acompanhando aquela gestante no pré-natal, para que seja descoberta precocemente (JESÚS et al.,2014).

Buscando evidências pra reduzir os casos, a pré-eclâmpsia é a que mais acometem as gestantes, caracterizada como uma síndrome multissistêmica causada por Pressão Arterial Sistólica (PAS) >140mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) >90mmHg, ou ambas, exceto em emergência, a hipertensão deve ser documentada em >2 mensurações, realizadas pelo menos em intervalo de quarto hora. A proteinúria classifica pela perda de proteína na urina ocasionando danos renais, nesse caso deve ser realizada uma coleta de urina em 24horas, para avaliar a perda total de proteínas, após a vigésima semana de gestação, atingindo mulheres com PA regular e sem alterações cardíacas, apresentando um histórico saudável. Por tais causas o acompanhamento do pré-natal, considerasse de extrema relevância na prevenção e tratamento das doenças causadas na gestação, parto e puerpério, surpreendendo de forma positiva nos parâmetros materno-infantil. (AMORIM et al., 2017).

A assistência prestada pelos enfermeiros que fazem o acompanhamento dessas gestantes nas consultas de pré-natal e no parto, deve-se observar os aspectos fundamentais como: oferecer uma consulta com dignidade tanto a gestante quanto aos seus familiares, aderir diretrizes e executar procedimentos que tragam benefícios para a evolução saudável da gravidez, parto e nascimento, fornecendo as informações adequadas para o atendimento da paciente, que na maioria das vezes é desconhecedora dos benefícios e tratamentos adequados. As consultas de pré-natal elas são realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no seu ciclo gravídico e puerperal, é recomendado utilizar medidas de prevenção e promoção à saúde da mulher, e detectar precocemente as intercorrências, para que não evolua para o óbito da gestante e/ou feto. (LIMA et al.,2018).

O papel da maternidade nas síndromes hipertensivas, com enfoque na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.

Atualmente, a literatura trás relatos sobre mulheres que não receberam os devidos cuidados durante seu período gestacional, ocasionando ansiedades, agravados pelas necessidades de internação hospitalar precoce e consequentemente uma possível interrupção da gravidez, trazendo condições como, Deslocamento Prematuro da Placenta (DPP), edema pulmonar causada pela deficiência em surfactante. Desencadeia a atelectasia alveolar e a diminuição da complacência pulmonar, hemorragia cerebral atribuída diretamente a imaturidade das estruturas cerebral, lesão renal aguda potencializada pela imaturidade anatômico-fisiológica do rim prematuro, colestase neonatal relativa a imaturidade hepática, Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), destacando-se como as principais doenças causadas pela pré-eclâmpsia grave e eclampsia. Além das implicações perinatais que pode causar um sofrimento fetal e/ou a morte perinatal (SANTOS et al.,2017).

As mulheres passam por muitas experiências de mudanças no seu corpo, principalmente durante a gestação, passando por um processo de alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais. Diante das fases dos avanços da gestação, podendo ser encarada como um momento de desequilíbrio existencial, que predomina o estado da saúde mental e fisiológica, variando conforme as condições e infraestrutura de cada indivíduo, é necessário um suporte emocional e psicológico na assistência a mulher, pois além de serem gestantes que poderiam adquirir a pré-eclâmpsia grave ou eclampsia, vai prejudicar o seu progresso no pós parto (MASSIH PIO et al., 2019).

O desfalque da assistência prestada traz muitas desvantagens as gestantes, é recomendado um atendimento ampliado e humanizado ideal para que as mulheres possam ter melhores experiências em uma fase tão importante e cheia de dúvidas e anseios, e não apresentando nenhum tipo de trauma obstétrico. Apresentando um alto índice de morbimortalidade, torna-se indispensável prestar uma assistência de enfermagem com qualificação e embasamento nas evidências científicas. As assistências executadas e efetivadas em resultados alcançados a partir de métodos científicos comprovados, garantindo um cuidado

integral à saúde dessas gestantes, estes comportamentos proporcionam melhoras nos serviços prestados, acolhimento, diminuição de despesas relacionadas a morbimortalidade e promovendo parâmetros de seguranças (FERREIRA et al.,2016).

É possível ressaltar a importância dos profissionais de enfermagem como os primeiros a terem contato direto com as emergências obstétricas, e no acompanhamento dessas gestantes nas consultas de pré-natal, para as orientações e procedimentos a serem realizados em buscar de reverter o quadro da paciente, trazendo medidas preventivas e educação em saúde durante todo o período gravídico-puerperal, além disso orientar as mulheres que pretendem serem mães, sobre a importância da prevenção das síndromes hipertensivas, como, acompanhamento em unidades de saúde, monitoramento das fichas clínicas, rastreamento, vulnerabilidades das gestantes, orientações sobre a alimentação saudável e estimulação das práticas de atividade física, e expondo os fatores de risco da doença (FERREIRA et al.,2016).

O perfil socioeconômico das gestantes com síndromes hipertensivas

Conforme análise de uma pesquisa realizada com gestantes com síndrome hipertensiva, foram escolhidas gestantes entre dezoito e trinta e quatro anos, compondo 76% das gestantes escolhidas, e 24% foram gestantes com mais de 35 anos, pretendendo avaliar por índices socioeconômicos, as consequências que o mesmo pode trazer e exprimi que a principal variável acentuada é a baixa escolaridade, o qual se torna um fator de risco, uma vez que a falta de conhecimento e informação gera a falta do cuidado de saúde necessário (LIMA et al., 2018).

O perfil socioeconômico é relevante, pois a partir dele obtém o perfil da gestante que é importante na fase da coleta de dados, parte recorrente e indispensável no processo de enfermagem. Contribuindo assim, para uma consulta de enfermagem completa e eficaz, em particular no pré-natal atendendo a gestante e esclarecendo suas dúvidas (LIMA et al., 2018).

Outra vulnerabilidade que o perfil socioeconômico é causador é a condição nutricional, pois de acordo com resultados da pesquisa, boa parte das gestantes referiram estar acima do peso. Ainda estão realizando estudos sobre o peso gestacional, uma vez que ainda é predominante os distúrbios alimentares, e não trazem boas consequências a saúde materna (JACOB et al., 2020).

Os condicionantes e determinantes de saúde como idade, cor/raça, estado civil também são fundamentais para análise da síndrome hipertensiva gestacional. Os condicionantes e determinantes de saúde que podem ser modificáveis pela gestantes são, obesidade, sedentarismo e atividades de lazer, fazem com que melhorem o autocuidado nesse período, juntos com a orientação do profissional de enfermagem, devido o quadro clínico em que se encontra a gestante (ARAÚJO et al., 2019).

Com base nessas características é possível identificar tais fatores relacionados a síndrome hipertensiva para demonstração das ocorrências causadas dentro do contexto socioeconômico, trazendo estudos que visam modificar modalidades de aplicações das práticas

que poderá beneficiar a essas gestantes na saúde pública do Brasil, ressaltando na redução da indecisão na escolha diagnóstica e situação/problema retratado (SBARDELOTTO et al.,2018).

No entanto, outro estudo feito indicou a mulheres gestantes de raça negra tem maior predisposição às síndromes em comparação as mulheres de cor branca, mas é uma constante que precisa ser realizado mais estudos. Portanto, diante dessas variáveis que podem ser notáveis em sua maioria, o acompanhamento da enfermagem no planejamento familiar e pré-natal são indispensáveis (ARAÚJO et al., 2017).

Assistência de enfermagem as gestantes com síndrome hipertensiva

O profissional de enfermagem tem autonomia para atuar nessa área, embora necessitem de habilidades técnicas para o desempenho nos procedimentos e atuação, a obstetrícia é considerada um campo amplo, porém, o artigo aborda o quão é limitada a assistência de enfermagem devido a fatores institucionais e não institucionais. Os institucionais é, portanto, a falta muitas vezes de materiais necessários para o atendimento desse nível obstétrico. Pois, muitas as gestantes acabam sendo referenciadas para outras instituições devido ao suporte melhor para paciente de alto risco (OLIVEIRA et al., 2017).

Outra dificuldade relatada pelos participantes do artigo, são os fatores não institucionais, como falta de conhecimento da gestante do seu quadro clínico, falta de esclarecimentos de dúvidas e orientações adequadas. Outro ponto a ser enfatizado é a falta de um pré-natal regular com todas as consultas e exames atualizados, principalmente na atenção básica, onde a gestante tem o primeiro contato e maior aproximação com o profissional, mas que por vezes não seguem todas as instruções e orientações corretamente (OLIVEIRA et al., 2017).

A assistência deve ser amplificada não apenas tratando o quadro clínico da gestante, mas também trazendo uma escuta qualificada, tratando também aspectos emocionais. Estes, por sua vez, se fazem muito presente devido as inseguranças quanto as complicações e o medo de perder o filho, atentar para como a paciente se expressa nas consultas diz muito sobre esses aspectos (OLIVEIRA et al, 2018).

A sistematização da assistência de enfermagem é imprescindível durante toda a consulta de enfermagem a essas gestantes, explicar sobre a mudança de hábito é fundamental para um bom desempenho da clínica, cada paciente tem sua particularidades e todas devem ser levadas em conta, bem como os antecedentes obstétricos e o melhor plano de parto (OLIVEIRA et al., 2018).

A morte perinatal por qualquer nível que seja de eclâmpsia, se torna uma das mais preocupantes por estar ocupando o segundo lugar em mortes maternais. Sem os cuidados, observações e esclarecimentos no pré-natal com as gestantes sobre possíveis riscos que a gestação pode trazer, a pré-eclâmpsia pode avançar eventualmente causando óbito das mães e/ou bebês. A doença pode progredir com sintomas, como, dores de cabeça, dor epigástrica, ganho de peso anormal e edemas, ou até mesmo progredir de forma silenciosa, por essas razões é necessário o pré-natal durante todo o período gestacional. O estimado no mínimo são 6

consultas de acompanhamento, uma no primeiro tristemente, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, porém a gestante distúrbios hipertensivos podem precisar de um número maior de consultas. (FERREIRA et al., 2016).

Faz-se necessário que profissionais atuantes na área sejam cautelosos em relação ao exame físico e cuidados com essas pacientes, como utilização de instrumentos estáveis, profissionais capacitados e que tenham domínio sobre o assunto, treinamento em casos mais severos, sendo na consulta o mais transparente possível com essas gestantes, para que elas entendam e executem medidas preventivas em casos como esses (FERREIRA et al., 2016).

Embora não exista a etiologia definida das síndromes hipertensivas, alguns estudos mostram que a placenta tem grande influência devido à baixa vascularização, levando a ocorrência de uma isquemia, e quando a placenta passa por essa ocorrência libera substância que em contato com a corrente sanguínea acaba aumentando a pressão arterial da mãe, e acarreta tendo sintomas da pré-eclâmpsia que devem ser notados pelos profissionais. (OLIVEIRA et al., 2018).

A gestante quando é notificada sobre a incidência podem desenvolver ansiedade e prejudicar ainda mais essa fase e por isso é importante que nesse momento a gestante tenha ajuda não só de um enfermeiro que é essencial nesse momento, mas também acompanhamento de um psicólogo para ajudá-la na sua saúde mental. Pois uma mulher quando escolhe gestar, muitas vezes ela conta com uma gravidez conturbada e com a ajuda de um psicólogo ela pode lidar melhor com seus medos e contornar a situação com precauções (OLIVEIRA et al., 2018).

Considerações Finais

Sabe-se que nem todas as gestantes de alto risco são assistidas de maneira segura e responsável, com informações que a deixem cientes sobre quais os cuidados devem adotar frente a essa morbidade, ao longo de todo ciclo gravídico-puerperal. Faz-se necessário o conhecimento das gestantes sobre os riscos aos quais elas são expostas, e medidas de acompanhamento de controle e de educação no pré-natal são indispensáveis, desde a importância da assiduidade das consultas até a adaptação ao estilo de vida, como adoção a hábitos saudáveis, da alimentação à prática de atividades físicas. Estas medidas reduziriam de forma significante as experiências frente as síndromes hipertensivas, e através do acesso as informações haveria uma menor exposição aos riscos causados pelas alterações hipertensivas, o que levaria a um retrato de menor incidência associada a morbimortalidade por essas doenças.

Por fim, concluímos que esta pesquisa pretende melhorar a qualidade no atendimento as gestantes, reduzindo assim custos devido à redução da morbimortalidade, bem como promover padrões de segurança para que as gestantes tenham uma melhor experiência e conhecimento acerca do tema abordado.

Referências

AMORIM, F. C. M., et. al. Perfil de Gestantes com Pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 4, p. 1574-83, 2017.

ARÁUJO, I. F. M., et. al. Síndromes Hipertensivas e Fatores de Risco Associados à Gestação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v.11, n.10, p.4254-62, 2017.

FERREIRA, M. B. G., et al. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.50, n.2, p.324-334, 2016.

GONÇALVES, A. P. A. A., et. al. Síndrome de hellp: entendendo e intervindo hellp syndrome: understanding and intervening. **Revista Saúde em Foco** . 10. ed. 2018.

JACOB, L. M. S., et al. Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol.41, 2020

JESÚS, G. R., et. al. Fatores angiogênicos e antiangiogênicos na fisiopatologia da pré-eclâmpsia e seu uso na prática obstétrica atual. **Revista HUPE**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.25-31, 2014.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-Eclampsia. **Revista de Medicina de São Paulo**. São Paulo, v.97, n.2, p.226-34, 2018.

LIMA, J. P., et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** V.19, 2018.

OLIVEIRA, A. C. M., et al**.** Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Maceió, 2015.

OLIVEIRA, L. A. M., et al. Cuidados de enfermagem a gestante com síndrome hipertensiva: Revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** v.23, n.2, p.159-164, 2018.

OLIVEIRA, G. S., et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Revista CUIDARTE**. v.8, n.2, p.1561-72, 2017.

SILVA, C. M. L., et al. Assistência de enfermagem à gestante com síndrome neurológica: Pré-eclampsia e eclampsia. **Revista Perpectiva da Saúde.** Fortaleza, v.1, n.1, 2019.

SILVA, E. C., et. al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal**. Revista Brasileira de Epidemiologia**. Cuiabá, v.19, n.1, p.38-51, 2016.

SBARDELOTTO, T., et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Cogitare Enfermagem**. v.23, n.2, p.53699, 2018.

SOARES, T. C., et al. Fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** Picos, v.20, 2019.

ZANATELLI, C., et. al. Síndromes Hipertensivas na Gestacao: Estratégias para a redução da mortalidade materna. **Revista Saúde Integrada**. v. 9, n. 17, p.73-81, 2016.

Capítulo 23

DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO FRENTE AO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO BINÔMIO MÃE-LACTENTE

CHALLENGES OF BREASTFEEDING IN FRONT OF THE ADAPTATION PROCESS OF THE MOTHER-INFANT BINOMIUM

Shaidllen Makenny Soares da Silva[1]
Jacqueline Brito de Lucena[2]
Marcela Eduarda Gomes Grande[3]
Nívia Samara Dantas de Medeiros[4]
Rayonara Medeiros de Azevedo[5]
Tayná Martins de Medeiros[6]
Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes[7]

RESUMO: A amamentação é um processo importante e benéfico para o desenvolvimento infantil e materno, entretanto, diversos desafios são enfrentados durante sua adequação. Este artigo teve como objetivo identificar os desafios do aleitamento materno frente a adaptação do binômio mãe-lactente. Trata-se de um estudo descritivo, operacionalizado por uma revisão integrativa da literatura. A coleta de dados ocorreu em julho/2020, analisando-se 12 artigos selecionados após buscas nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), SciVerse Scopus, Web Of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS),* utilizando os descritores aleitamento materno, adaptação fisiológica e adaptação psicológica. Os documentos mostraram os principais desafios enfrentados pela díade na lactação: estresse, ansiedade, falta de apoio, dor, traumas mamários e sobrecarga de atividades. Conclui-se que as maiores dificuldades no aleitamento materno se relacionam a psique, sendo necessária uma rede de apoio estruturada e eficaz para minimizá-las.
Palavras-chave: Aleitamento Materno. Adaptação Fisiológica. Adaptação Psicológica.

ABSTRACT: Breastfeeding is an important and beneficial process for child and mother development, however, several challenges are faced during its adaptation. This article aimed to identify the challenges of breastfeeding in view of the adaptation of the mother-infant binomium. It is a descriptive study, operationalized by an integrative literature review. Data collection occurred in July / 2020, analyzing 12 selected articles after searching the databases Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), SciVerse Scopus, Web Of Science and Latin American and Caribbean Literature in Sciences of Health (LILACS), using the keywords breastfeeding, physiological adaptation and psychological adaptation. The documents showed the main challenges faced by the dyad in lactation: stress, anxiety, lack of support, pain, breast trauma and overload of activities. It is concluded that the greatest difficulties in breastfeeding are related to the psyche, requiring a structured and effective support network to minimize them.
Keywords: Breastfeeding. Physiological Adaptation. Psychological Adaptation.

[1] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
E-mail: shaidllen.makenny@hotmail.com.
[2] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
E-mail: jakbrito94@hotmail.com.
[3] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio grande do Norte:
E-mail: marcelaeduarda13@outlook.com.
[4] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
E-mail: niviadantasm@gmail.com.
[5] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
E-mail: rayonaranamedeiros@alu.uern.br.
[6] Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
E-mail: tayná.martins14@hotmail.com.
[7] Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Campus Caicó.
E-mail: isabeldfernandes@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno constitui-se como eficaz para reduzir a morbimortalidade infantil, atuando em vários aspectos da saúde da criança, sendo esses: estado nutricional, imunidade, fisiologia, desenvolvimento cognitivo e emocional, e diminuindo a longo prazo os riscos de alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade infantil. Além de exercer influência positiva e um melhor estado de saúde geral da puérpera (BRASIL, 2015).

A lactação proporciona também vantagens à mãe, a exemplos da redução de peso após o parto, recuperação do tamanho uterino, diminuição dos riscos de desenvolvimento de hemorragias, anemias, diabetes, neoplasias malignas mamárias e ovarianas e depressão pós-parto; além de ser um suprimento natural da mãe, o qual demanda menos recursos e custos (BRASIL, 2015).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) durantes os seis primeiros meses de vida da criança é recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Ministério da Saúde (MS). O AME deve ser complementado até os dois anos ou mais de idade, com a introdução alimentar durante tempo oportuno seguindo as principais recomendações existentes (BRASIL, 2015).

A amamentação é um processo natural que envolve interação profunda entre o binômio mãe-lactente e contribui para a construção do vínculo, proporcionando sentimentos de afeto e proteção (BRASIL, 2015). Apesar disso, durante esse período, as mães passam por muitas lutas, dores e ansiedades, vivenciando diversos desafios envolvidos pelo sentimento de insegurança e intolerância de familiares e da sociedade. Assim, é fundamental a participação multiprofissional desde o pré-natal até o pós-parto, para o esclarecimento de dúvidas e anseios, auxílio na tomada de decisões, promovendo uma assistência integral (LARSEN; KRONBORG, 2013).

Além dos benefícios elencados, existem diversos fatores que interferem negativamente na efetividade da aleitação, como às dificuldades emocionais, socioculturais e físicas, ausência de rede de apoio, propagação da ideia de que fórmulas artificiais são mais efetivas e melhores para o desenvolvimento da criança e as intercorrências que dificultam a execução do exercício de aleitamento (SILVA; GREGÓRIO; AGUIAR, 2020).

Dentre as intercorrências, mencionadas acima, as relatadas com maior frequência são: candidíase mamária, ingurgitamento mamário, mastite e fissuras mamárias. Tais problemas costumam causar grave desconforto na lactante, gerando, muitas vezes, o sentimento de frustração. Assim, este conjunto de aspectos pode prejudicar a realização e adaptação da díade parturiente-bebê no desenvolvimento da lactação (SILVA; GREGÓRIO; AGUIAR, 2020).

Destarte, a investigação das condições capazes de dificultar o alactamento possui extrema importância, tendo em vista que a partir da identificação dessas barreiras, é possível realizar um plano de cuidados melhor direcionado, contribuindo assim com uma melhor efetividade do aleitamento materno e, consequentemente, melhor qualidade de vida da puérpera e sua criança.

Nesse contexto, este estudo busca identificar os desafios da amamentação frente ao processo de adaptação do binômio mãe-lactente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, operacionalizado a partir de uma revisão integrativa da literatura, o qual visa a síntese de resultados de investigações, contemplando o rigor do processo característico da pesquisa científica (SOARES, et al. 2014).

Para o desenvolvimento deste estudo, foram desenvolvidas as cinco etapas estabelecidas por Whittemore e Knafl (2005), que são: identificação do tema/questionamento da revisão, busca na literatura, avaliação dos dados dos estudos inclusos, análise/interpretação dos achados e síntese do conhecimento dos artigos avaliados.

Inicialmente, construiu-se um protocolo com o planejamento da revisão, contemplando os seguintes itens: temática da revisão, objetivo, questões norteadoras, bases de dados, palavras-chave e seus cruzamentos, critérios de inclusão/exclusão, estratégia para avaliação, análise e síntese dos estudos.

A busca na literatura foi desenvolvida em julho de 2020 e norteada pela questão: "Quais os desafios da amamentação frente ao processo de adaptação do binômio mãe-bebê?". As bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), SCOPUS, Web of Science e LILACS* foram acessadas por meio do portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o auxílio de três discentes de enfermagem, os quais receberam treinamento para a busca e seleção dos artigos. Cada base foi acessada simultaneamente pelos três colaboradores, em computadores distintos, para conferir maior autenticidade ao processo de seleção dos estudos.

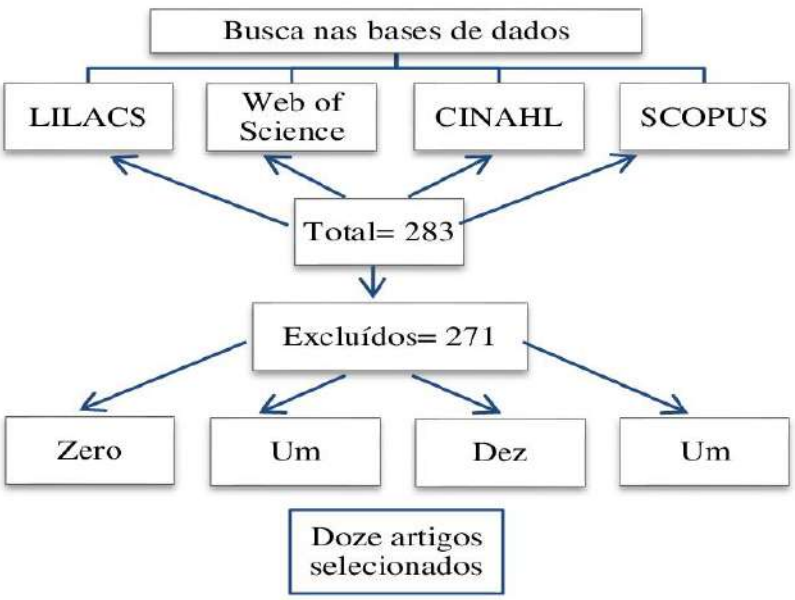
Na pesquisa foram utilizadas palavras-chave indexadas no Medical Subject Headings (MeSH), a saber: Breastfeeding, Physiological Adaptation e Psychological Adaptation. Os três cruzamentos utilizados por meio do operador booleano "AND" foram: Breastfeeding AND Physiological Adaptation AND Psychological Adaptation (cruzamento 01); breastfeeding AND Physiological Adaptation (cruzamento 02); breastfeeding AND Psychological Adaptation (cruzamento 03).

Na base latino-americana foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: Aleitamento Materno, Adaptação Fisiológica e Adaptação Psicológica, com o operador booleano "AND", e seus respectivos cruzamentos: Aleitamento Materno AND Adaptação Fisiológica AND Adaptação Psicológica (cruzamento 01); Aleitamento Materno AND Adaptação Psicológica (cruzamento 02); Aleitamento Materno AND Adaptação Fisiológica (cruzamento 03).

Para a seleção dos estudos, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; e estudos que abordassem os desafios da amamentação. Os critérios de exclusão da busca foram: editoriais; cartas ao editor; resumos; revisões integrativas e sistemáticas da literatura.

Na escolha dos artigos, inicialmente, foram lidos os títulos e os resumos, quando ambos não eram elucidativos, realizava-se uma leitura flutuante do texto completo, com vistas a selecionar os estudos. Após a seleção individual do estudo por cada colaborador, foi realizado um consenso para decidirem que estudos seriam inclusos ou descartados da amostra. Destarte, ao final, foram excluídos os artigos repetidos, e selecionados doze documentos, conforme apresenta o fluxograma a seguir:

FIGURA 1 - Processo de seleção dos artigos para compor a amostra do estudo.



Fonte: própria dos autores.

Após a análise dos estudos e leitura criteriosa foi realizada a extração dos dados pertinentes, utilizando-se dois instrumentos construídos pelas autoras. Os itens do instrumento com a caracterização dos estudos abordaram: autor/ano, área da pesquisa, base de dados, país, idioma, tipo de estudo e nível de evidência; o segundo instrumento contemplou os desafios da amamentação frente ao processo de adaptação do binômio mãe-lactente. Esses dados foram agrupados em uma tabela e em um quadro, respectivamente.

RESULTADOS

A revisão integrativa da literatura foi composta por 12 artigos. Na tabela 1 abaixo estão expostas a caracterização dos artigos selecionados.

TABELA 1 - Caracterização dos artigos selecionados na revisão integrativa, 2020.

Variável	N	%
Ano de publicação		
2016 | ------ | 2020	06	50,0
2010 | ------ | 2015	05	41,0
2000 | ------ | 2006	01	8,3
Área temática		
Enfermagem	07	41,1
Ciências Sociais	06	35,3

Medicina	04	23,5
Continente		
Europa	03	25
América do Sul	03	25
Ásia	03	25
Oceania	01	8,3
América do Norte	01	8,3
Idioma		
Inglês	10	83,3
Português	02	16,6
Tipo de estudo		
Descritivo	04	33,3
Transversal	02	16,6
Coorte	02	16,6
Experimental	02	16,6
Estudo Quantitativo	01	8,3
Estudo Qualitativo	01	8,3
Pesquisa Metodológica	01	8,3
Nível de evidência*		
Nível II	01	8,3
Nível III	02	16,6
Nível IV	02	16,6
Nível VI	07	58,3

Fonte: própria dos autores. *Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

No que tange a caracterização dos artigos identificados na literatura, verificou-se que metade dos artigos datam dos últimos cinco anos, grande parte pertence a área da enfermagem. Em relação aos continentes houve destaque para a Europa, Ásia e América do sul, com predominância do idioma inglês. O principal tipo de estudo foi o descritivo, com nível de evidência VI.

O quadro 1 apresenta os desafios enfrentados no processo de adaptação ao aleitamento materno conforme síntese encontrada na literatura.

QUADRO 1 - Desafios no processo de adaptação ao aleitamento materno, 2020.

AUTOR/ANO	n (%)	DESAFIOS NA AMAMENTAÇÃO
(GUALDRÓN; VILLALOBOS, 2019; JAGER, et al. 2015; KIM, 2019A; KELLEHER, 2006; SHLOIM, et al. 2015)	11 (91,6)	Ajuste psicológico
(ARAGAKI; SILVA, 2011; AYERS, et al. 2019; FALLON, et al. 2017; JAGER, et al. 2015; LARSEN; KRONBORG, 2013;	06 (50)	Estresse

ZANARDO, et al. 2017)		
(FALLON, et al. 2017; JAGER, et al. 2015; KELLEHER, 2006; LARSEN; KRONBORG, 2013; SHLOIM, 2015; ZANARDO, et al. 2017)	06 (50)	Ansiedade
(ARAGAKI; SILVA, 2011; KELLEHER, 2006; LARSEN; KRONBORG, 2013; MARQUES; LEMOS, 2010; SHLOIM,et al. 2015;)	06 (50,0)	Falta de apoio social e/ou profissional
(ARAGAKI; SILVA, 2011; KELLEHER, 2006; LARSEN; KRONBORG, 2013; MARQUES; LEMOS, 2010)	05 (41,6)	Dor
(KELLEHER, 2006; LARSEN; KRONBORG, 2013; MARQUES; LEMOS, 2010)	05 (41,6)	Traumas mamários
(ARAGAKI; SILVA, 2011; KIM, 2019B; SHLOIM,et al. 2015;)	05 (41,6)	Sobrecarga de atividades e responsabilidades diárias
(ARAGAKI; SILVA, 2011; KELLEHER, 2006; MARQUES; LEMOS, 2010; SHLOIM,et al. 2015)	04 (33,3)	Cansaço físico
(AYERS, et al. 2019; KELLEHER, 2006; LARSEN; KRONBORG, 2013; SHLOIM,et al. 2015)	04 (33,3)	Sentimento de frustração e/ou culpa
(FALLON, et al. 2017; GUALDRON; VILLALOBOS, 2019; MARQUES; LEMOS, 2010; ZANARDO, et al. 2017)	04 (33,3)	Inibição da produção de leite
(FALLON, et al. 2017; MARQUES; LEMOS, 2010; ZANARDO, et al. 2017)	03 (25)	Desequilíbrio hormonal
(FALLON, et al. 2017; GUALDRON; VILLALOBOS, 2019; KELLEHER, 2006)	03 (25)	Manejo adequado da amamentação
(ARAGAKI; SILVA, 2011; KELLEHER, 2006)	02 (16,6)	Desconforto
(ARAGAKI; SILVA, 2011; SHLOIM,et al. 2015)	02 (16,6)	Dificuldades de sono e repouso
(GUALDRON; VILLALOBOS, 2019; LARSEN; KRONBORG, 2013)	02 (16,6)	Uso de mamadeira
(MARQUES; LEMOS, 2010)	01 (8,3)	Complicações sexuais
(KIM, 2019B)	01 (8,3)	Parto cesáreo

Fonte: própria dos autores.

De acordo com a análise dos principais achados, constatou-se que o ajuste psicológico, o estresse, a ansiedade e a falta de apoio social e/ou profissional se configuram como os desafios mais citados para a adaptação do binômio mãe-bebê no processo de lactação. Nesse aspecto, percebe-se que o componente psicológico atua de forma preponderante no ajuste da amamentação.

Ademais, as dificuldades físicas, a exemplo de dor e os traumas mamários, apresentam-se como a segunda maior causa de problemas no desenvolvimento de uma prática eficaz de aleitamento.

Vale-se declarar, por fim, que os demais obstáculos encontrados pelos estudos interferem no mecanismo de acomodação da díade à aleitação, mesmo que de forma menos influente, em comparação aos relatados acima.

DISCUSSÃO

A mudança emocional gerada com a chegada de um ser dependente e a necessidade de se reconhecer como protagonista em uma nova configuração de rotina/papel social, incentivam para que as puérperas se vejam cercadas por receios e medos sobre sua capacidade em alimentar o bebê e satisfazer suas necessidades vitais.

O estresse, especificamente, conforme relatam Larsen e Kronborg (2013) é um desafio consequente das demais dificuldades enfrentadas pelas puérperas durante o processo de amamentação. O seu enfrentamento torna esse período exaustivo e extenuante. Além disso, as demandas e responsabilidades oriundas da nova configuração de rotina também se tornam estressores durante o aleitamento, sendo descrito por Aragaki e Silva (2011) em seu estudo. Logo, a existência deste desafio na realidade das lactantes pode afetar diretamente na produção e ejeção do leite, inibindo esses mecanismos em virtude de alterações causadas em hormônios como a prolactina (FALLON, et al. 2017; ZANARDO, et al. 2017).

A ansiedade também surge como um fator desafiador desde a gravidez, ocasionada pelas dúvidas e incertezas a respeito do puerpério (LARSEN; KRONBORG, 2013; SHLOIM, et al. 2015). Segundo Shloim et al. (2015), a falta de compatibilidade existente entre a percepção da realidade materna com as idealizações feitas durante a fase gravídica causa pensamentos ansiosos. Kelleher (2006) acrescenta que experiências negativas durante a aleitação também podem gerar inquietações na lactante, principalmente para tentativas futuras de alimentar o bebê. As consequências variam de alteração hormonal, diminuindo a oferta de leite, até incapacidade materna de perceber sinais de fome e saciedade do lactente (FALLON, et al. 2017; ZANARDO, et al. 2017).

Jager et al. (2015) ratifica que dois meses após o parto o ajuste mental ainda é mencionado como significativo na autoeficácia da lactação e no tempo de aleitamento exclusivo, sugerindo a presença da depressão, ansiedade e estresse de forma negativa nos resultados da amamentação nessa etapa, por proporcionar uma autoconfiança em sua capacidade de aleitar diminuídas.

Ainda nos parâmetros psíquicos, a depressão pós-parto, a sobrecarga de atividades/responsabilidades diárias e o sentimento de frustração e/ou culpa se destacam como importantes componentes para essa adequação.

Outro fator imprescindível para a manutenção do aleitamento é o apoio social e/ou profissional, tendo em vista que a grande maioria das mulheres entrevistadas nos escritos avaliaram que a presença de familiares, amigos e o suporte fornecido pela equipe de saúde auxiliaram a enfrentar os problemas dessa fase puerperal (ARAGAKI; SILVA, 2010; KELLEHER, 2006). Em se tratando da assistência à essas parturientes, Kelleher (2006) elucida que esta pode ser provida em viés positivo ou negativo, sendo o último apontado por Marques e Lemos (2010)

pelo esclarecimento e atenção escassos por parte dos profissionais de saúde que atuam no amparo às puérperas.

Evidenciam-se também circunstâncias físicas, a exemplo de dor e traumas mamilares, como desafios à amamentação. Larsen e Kronborg (2013) indicam que o aparecimento desses dois fatores pode ocasionar o desmame precoce, mastites infecciosas e abcessos, além de causar um grande desconforto para a lactante e gerar dificuldades no aporte alimentar do bebê, dificultando a criação do laço afetivo entre mãe e filho.

Em concomitância, segundo relatos de uma das entrevistadas, a mesma não conseguiu aproveitar seu laço com o recém-nascido, sentindo um fardo resultante do cansaço e da exaustão física/mental. Sobre esse aspecto, em pesquisa com puérperas, verificou-se que essas gostariam de continuar realizando o aleitamento, porém muitas experimentaram tribulações como fadiga, mamilos traumatizados, mastite e dor intensa (LARSEN; KRONBORG, 2013).

Destarte, percebe-se de forma clara a presença de condições psicofisiológicas como intermediadoras diretas na promoção de desafios entre a díade genitora-lactente frente ao desenvolvimento da adaptação à lactação. Assim, baseado nos estudos, várias mães indicaram que as dificuldades no alactamento implicaram diretamente no relacionamento com o bebê, no qual hesitaram em continuar com essa prática devido ao sentimento de dor, desconforto e vulnerabilidade física, principalmente (KELLEHER, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais desafios encontrados no processo de adaptação à amamentação do binômio mãe-filho dizem respeito ao componente psicológico, com destaque para estresse, ansiedade e falta de apoio social e/ou profissional. Destarte, compreende-se que uma assistência eficaz, composta por trabalhadores da saúde e familiares, tende a minimizar essas dificuldades, visto que a troca de conhecimentos e o suporte nas atividades do cotidiano proporcionam melhores condições gerais para a lactante.

Outro achado significativo diz respeito aos problemas corporais, como os traumas mamários e a inibição da produção de leite. Ressalta-se também a importância do auxílio especializado para a puérpera, amparo que pode e deve ser ofertado por meio de práticas educativas desde o pré-natal e até o acompanhamento após o parto pela equipe da estratégia de saúde da família.

Considera-se importante destacar como limitação a pouca produção científica nacional sobre o assunto, recomendando-se a ampliação de estudos que enfoquem esta temática.

REFERÊNCIAS

ARAGAKI, I. M.M.; SILVA, I. A. Nursing mothers' perception about their quality of life. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, SP, v. 45, n. 1, p. 69-76, 2011.

AYERS, S. et al. What are women stressed about after birth?. **Birth**, [S.l.], v. 46, p. 678-85, oct. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Caderno de Atenção Básica; n. 23).

FALLON, V. et al. Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes ans perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood. **Arch. Womens Ment. Health**, [S.l.], v. 21, p. 181-91, 2018.

FERNANDES, M. I. C. D. **Construção e validação do diagnóstico de enfermagem risco de volume de líquidos excessivo a partir de uma teoria de médio alcance.** 2018. 213 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

FONSECA, D. F. et al. Protocolo de cuidados com cateter venoso totalmente implantado: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.,** [S.l.], v. 28, p. 1-16, 2019.

GUALDRÓN, L. M. V.; VILLALOBOS, M. M. D. Efeito da estimulação infantil na adaptação ao nascimento: um estudo randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l], v. 27, p. 1-9, abr. 2019.

JAGER, E. et al. A longitudinal study of the effect of psychosocial factors on exclusive breastfeeding duration. **Midwifery**, Australia, v. 31, p. 103-11, jun. 2015.

KELLEHER, C. M. The physical challenges of early breastfeeding. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 63, p. 2727-38, aug. 2006.

KIM, S. Factors associated with maternal attachment of breastfeeding mothers. **Child Health Nurs. Res**., Daegu, v. 25, n. 1, p. 65-73, jan. 2019.

_____. The Breast feeding adaptation scale-short from: developmentand testing of its psychometric properties and measurement invarience. **Child Health Nurs. Res**., Daegu, v. 25, n. 3, p. 333-43, jul. 2019.

LARSEN, J. S.; KRONBORG, H. When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding. **Scand. J. Caring Sci.**, Denmark, v. 27, p. 848-56, 2013.

MARQUES, D. M.; LEMOS, A. Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. **Rev. Enferm, UFPE on line**, Recife, PE, v. 4, n. 1, p. 175-83, jun. 2010.
SHLOIM, N. et al. "It's like giving him a piece of me.": exploring UK and Israeli women's accounts of motherhood and feeding. **Appetite**, [S.l.], v. 95, p. 58-66, jun. 2015.

SILVA, G. C.; GREGÓRIO, A. P. A.; AGUIAR, R. C. B. Os desafios das nutrizes frente ao processo de aleitamento materno exclusivo. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, SP, v. 3, p. 101-25, maio. 2020.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, SP, v. 48, n. 2, p. 335-45, jan. 2014.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 52, n. 5, p. 546-53, feb. 2005.

ZANARDO, V. et al. The adaptive psychological changes of elective induction of labor in breastfeeding women. **Early Human Development**, [S.l.], v. 104, p. 13-6, oct. 2016.

Capítulo 24

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: COMPLICAÇÕES MATERNAS E NEONATAIS

Camila Carolina Canedo Campos[1]
João Osmany Corrêa Silva[2]
Larissa Griffo Gonçalves[3]
Marcela Távora de Freitas[4]
Thays Sturzeneker de Alcantara[5]
Vitória Lopes Dornelas de Carvalho[6]
Danielle Fiorin Ferrari Novais[7]

RESUMO: **Objetivo:** O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma doença metabólica que cursa com hiperglicemia em uma gestante que não possui um diagnóstico prévio de diabetes. Mediante a relevância do tema, este estudo objetivou revisar dados descritos incluindo complicações maternas e neonatais, manejos e novas descobertas em relação ao DMG. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática em que foram coletados artigos nas plataformas LILACS, MedLine, PubMed, Scielo, ResearchGate e Master Editora, no período de 2014 a 2020, a fim de fornecer dados para uma compreensão ampliada sobre o DMG. **Resultados:** A DMG gera repercussões fetais como macrossomia, prematuridade, anomalias congênitas, traumatismos no trabalho do parto e repercussões neonatais como hipoglicemia, policitemia, bilirrubinemia, hipocalcemia, complicações hematológicas e asfixia perinatal. Assim sendo, é importante o cuidado integral à gestante, por meio do rastreamento e controle da glicemia materna, de modo que se reduza o elevado índice de mortalidade e morbidade neonatal.
Palavras-chave: Atenção Primária; Complicações; Diabetes Gestacional; Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT: Objective: Gestational Diabetes Mellitus (DMG) is a metabolic disease that develops with hyperglycemia in a pregnant woman who does not have a previous diagnosis of diabetes. Due to the relevance of the theme, this study aimed to review the data, including maternal and neonatal complications, management and new discoveries in relation to DMG. **Methodology:** this is a systematic bibliographic review in which articles were collected on the platforms LILACS, MedLine, PubMed, Scielo, ResearchGate and Master Editora, in the period from 2014 to 2020, a period of data supply for a new expanded experience on the DMG. **Results:** A DMG generates fetal repercussions such as macrosomia, prematurity, congenital anomalies, trauma at work and neonatal repercussions such as hypoglycemia, polycythemia, bilirubinemia, hypocalcemia, hematological complications and perinatal asphyxia. Therefore, it is important to provide comprehensive care to pregnant women, by tracking and controlling maternal blood glucose, so as to reduce the high rate of neonatal mortality and morbidity.
Keywords: Complications; Gestational diabetes; Primary attention, Prenatal care.

Introdução:

O Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica ocasionada pela redução dos graus de insulina no sangue ou resistência a esse hormônio, o que provoca um estágio de hiperglicemia (TRINDADE-SUEDAM et al., 2016). Tal patologia pode ser desencadeada pela morte das células beta presentes no pâncreas bem como uma produção insuficiente de insulina, sendo classificada diabetes mellitus tipo 1 (DM1), ou ainda por uma falha no mecanismo secretório que promove uma

[1]Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), E-mail: camila.4c@hotmail.com.
[2]Graduando em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), E-mail: joao_osmany@hotmail.com.
[3]Graduanda em Medicina pelo Centro Acadêmico de Caratinga (UNEC), E-mail: larissagriffo@hotmail.com.
[4]Graduanda em Medicina pelo Centro Acadêmico de Caratinga (UNEC), E-mail: tavoramarcela@gmail.com.
[5]Graduanda em Medicina pelo Centro Acadêmico de Caratinga (UNEC), E-mail: sturzeneker8@gmail.com.
[6]Graduanda em Medicina pelo Centro Acadêmico de Caratinga (UNEC), E-mail: vitoria-lopes10@hotmail.com.
[7]Graduada em Medicina pela Faculdade Brasileira (Univix), Vitória-ES e professora do Centro Acadêmico de Caratinga (UNEC), E-mail: daniellefiorin@gmail.com.

resistência das células à ação hormonal, denominando-se diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Enquanto a DM1 está associada a processos autoimunes, a DM2 se relaciona ao estilo de vida do indivíduo, tais como alimentação inadequada e rotina sedentária (RODRIGUES et al., 2019).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é estabelecido a partir da intolerância à glicose e ao carboidrato, seja essa iniciada ou diagnosticada na gestação. Como essa definição não exclui a hipótese do quadro ter iniciado anteriormente à gestação, a Sociedade Endócrina sugere a utilização do termo "hiperglicemia na gravidez" (ALFADHLI, 2015). O surgimento da doença pode ser compreendido pela ascensão dos hormônios contrarreguladores insulínicos, como também o estresse fisiológico decorrente da gestação, além da presença de fatores de risco (VIEIRA NETA et al., 2014).

A prevalência de DMG segue em ascendência em todo o planeta, simultaneamente à elevação da prevalência da DM2 e da obesidade. Nesse sentido, observa-se que o índice de DMG está diretamente relacionado ao predomínio de casos de DM2 em uma população específica. É notório salientar, ainda, que a DMG apresenta maiores taxas de prevalência em mulheres africanas, hispânicas e indianas, se comparada às caucasianas (ALFADHLI, 2015).

Inúmeros fatores de risco podem estar associados à DMG, tais como: idade, obesidade ou ganho exacerbado de peso na gestação, demasiada gordura abdominal, familiares de primeiro grau com diabetes, baixa estatura, hipertensão ou pré-eclâmpsia, crescimento fetal excessivo e, ainda, precedentes obstétricos de DMG, macrossomia e morte fetal ou neonatal (FILHO et al., 2017).

A fim de obter um diagnóstico precoce, o Ministério da Saúde solicita o rastreamento universal na primeira consulta do pré-natal, em todas as gestantes (VIEIRA NETA et al., 2014). Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) é o que apresenta melhor sensibilidade e especificidade com a finalidade de diagnóstico de DMG (OPAS, 2017).

Estudos evidenciaram que o tratamento adequado da DMG fortalece os aspectos maternos e neonatais. Dessa forma, inúmeras sociedades profissionais incentivam a triagem universal às gestantes (MISSION et al., 2017). Cerca de 70 a 85% dos casos de DMG são devidamente tratados com exercícios físicos e dieta. Não obstante, uma pequena parcela das gestantes carece de terapia com insulina (MIMOSO; OLIVEIRA, 2017).

A DMG pode gerar repercussões tanto para a gestante quanto para o feto, principalmente se o tratamento não for realizado adequadamente. Em se tratando da mãe, geralmente ocorrem complicações como hipertensão, pré-eclâmpsia e polidramnia. Em médio a longo prazo, pode ocorrer o desenvolvimento do diabetes (MIMOSO; OLIVEIRA, 2017).

No que se refere ao feto, observa-se que a morbidade é elevada neste grupo, bem como a mortalidade perinatal. Há grandes probabilidades de ocorrência de macrossomia fetal, traumatismos no trabalho do parto, prematuridade, hipoglicemia neonatal, complicações hematológicas, asfixia, dentre outros. É importante salientar, também, que a prematuridade está relacionada com 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil, provocando problemas respiratórios como a síndrome de sofrimento respiratório e a hipóxia (FILHO et al., 2017).

É evidente, ainda, que a hiperglicemia materna é um importante fator de risco para que os descendentes sejam obesos ou tenham excesso de peso. Entretanto, é necessário levar em conta aspectos importantes tais como tempo e grau de exposição hiperglicêmica intra-uterina, predisposição genética à obesidade bem como idade de análise dos filhos (KAWASAKI et al., 2018).

Em vista disso, é imperioso promover ações destinadas à promoção, prevenção e desenvolvimento da assistência para a gestante tal como para o recém-nascido prematuro, de modo que se reduza o elevado índice de mortalidade e morbilidade na fase pós-natal (FILHO et al., 2017).

Objetivou revisar e resumir dados previamente descritos, incluindo manejos e novas descobertas em relação ao DMG e apresentá-los de maneira compreensível e unânime ou quando há discordâncias, apresentar os pontos de vista divergentes presentes na literatura.

Método:

A metodologia do presente estudo deu-se por meio de uma revisão de literatura, com revisão bibliográfica sistemática em revisão integrativa. Foram coletados trabalhos publicados em revistas indexadas e disponíveis nas plataformas LILACS, MedLine, PubMed, Scielo, ResearchGate e Master Editora, no período de 2014 a 2020. Os artigos foram coletados, por meio do descritor Diabetes Gestacional. Posteriormente foram organizados, selecionados e estudados a fim de fornecer dados para produção dessa obra com uma compreensão ampliada sobre o Diabetes Gestacional, nos aspectos conceituais, epidemiológicos, fatores de risco, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Resultados:

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica que causa hiperglicemia devido a baixos níveis de insulina ou resistência à insulina (TRINDADE-SUEDAM IK et al., 2016). O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma alteração patológica que aumenta os níveis de glicose no sangue em uma gestante que não possui uma identificação prévia de diabetes no seu histórico (MACK; TOMICH, 2017). Outros termos como “diabetes aberta" ou “diabetes mellitus gestacional” são utilizados pela Associação Internacional de Grupos de Estudos sobre Diabetes e Gravidez (IADPSG) (ALFADHLI, 2015).

Durante a gestação, a resistência à insulina aumenta paralelamente com o crescimento da placenta e da produção de progesterona, cortisol, prolactina, hormônio do crescimento, somatotrofina e lactogênio placentário humano. O aumento da produção de hormônio placentário ocorre por volta da 20ª semana de gravidez, sendo o fator mais importante pela resistência do organismo materno à produção de insulina. Como resultado, mais insulina é secretada para superar essa resistência e, consequentemente, leva ao desequilíbrio glicêmico. Por esta razão, o

DMG geralmente é diagnosticado no final do segundo ou início do terceiro trimestre de gestação (SCHMALFUSSI; BONILHA, 2015). Vale ressaltar também que essa resistência pode levar ao crescimento excessivo e ao aumento do peso da placenta (ALBRECHT et al., 2019).

Essa resistência à insulina acontece fisiologicamente em gestantes possibilitando a quantidade fundamental de glicose para crescimento da criança, no entanto, isso relacionado à fatores de risco, intensifica a DMG. As ocorrências mais notadas são repercussões no desenvolvimento fetal, macrossomia, alterações respiratórias e cardiovasculares, distócia de ombro e elevação na prática da cesárea (RODRIGUES et al., 2019).

É notório que nas últimas duas décadas houve o aumento significativo de diabetes e obesidade na população de mulheres de idade reprodutiva. Da mesma maneira, se faz presente a elevação da incidência de hiperglicemia na gestante. Em 2017, 86.4% dos nascidos de mães hiperglicêmicas, foram em decorrência de diabetes gestacional (SANTOS et al., 2020).

O diagnóstico da DMG é realizado durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação (MODINO et al., 2019). Algumas associações recomendam o rastreamento de diabetes na primeira consulta do pré-natal para todas gestantes ou para as que possuem características como idade maior que 35 anos, peso elevado, história familiar de diabetes, DMG em gestação anterior, síndrome do ovário policístico e nascimento prévio de uma criança macrossômica.

Em relação ao rastreio de DMG, sabe-se que fatores clínicos de risco não são considerados como ideais devido à sua baixa sensibilidade. Vale lembrar que todas as gestantes têm direito aos exames que possibilitam diagnóstico de DMG, assim como, deve ser levado em conta condições financeiras e disponibilidade de exames de cada região para a escolha de qual exame utilizar (OPAS, 2017).

Grávidas com até 20 semanas de gestação precisam fazer glicemia de jejum para rastreio e possível diagnóstico de DMG ou diabetes mellitus prévia. Se diagnóstico abaixo de 92 mg/dl, será indicado a realização do TOTG, 75g de glicose, entre a 24ª e 28ª semana de gestação. Caso, o pré-natal tenha tido início após a 20ª semana, precisa-se fazer o TOTG o quanto antes (OPAS, 2017).

Isto posto, o diagnóstico é dado se, no mínimo, um destes valores forem observados: teste de glicose em jejum (FPG) igual a 5,1 mmol/l ou 92 mg/dl, 1 hora de glicose no plasma resultando em 10 mmol/l ou 180 mg/dl ou 2 horas de glicose no plasma com 8,5 mmol/l ou 153 mg/dl (ALFADHLI, 2015). O diabetes mellitus gestacional tem uma importância relevante para a saúde nacional e internacional, uma vez que afeta 3% a 25% das gestações em todo o mundo (TARRY-ADKINS et al., 2019).

No Brasil, em 2010, a prevalência de DMG entre mulheres acima de 20 anos que foram atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 7,6%. Um estudo realizado em Pelotas/RS buscou fatores relacionados à ocorrência de DMG em 4.243 gestantes, e a prevalência dessa patologia foi de 2,95% (SCHMALFUSSI; BONILHA, 2015). Em outro levantamento de dados percebeu-se que mulheres com 3 ou mais gestações tem chance aumentada de desenvolver a DMG em até 2 vezes mais em relação às primíparas (SANTOS et al., 2020). No entanto, essa

incidência se altera dependendo dos parâmetros usados e aos indivíduos analisados (MIMOSO; OLIVEIRA, 2017).

A mulher com idade igual ou superior a 35 anos possui risco duas vezes maior para o desenvolvimento dessa condição metabólica (SANTOS et al., 2020). Entretanto, pesquisadores alertam que a idade não pode ser analisada separadamente e, pode haver outros fatores importantes em mulheres jovens, como obesidade e histórico familiar (VIEIRA NETA et al., 2014).

São diversos os fatores de risco associados a DMG, como: óbito fetal ou DMG em gravidez anterior, pré-eclâmpsia, estatura diminuída (≤1,51m), aumento da circunferência abdominal, antecedentes de diabetes na família (parentesco de primeiro grau) (FILHO et al., 2017), bem como a deficiência de vitamina D, que apresentou um risco quase quatro vezes maior do que em gestante com os níveis normais desta vitamina. Além disso, ela é mais prevalente em gestantes asiáticas, africanas, ilhas do Pacífico e hispânicas, demonstrando uma correlação da patologia com a raça ou etnia (SPAIGHT et al., 2016).

O sobrepeso ou a obesidade é outro fator associado ao desenvolvimento de diabetes quando comparadas àquelas mulheres grávidas, porém, com IMC normal. O IMC maior que 25 kg/m² aumenta em até seis vezes o risco para diagnóstico de hipertensão e diabetes consequente à gestação (AGUDELO-ESPITIA et al., 2019).

A presença de DMG pode causar consequências adversas para a mãe, feto e/ou recém-nascido (ALBRECHT et al., 2019). Cerca de 7% das gestações estão relacionadas a complicações, ocasionando em mais de 200.000 casos de diabetes gestacional registrados no SUS a cada ano, o que é uma das principais causas de morbidade e morte materna no Brasil (VIEIRA NETA et al., 2014).

As complicações comuns incluem: macrossomia, controle metabólico insuficiente, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia (ALBRECHT et al., 2019). Além disso, pode citar a cetoacidose, retinopatia, nefropatia, doença hipertensiva da gestação, polidrâmnio, trabalho de parto pré-termo, parto cesáreo por distocia de ombros, anomalias congênitas, retardo do desenvolvimento cerebral, fratura de clavícula, lesão do plexo braquial e doença da membrana hialina (SCHMALFUSSI; BONILHA, 2015).

A hiperglicemia, na mãe, não apenas aumenta a chance de desenvolver diabetes, mas também reduz a tolerância futura a carboidratos e aumento da incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atual (MORAIS et al., 2019). Além da pré-eclâmpsia, outros distúrbios hipertensivos provocados pela DMG incluem a hipertensão gestacional e a eclâmpsia. Ademais, para a mãe diabética, há um tormento com a chance sete vezes aumentada para a recidiva da doença após 5 a 10 anos, tal como maior possibilidade de desencadear síndrome metabólica ou doença cardiovascular (SPAIGHT et al., 2016). Dentre essas mães, cerca de 50% desenvolvem o diabetes mellitus tipo 2 em até dez anos (SANTOS et al., 2020).

Quanto ao surgimento de infecção do trato urinário, apresenta se como uma queixa comum entre as mulheres diabéticas e, geralmente, são mais graves, com uma frequência de

bacteremia alta havendo comprometimento renal bilateral, do qual aumenta o risco de hospitalização por pielonefrite (VIEIRA NETA et al., 2014).

Quando há conclusão da vigésima semana de gestação, e assim, seguindo com a embriogênese finalizada e ausência de embriopatia diabética, tem-se como complicação primordial a macrossomia fetal (PADRÓN AGUILERA et al., 2019). Para o feto, a maior produção de insulina está relacionada diretamente ao seu desenvolvimento e, consequentemente, facilita o crescimento exagerado (RODRIGUES et al., 2019). É de suma importância destacar que os recém-nascidos macrossômicos estão diante de maior predisposição para o desenvolvimento de diabetes tipo 2 a longo prazo, assim como, obesidade ou sobrepeso durante a infância (RIBEIRO et al., 2017).

A macrossomia oferece maior chance de ocorrência do parto operatório e também de distocia do ombro (MACK; TOMICH, 2017). Mesmo que a gestante tenha DMG não é imposto a realização do parto cesárea, por isso é crucial fazer exames para conseguir determinar a dimensão do feto em relação à pelve da mulher. É aconselhado fazer parto cirúrgico quando em gravidez acima de 38 semanas com maturação pulmonar indevida e risco de morte fetal aumentado pelo mau manejo do diabetes, não indicação à indução cervical (do cérvice), macrossomia e sofrimento fetal (FILHO et al., 2017). No entanto, com um controle glicêmico e nutricional efetivo, a ocorrência de fetos macrossômicos pode diminuir (MIMOSO; OLIVEIRA, 2017).

É possível identificar também, que a hipoglicemia ao nascimento está mais presente em recém nascidos macrossômicos (RIBEIRO et al., 2017). A hipoglicemia neonatal é provocada por uma diminuição brusca da quantidade de glicose depois do clampeamento do cordão umbilical. Essa condição cresce quando a gestante está com taxas maiores que 90ml/dl na hora do parto. Com intuito de evitar a hipoglicemia na criança é preciso acompanhar os níveis glicêmicos da gestante durante a última metade da gravidez e no decorrer do trabalho de parto. Um dos melhores artifícios para evitar a hipoglicemia assintomática é a amamentação em livre demanda (FILHO et al., 2017).

Em contrapartida, a DMG pode prejudicar o volume e qualidade do leite materno, afetando tanto a ocorrência de hipoglicemia quanto àquelas crianças que nasceram prematuras, já que muitas dessas complicações são causas do parto pré- termo. Esse comprometido no leite materno podem ter repercussões sérias como alterações cardiovasculares e metabólicas. Além disso, o aleitamento é uma proteção ao risco de obesidade infantil, independente se mãe teve ou não DMG (RODRIGUES et al., 2019).

Outra complicação relacionada ao DMG são as anomalias congênitas, as mais frequentes são, por ordem de prevalência, anomalias cardiovasculares, esqueléticas e nefro urológicas. Ademais, essas repercussões foram mais presentes em fetos de grávidas que receberam tratamento precoce com insulina, antes das 10 semanas de gestação (MIMOSO; OLIVEIRA, 2017).

A asfixia perinatal ou carência de oxigenação adequada também é uma complicação encontrada em fetos de mães diabéticas (FILHO et al., 2017). A produção aumentada de insulina está associada à quantidade diminuída de surfactante e a hipóxia (RODRIGUES et al., 2019). Diversos fatores têm relação para causar o sofrimento fetal, a gestação precisa estar associada a questões socioeconômicas e biológicas adequadas. Em 1999, foi feita uma pesquisa sobre o índice de asfixia, comparando entre as regiões do país, a incidência média nacional foi de 2,1%, com destaque para região Nordeste que teve uma média acima, de 2,4%. Isso evidencia a relação da asfixia neonatal com a assistência, fatores clínicos da mãe e do bebê e atendimento durante o pré-natal (FILHO et al., 2017).

O risco de um parto pré termo está muito associado ao DMG, correspondente à carência de uma assistência pré natal adequada ou a uma alimentação pobre em nutrientes por parte da mãe. A mortalidade neonatal é quatro vezes maior do que comparado a crianças de mães não diabéticas, além de complicações ainda não citadas como policitemia, bilirrubinemia e hipocalcemia (FILHO et al., 2017). Tal cenário pode ser ratificado uma vez que o descontrole dos níveis de glicemia em mulheres com DMG é relatado como o principal fator de mortalidade neonatal (MACK; TOMICH, 2017).

Dessa maneira, observa-se a relevância do diagnóstico prévio do diabetes gestacional em decorrência das suas complicações. Toda gestante e seu parceiro devem ser informados sobre os riscos da doença e vantagens da triagem para diabetes. A OMS acredita que iniciar o tratamento pré-natal o mais cedo possível é essencial para o cuidado adequado, e que existe um número ideal de consultas e orientações sobre parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e incentivo à amamentação (VIEIRA NETA et al., 2014).

Para um tratamento efetivo, a gestante deve mudar alguns hábitos de vida, como aderir à prática de exercícios físicos, controlar a dieta e, se necessário, utilizar tratamentos farmacológicos – 20 a 30% das grávidas com DMG precisam de insulinoterapia (RODRIGUES et al., 2019). Dessa forma, a atividade física é vista como uma grande aliada para as gestantes, uma vez que mesmo que apresentem IMC alto, a prática destas reduziu em até 50% o risco de desencadear uma gestação diabética quando comparado com as mulheres sedentárias (SPAIGHT et al., 2016).

A dieta é um dos principais pontos do tratamento de mulheres grávidas com diabetes. Cabe ressaltar que, além de um forte desejo de comer alimentos não recomendados para terapia nutricional, fatores externos também devem ser considerados, como dificuldades financeiras e ansiedade (SCHMALFUSSI; BONILHA, 2015). Sugere-se que a dieta seja prescrita de forma individualizada para cada gestante e que leve em conta o objetivo de normalizar a glicemia, o IMC da mulher e a nutrição necessária para a saúde da mãe e do feto (ALFADHLI, 2015).

O tratamento padrão para diabetes gestacional é a insulinoterapia subcutânea (MORAIS et al., 2019). Este método terapêutico deve ser iniciado em gestantes que apresentam hiperglicemia e não alcançaram o nível de glicemia estabelecido como meta ideal apenas com dieta e exercícios físicos. Dessa forma, a insulina de escolha deve ser determinada por meio do histórico glicêmico da paciente. Para exemplificar, em gestantes com glicemia de jejum maior que

95 mg/dl, a insulina basal análoga da insulina de ação prolongada ou protamina neutra Hagedorn (NPH) é uma das opções. Somando-se a isto, um método utilizado para estabelecer a dosagem de insulina para cada paciente é usar como parâmetros o peso corporal e a semana de gestação (ALFADHLI, 2015).

No entanto, o uso de insulina é complicado, mais caro, além de causar ganho de peso indesejável. Como alternativa ao tratamento, medicamentos orais (como a metformina) demonstraram recentemente eficácia comparável à insulina no tratamento do diabetes gestacional (MORAIS et al., 2019). Somando-se a isto, outras complicações do uso da insulina são a baixa de glicose no sangue materno, a correlação com o favorecimento do aumento de peso corporal da mulher, além das dificuldades encontradas com a forma de administração e a conservação da insulina (TARRY-ADKINS et al., 2019).

No momento intraparto também é indispensável estabelecer os níveis de glicose normais, ou seja, entre 72 a 126 mg/dL para prevenir a hipoglicemia neonatal. Dessa forma, em gestantes com DMG se faz necessário monitorar a glicemia capilar a cada 1 a 2 horas. Já o pós-parto requer cuidados como o monitorar a glicemia 24 a 72 horas após a parição para averiguar se mãe continua ou não hiperglicêmica. Dessa forma, caso a mulher tenha níveis de glicose em jejum maior ou igual a 7 mmol/ L ou 126 mg/dL é preciso tratar. Todavia, se o TOTG for negativo, a orientação deve ser a realização da triagem para diabetes a cada três anos (TARRY-ADKINS, et al., 2019).

A metformina, droga oral hipoglicemiante, está entre os medicamentos essenciais da 20ª Organização Mundial da Saúde (OMS) além de ser considerada pela Sociedade de Medicina Materna-Fetal (SMFM) um recurso terapêutico de primeira linha para o DMG. Todavia, esta droga apresenta capacidade de permear a placenta e, consequentemente, se concentrar em quantidades relevantes no tecido placentário e no feto, o que pode gerar prejuízos para o desenvolvimento da gestação (TARRY-ADKINS et al., 2019). Dessa forma, a metformina e outros medicamentos como a glibenclamida, não são indicados pela Food and Drug Administration (FDA) para uso de gestantes (RODRIGUES et al., 2019).

Por conseguinte, estudos demonstraram que muitas gestantes não possuíam um bom nível de informações sobre a patologia. Como o DMG implica um alto risco para mães e recém-nascidos, deve ser priorizado pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de mulheres gestantes (MORAIS et al., 2019).

Discussão:

Os achados expostos nesse trabalho mostram que, para Rodrigues et al., 2019, é de fundamental importância o diagnóstico de DMG e um tratamento no pré natal, com intuito de evitar repercussões fetais e na gestante. De acordo com Filho et al. 2017, os fatores de risco mais relacionados ao DMG diz respeito à história obstétrica, fatores genéticos e fenotípicos.

A Associação Internacional de Grupos de Estudos sobre Diabetes e Gravidez orienta um rastreio absoluto ou em concordância com os riscos já na primeira consulta do pré-natal. Rodrigues et al., 2019 descreveu achados ultrassonográficos que conseguem comparar resultados dos exames entre gestantes com DMG e sem DMG, em que a diferença mais prevalente entre eles é a imaturidade placentária.

Tarry-Adkins et al., 2019 têm descrito aumento nos casos de DMG nos últimos anos, e atribui a essa realidade o aumento de fatores de risco, como a obesidade e o baixo limiar diagnóstico.

Ademais, para Kawasaki et al., 2018 há uma grande relação dos eventos desencadeados pelo DMG, na criança, às custas da exposição prolongada a estados hiperglicêmicos, destacando-se a obesidade e a intolerância à glicose.

Por fim, segundo Schmalfussi e Bonilha, 2015, a dieta é um importante aliado no tratamento da DMG. No entanto, Alfaghli, 2015 reforça que grávidas que manifestam hiperglicemia e não alcançam o índice glicêmico estabelecido como meta ideal, apenas com dieta e exercícios físicos, deve ser implementada a insulinoterapia.

Considerações Finais:

Conclui-se que um grupo de trabalhadores multidisciplinar é imprescindível para o diagnóstico de DMG, de modo que ficarão encarregados de realizar uma anamnese detalhada, bem como fazer o rastreio das pacientes. Por parte do ginecologista obstetra espera-se um cuidado atencioso à paciente com diabetes mellitus gestacional. Essa atenção requer o reconhecimento de fatores de riscos maternos e a vigilância com a gestante e com o feto pré-parto. É fundamental, ainda, o uso do ultrassom para acompanhar o desenvolvimento e saúde do feto, o controle da glicemia materna no momento de parição, a tomada de decisões embasadas no tempo e via de parto, assim como o acompanhamento e suporte no pós-parto.

Referências:

AGUDELO-ESPITIA, Vanessa; PARRA-SOSA, Beatriz Elena; RESTREPO-MESA, Sandra L. Factores asociados a la macrosomía fetal. In.: **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 100, 2019. Disponível em http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001269. Acesso em 27 de jul de 2020.

ALBRECHT, Cristiane Carla; ZANESCO, Camila; RIBEIRO, Maiara Vanusa Guedes; FADEL, Cristina Berger; SILVA, Débora Tavares Resende. Características evidenciadas em recém-nascidos de gestantes hipertensas e diabéticas: revisão sistemática da literatura. In.: **J. nurs. Health**, v.9, n.1, 2019. Disponível em: DOI: https://dx.doi.org/10.15210/jonah.V9I1.14395. Acesso em 27 jul. 2020.

ALFADHLI, Eman M. Gestational diabetes mellitus. In.: **Saudi Med J.** Vol 36, p.399-406, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.15537/smj.2015.4.10307. Acesso em 27 jul. 2020.

FILHO, Cesário Rui Callou; LEITE, João Jaime Giffoni; MESQUITA Caroline Antero Machado; ARAUJO, Ticiana Maria Lima Azevedo de, SOUSA, Uyara Mara Costa de; SILVA, Maria Joélia Lima; SILVA, Guilherme Alberto Camilo da. Características clínicas e epidemiológicas de recém-

nascidos e mães diabéticas. In.: **Conexão Ciência (Online)**. Vol 12, N.2, p.47-53, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.24862/cco.v12i2.512. Acesso em 27 jul. 2020.

KAWASAKI, Maki; ARATA, Naoko; MIYAZAKI, Celine; MORI, Rintaro; KIKUCHI, Toru; OGAWA, Yoshihiro; OTA, Erika. Obesity and abnormal glucose tolerance in offspring of diabetic mothers: A systematic review and meta-analysis**.** In.: **PLoS ONE.** N.13, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190676. Acesso em 27 jul. 2020.

MACK, Lynn R.; TOMICH, Paul G. Diabetes gestacional Diagnóstico, Classificação e Cuidados Clínicos. In.: **Obstet Gynecol Clin N Am**, v. 44, p. 207–217, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2017.02.002. Acesso em 27 jul. 2020.

MIMOSO, Gabriela; OLIVEIRA, Guiomar. Neonatal Morbidity and Gestational Diabetes: Coincidence or Consequence of the 2011 Protocol. In.: **Acta Médica Portuguesa.** Vol 30, N.09, p.589-598, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.20344/amp.8033. Acesso em 27 jul. 2020.

MISSION, John F.; CATOV, Janet; DEIHL, Tiffany E.; FEGHALI, Maisa; SCIFRES, Christina. Early Pregnancy Diabetes Screening and Diagnosis: Prevalence, Rates of Abnormal Test Results, and Associated Factors. In.: **Obstetrics & Gynecology**. Vol 130, N.5, p.1136-1142, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002277. Acesso em 27 jul. 2020.

MODINO, Soralla Civantos et al. Implication of gestational diabetes treatment on maternal weight gain and low neonatal weight: a large retrospective cohort study. In.: **Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral**, v. 36, n. 6, p. 1261-1266, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.20960/nh.02754. Acesso em 27 de jul de 2020.

MORAIS, Amanda Moreira; REMPEL, Claudete; DELVING, Luciana Knabben de Oliveira Becker; MORESCHI, Claudete. Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional. In.: **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 2, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.12082. Acesso em 27 jul. 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF. OPAS, 2016. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf. Acesso em 27 jul. 2020.

PADRÓN AGUILERA, Oramis Isabel et al. Diabetes y malformaciones congénitas. Cienfuegos, 2005-2015. In.: **MediSur,** v. 17, n. 5, p. 633-640, 2019. Disponível em http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4114. Acesso em 27 de jul de 2020.

RIBEIRO, Soraia Pereira; COSTA, Ricardo Barros; DIAS, Clara Paz. Macrossomia neonatal: fatores de risco e complicações pós-parto. In.: **Nascer e Crescer**, v. 26, n. 1, p. 21-30, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542017000100003. Acesso em 27 de jul de 2020.

RODRIGUES, Bruna Soares de Souza Lima; FERREIRA, Alice Rodrigues; MAZORQUE, Thaís Corrêa; AGUIAR, Thayná Gomes de. Diabetes mellitus gestacional: uma revisão sistemática sobre o tema. In.: **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** Vol 28, N.2, p.20-24, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191115_074540.pdf. Acesso em 27 jul. 2020.

SANTOS, Pâmela Antoniazzi dos; MADI, José Mauro; SILVA, Emerson Rodrigues da; VERGANI, Daiane de Oliveira Pereira; ARAÚJO, Daiane de Oliveira Pereira de; RAHMI, Rosa Maria Garcia. Gestational Diabetes in the Population Served by Brazilian Public Health Care. Prevalence and Risk Factors. In.: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 42, n. 1, p. 12-18, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0039-1700797. Acesso em 27 de jul de 2020.

SCHMALFUSSI, Joice Moreira; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabete melito gestacional. In.: **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.39-44, 2015. Disponível em: https://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5712. Acesso em 27 jul. 2020.

SPAIGHT, Caroline; GROSS, Justine; HORSCH, Antje; PUDER Jacqueline Jardena. Diabetes Mellitus Gestacional. In.: **Endocr Dev. Basileia, Karger**, v. 31, p 163–178, 2016. Disponível em: DOI: 10.1159 / 000439413. Acesso em 27 jul. 2020.

TARRY-ADKINS, Jane L; ALKEN, Catherine E.; OZANNE, Susan E. Crescimento neonatal, infantil após tratamento com metformina versus insulina para diabetes gestacional: revisão sistemática e metanálise. In.: **PLoS Med**, v. 16, n 8, 2019. Disponível em: https: //doi.org/10.1371/journal.pmed.1002848. Acesso em 27 jul. 2020.

TRINDADE-SUEDAM, Ivy Kiemle; VON KOSTRISCH, Lília Maria; PIMENTA, Luiz André Freire; NEGRATO, Carlos Antônio; FRANZOLIN, Solange Braga; TRINDADE JUNIOR, Alceu Sergio. Diabetes mellitus and drug abuse during pregnancy and the risk for orofacial clefts and related abnormalities. In.: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0815.2701. Acesso em 27 jul. 2020.

VIEIRA NETA, Francisca Adriele; CRISÓSTOMO, Vicente Lima; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa; PESSOA, Sarah Maria Fraxe; ARAGÃO, Maria Marly Santos; CALOU, Cinthia Gondim Pereira. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. In.: **Revista Rene.** p.823-831, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500012. Acesso em 27 jul. 2020.

Capítulo 25

DIFICULDADES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE BRASILEIRA

DIFFICULTIES IN PRENATAL CARE IN THE BRAZILIAN PRIMARY HEALTH CARE NETWORK

Mariele de Paula[1]
Giovanna Furini Lazaretti[2]
Maria Luiza Cabral Sanches[3]
Millena Zeferino Custodio[4]
Raphaela Montalvão Morais[5]
Taís Lorrane Mendes Silva[6]
Vanessa Soares Bergamasco[7]

RESUMO: O pré-natal é fundamental para a diminuição do risco de morbimortalidade materna e neonatal. Consoante a isso, o presente artigo trata-se de um estudo exploratório, com o objetivo de avaliar os pontos falhos em relação à assistência pré-natal realizada na décima quinta Regional de Saúde do Paraná. É evidente que ações governamentais têm propiciado uma melhora no atendimento da gestante. Entretanto, algumas mudanças ainda são difíceis de serem implementadas, como a realização constante de cursos de capacitação para os profissionais que realizam o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, o preenchimento adequado do sistema gestor do município e do cartão de pré-natal, além da burocracia necessária para o cadastramento da gestante no sistema, levando à uma demora no agendamento da primeira consulta. Dessa forma, é imprescindível que ações sejam realizadas para que os protocolos assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde sejam cumpridos, garantindo a qualidade dos serviços de pré-natal oferecidos.
Palavras-chave: Pré-natal. Parto. Assistência. Saúde. Gestante.

ABSTRACT: Prenatal care is essential to reduce the risk of maternal and neonatal morbimortality. Accordingly, this article is an exploratory study, with the objective of evaluating the flawed points in relation to the prenatal care performed in the fifteenth Regional Health Region of Paraná. It is evident that government actions have provided an improvement in the care of pregnant women. However, some changes are still difficult to implement, such as the constant holding of training courses for professionals who perform prenatal care in Basic Health Units, the proper completion of the municipality's management system and the prenatal card, in addition to the bureaucracy required to register the pregnant woman in the system, leading to a delay in scheduling the first appointment. Thus, it is essential that actions are taken so that the care protocols recommended by the Ministry of Health are complied with, guaranteeing the quality of the prenatal services offered.
Keywords: Prenatal. Birth. Assistance. Health. Pregnancy.

Introdução

O pré-natal refere-se à assistência médica prestada à gestante em busca de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos no período gestacional. Estima-se que a maior parte das mortes maternas ocorre devido a complicações durante a gestação e durante o trabalho de parto, sendo a baixa qualidade na assistência prestada durante o pré-natal, um dos fatores contribuintes

[1] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá. E-mail: marielemgp@hotmail.com
[2] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá. E-mail: giovanna_lazaretti@hotmail.com
[3] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá. E-mail: malucabralsanches@gmail.com
[4] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá. E-mail: millena_zef@hotmail.com
[5] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá. E-mail: raphaela_morais@hotmail.com
[6] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Ingá. E-mail: taislms@hotmail.com
[7] Médica Ginecologista e Obstetra, mestre pelo centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Maringá, e professora de Medicina do Centro Universitário Ingá. E-mail: vssoares2007@gmail.com

(MARIO et al., 2019). Desde o início do século XX, diversos programas de saúde pública foram implementados com a finalidade de melhorar a saúde materno-infantil e reduzir as taxas de morbimortalidade do país, porém nem todos esses objetivos foram alcançados. Houve uma redução nessas taxas e ampliação do número de atendimentos e consultas, porém os índices de morbimortalidade citados ainda permanecem altos no cenário brasileiro e vários são os desafios para que haja uma assistência eficiente e qualificada para o binômio gestante-feto (CASSIANO et al., 2014).

O acompanhamento realizado durante o pré-natal, quando feito de maneira contínua e adequada, proporciona melhores desfechos maternos perinatais, tornando-se um componente relevante da atenção à saúde da mulher no período gravídico e puerperal (LEAL, 2014). Um atendimento de qualidade e a assiduidade da gestante nas consultas é um fator essencial para a redução da mortalidade materna e perinatal (MARIO et al., 2019).

O objetivo deste trabalho é descrever o serviço de pré-natal prestado na atenção básica de saúde, mostrando experiências encontradas principalmente no município de Maringá - PR e apresentar possíveis soluções para melhorar a qualidade assistencial à saúde materno-infantil no município citado, as quais podem ser também redirecionadas para diversas regiões do Brasil.

Métodos

Para que se possa realizar a análise do tema, será utilizado como método de abordagem o hipotético-dedutivo, que parte de premissas gerais, como, por exemplo, atenção básica de saúde, para abordar o tema específico do trabalho, que diz respeito aos cuidados totais do acompanhamento pré-natal. Ainda, como método de investigação, será utilizado o método exploratório, que tem como objetivo propiciar uma aproximação com a questão de pesquisa, visando torná-la mais clara e precisa. Serão usados também os métodos bibliográfico e documental no presente estudo. Estes últimos consistem no levantamento de bibliografias pertinentes ao tema, utilizando-se, para tanto, artigos de periódicos científicos e cadernos de orientação do Ministério da Saúde, a fim de estabelecer conceitos básicos e aportes teóricos necessários ao seu desenvolvimento.

Discussão

A assistência pré-natal deve ter como características primordiais a qualidade e a humanização, buscando proporcionar o acesso facilitado aos serviços de saúde que tenham ações que integrem todos os níveis da atenção: a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar para alto risco (CASSIANO et al., 2014).

Na tentativa de promover uma melhor assistência pré-natal no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), o programa Rede Cegonha (2011) e o Caderno de Atenção Básica Primária número 32, desenvolvidos para apoiar as equipes de saúde envolvidas na Rede Cegonha. É inegável que com tais programas o acesso

ao pré-natal no Brasil foi ampliado de forma relevante, porém, a qualidade desses atendimentos ainda apresenta inadequações e iniquidades, observando-se uma baixa qualidade da atenção à gestante (MARIO et al., 2019).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, é importante que o acolhimento da gestante na atenção básica seja feito por uma equipe treinada e qualificada, desde a sua recepção e acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), que deve promover uma escuta de qualidade e estabelecer um vínculo de confiança entre a gestante e a equipe de saúde. Dessa forma, é possível identificar as vulnerabilidades presentes na vida da mulher, de acordo com contexto social, e ainda reforçar a importância da participação da gestante nas palestras e consultas de pré-natal. Uma falha no processo inicial de acolhimento dificulta a continuidade do pré-natal, aumentando o risco de mortalidade do binômio mãe-bebê. (PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012).

A Rede Cegonha orienta a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos. A UBS é a porta de entrada preferencial para a gestante que procura o Sistema Único de Saúde (SUS). Após a captação inicial da gestante, ela deverá receber orientações sobre a importância do pré-natal, dos exames realizados em cada fase e informações sobre amamentação e vacinação, além de também ter acesso a uma escuta de qualidade, livre de julgamentos e informações que a eduquem sobre o parto, hábitos de vida, higiene e sexualidade. O médico da UBS por sua vez deverá fazer a avaliação clínica, solicitar exames preconizados, identificar possíveis fatores de risco e estratificação da gestante, bem como, preencher adequadamente o calendário de seguimento, o qual avalia parâmetros maternos e fetais conforme a evolução da gravidez. Entretanto, a saúde de muitas mulheres continua sendo negligenciada, uma vez que o acesso ao serviço médico tem se mantido precário, a burocracia atrasa o início do atendimento da gestante, há baixa adesão dos profissionais à política de humanização da atenção à mulher, além da carência de programas de reciclagem dos profissionais da saúde (CASSIANO et al., 2014).

A efetiva comunicação entre os serviços de saúde e os profissionais permite que a orientação e os encaminhamentos sejam adequados em cada momento da gravidez. (PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012). Como parte fundamental e integrante do processo de encaminhamento das gestantes aos serviços de saúde, de acordo com suas respectivas estratificações, deve ser garantido o acesso aos serviços de atenção especializada à gestação de alto risco, de risco intermediário e de risco habitual. A gestante de risco habitual de acordo com o protocolo da Rede Mãe Paranaense, deve ter seu pré-natal realizado pelo médico da sua equipe de Programa Saúde da Família. Vale reforçar que, ainda que a gestante seja encaminhada a outro nível de atenção, deve se manter as consultas de pré-natal na sua UBS de origem. É de competência das equipes da atenção primária à saúde, o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. Sendo assim, todas as informações necessárias para o referenciamento da gestante devem estar contidas na Caderneta da Gestante bem como deve ser

realizada, ainda nas UBS, todas as instruções necessárias para que essa mulher tenha condições e autonomia para continuar seu acompanhamento. (PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012).

A Caderneta da gestante é um documento de extrema importância para a realização de um pré-natal de qualidade. Nela serão inseridos dados gerais, como a identificação da gestante, qual unidade de saúde será realizado o pré-natal, telefone de emergência, acompanhamento nutricional, curva de altura uterina/idade gestacional, data da última menstruação, data provável do parto, se foi uma gravidez planejada ou não, lista de todos os exames que ela deve realizar, dados referentes às ultrassonografias que serão realizadas, antecedentes familiares, histórico de gestações anteriores, antecedentes clínicos obstétricos, hábitos de vida, doenças preexistentes, vacinas, consulta odontológica, tabela para preenchimento de dados em todas as consultas, informações e orientações gerais, além de um espaço para registrar sentimentos e pensamentos a respeito da gestação. Na própria caderneta deverá ser identificado qual serviço de saúde é indicado para o parto, evitando assim que a gestante realize uma peregrinação em busca de atendimento hospitalar durante o trabalho de parto, facilitando a referência e contrarreferência (LEAL et al., 2020).

Todavia, tem sido observada a falta de preenchimento de prontuários avulsos em cada consulta, deixando de alimentar o sistema eletrônico unificado e a caderneta de gestante. É indispensável que, mesmo que as informações e histórico da gestante sejam registrados nos prontuários das unidades onde o pré-natal é realizado, a caderneta também deve ser alimentada, pois, caso a gestante precise ser atendida em outra unidade, seja por uma questão de emergência, como um desmaio em via pública, ou por qualquer outro motivo, o médico que a receber terá condições de prestar o melhor atendimento à paciente, pois terá em mãos todo seu histórico médico e inclusive em relação a gestação.

A mortalidade materna e perinatal é influenciada pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica, sendo a maioria das causas evitáveis, o que ressalta a importância da participação ativa do sistema de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010; DELWING; HAHN, 2016). Para que as medidas propostas pelo Ministério da Saúde sejam implementadas de maneira eficaz, deve-se garantir a capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo para que o acompanhamento da gestante possa ser garantido e realizado de forma qualificada (MARIO et al., 2019).

De acordo com Viellas et al. (2014) “práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais”, ou seja, a periodicidade no pré-natal e a estratificação de risco é de suma importância, uma vez que, cada trimestre exige seu conjunto de exames e avaliações a serem feitos na mãe e no bebê para condução de uma gestação mais segura.

Devem ser agendadas visitas domiciliares para que a puérpera e seu recém-nascido sejam monitorados, fato que também é falho em grande parte do cenário brasileiro. Há uma grande demanda e essas visitas acabam, na maioria das vezes, não ocorrendo, o que prejudica

demasiadamente a assistência à saúde materno-infantil. É recomendado que a puérpera e o recém-nascido retornem à sua UBS uma semana após o parto para realizar a primeira consulta, a fim de avaliar a saúde da mãe e do bebê, avaliar a cicatrização e retirada de pontos, se necessário, sanar possíveis dúvidas dos pais durante este período, orientado sobre a amamentação, avaliar sangramento vaginal, discutir métodos contraceptivos indicados para a puérpera, caso ela não deseje uma nova gestação no momento.

Pensando na oferta de saúde para o binômio mãe-bebê, uma das etapas mais cruciais é a amamentação, a qual se realizada de forma errônea pode gerar traumas para a mãe, causando muita dor física e, consequentemente, sofrimento para o bebê. No entanto, se essa mulher for orientada, desde o pré-natal até o pós-parto, sobre como deve ser a pega correta, posições para segurar o bebê durante as mamadas e a frequência de tais, por exemplo, a chance de obter sucesso no processo de amamentação é muito maior, gerando inúmeros benefícios, tanto para a mãe, quanto para o bebê, além de tratar-se de uma alimentação prática, segura, saudável e econômica, pois não gera custos extras com fórmula de alimentação infantil. Pensando na mãe, a amamentação auxilia na retração uterina, reduz o risco de hemorragias e anemia pós-parto, auxilia na perda de peso, fortalece o contato entre a mãe e o bebê, estreitando os laços afetivos e reduz o risco de câncer de mama futuramente. Já em relação ao bebê, o leite materno é a melhor opção dentre todas disponíveis, além de ser mais nutritivo, oferece proteção contra doenças e previne, ainda, problemas dentários e respiratórios.

A assistência pré-natal tardia se depara em entraves relacionados ao atendimento, ou seja, o problema está inserido dentro do sistema de saúde, na própria UBS, a qual deveria funcionar como porta de entrada efetiva para essas gestantes, fator que contribui para que essas mulheres não consigam ter o direito à atenção de fácil acesso, situação oposta do que preconiza o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. No entanto, este programa não obteve os resultados esperados, pois houve inúmeras dificuldades como a falta de leitos, difícil acesso aos serviços de saúde, escassez de recursos humanos, materiais e financeiros. Mesmo com todos estes programas e incentivos criados, ainda há grande dificuldade em reduzir as taxas de morbimortalidade, pois além de tratar-se de um processo multifatorial, a saúde pública brasileira ainda precisa vencer muitas barreiras no acesso à saúde e na equidade (CASSIANO et al., 2014).

O maior problema está na qualidade da atenção prestada, ou seja, existe um deficit na criação e manutenção de vínculo entre a usuária e a unidade. Além disso, o acolhimento é ineficiente, podendo ser visto, por exemplo, pela demora na marcação de consultas, pois existe uma grande burocracia desde o momento que a mulher informa a unidade básica que está grávida, até a marcação e a realização efetiva da consulta. Isso acontece porque no primeiro momento os agentes comunitários da saúde precisam ir a casa dessa mulher para conhecer o contexto em que ela está inserida e colher alguns dados como, por exemplo, o endereço e se este está de acordo com o georreferenciamento daquela unidade de saúde. Em seguida, é necessário agendar um retorno com a equipe de enfermagem do local para abrir o cartão de pré-natal e só

após todo esse processo conseguir marcar efetivamente a consulta. Tal fato acaba contribuindo demasiadamente para a realização de um pré-natal tardio.

O esperado seria que todas as gestantes começassem o seguimento do pré-natal precocemente, ou seja, até a 12ª semana de gestação para que fosse realizado um mínimo de seis consultas e um acompanhamento correto durante os três trimestres gestacionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Porém, o que se tem visto, de acordo com o departamento de informática do SUS (VIELLAS et al., 2014) é que apenas três quartos das mulheres tem um acompanhamento precoce, sinalizando que a grande maioria das gestantes começa o acompanhamento pré-natal tardiamente, já no segundo trimestre. Destas, percebe-se que a população mais vulnerável à realização do pré-natal tardio são as mulheres adolescentes, mulheres negras e principalmente das regiões norte e nordeste. Além disso, foi identificado que a menor cobertura e início de um pré-natal tardio nessas regiões, associam-se a fatores relacionados, principalmente, a dificuldade de vencer a barreira de acesso a UBS, do que ao próprio desconhecimento da gravidez ou de problemas pessoais da gestante (VIELLAS et al., 2014).

É necessário atuar no cerne do problema para que a maioria das mulheres consiga ter acesso a um pré-natal de qualidade e no momento mais oportuno possível, ou seja, é preciso que o agendamento das consultas ocorra de forma mais efetiva e rápida para que a atenção à saúde da gestante não seja atrasada, na iminência de afetar a identificação e manuseio de possíveis impasses. Com isso, o acesso mais facilitado aos serviços de saúde, em conjunto com o acolhimento, contribui e favorece com a criação de vínculo e confiança entre as mulheres e os profissionais, ajudando na adesão da paciente à unidade básica na qual ela foi inscrita, favorecendo assim uma chegada mais precoce da usuária no serviço de saúde pública para que o acolhimento, a consulta e o acompanhamento pré-natal sejam realizados no momento ideal e que essa gestante consiga ter uma assistência de qualidade, com o mínimo de consultas preconizadas, além de conseguir realizar todos os exames de cada trimestre gestacional no tempo correto.

Os fatores de risco gestacional podem ser identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral, exame ginecológico-obstétrico e exames complementares. Devem ser criteriosamente conduzidos e interpretados, individualizando uma abordagem integral da paciente, permitindo assim classificá-la em alto risco ou risco habitual (DELWING; HAHN, 2016; PEIXOTO, 2014). Todo trimestre é necessário uma nova estratificação da paciente conforme seus fatores de risco para a gravidez. Caso a paciente precise de um encaminhamento, o médico que a atendeu deverá conhecer os fluxos e contrafluxos da rede de atenção, encaminhando-a em tempo oportuno. Para o cumprimento dessa conduta, é necessário que haja uma educação médica continuada que se faz por meio de cursos de reciclagem, evitando que protocolos seguidos fiquem obsoletos e que a qualidade da atenção em saúde fique defasada.

Gestações classificadas como de alto risco necessitam de atendimento especializado, as quais demandam maior complexidade para seu atendimento em níveis secundários e terciários de atenção à saúde. Contudo, o acesso aos serviços de saúde dos diversos níveis de complexidade de forma integral não tem apresentado efetividade esperada em gestantes brasileiras. Visto que, gestantes com fatores de risco foram as que relataram maiores dificuldades no atendimento em serviços de referência, onde houve relatos de acompanhamento realizados em maior proporção por enfermeiros, evidenciando problemas na organização e articulação da assistência (LEAL, 2014). Além disso, nota-se que a gestante de alto risco não é atendida de imediato na atenção secundária, estudos mostram que há um tempo de até 1 semana para o início do acompanhamento de alto risco (MEDEIROS et al., 2019). Dessa maneira, é essencial viabilizar, principalmente às gestantes de risco, a integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde, por intermédio de estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência conduzido por uma equipe multidisciplinar (LEAL, 2014).

A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional tende a ser mais eficaz, pois possibilita o cuidado longitudinal. Para tal, a equipe da unidade de saúde deve trabalhar de maneira conjunta e articulada, sempre visando o acompanhamento holístico da paciente. Para Soliman (2015), “a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal também demonstra ser um fator de estímulo de busca e continuidade do acompanhamento de pré-natal”, ou seja, quando a gestante se sente acolhida e com suas necessidades sanadas há maior possibilidade de ela realizar o seguimento correto ao pré-natal. No entanto, quando a gestante de baixo risco chega na unidade de saúde, na maioria das vezes, o seu pré-natal é conduzido por um médico generalista ou pelo enfermeiro obstétrico, que frequentemente, não consegue cumprir com todas as recomendações das diretrizes clínicas preconizadas para área de ginecologia e obstetrícia referentes à assistência pré-natal, ou seja, o pré-natal não é completo. Observa-se a falta de dados sobre a gestante, o cartão do pré-natal muitas vezes não é totalmente preenchido, há inexatidão dos exames pedidos por trimestre e, inclusive, um certo desconhecimento dos fluxos da rede. Além disso, o número de consultas ao longo da gestação não é o adequado e a realização de procedimentos preconizados também é incompleta (LEAL et al., 2020). Tais fatores trazem riscos adicionais a gestante e ao feto, além de atrapalhar a operacionalidade do sistema.

A assistência às gestantes de alto risco envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, os quais exercem influência na complexidade dos casos e exigem maior monitoramento. Na população estratificada como alto risco, coexistem gestantes que apresentam condições clínicas e sociais complexas, as quais exigem um cuidado diferenciado, pois são mais suscetíveis a desfechos desfavoráveis. Estudos indicam que o descaso em relação aos determinantes sociais na assistência prestada influenciou para que as mulheres tivessem menos cuidados com a sua saúde e aderissem menos ao pré-natal, diante disso a assistência ao pré-natal de alto risco exige considerar os aspectos objetivos e subjetivos da gestante, devendo salientar a integralidade e equidade do cuidado. (SOARES; HIGARASHI, 2019). Diante disso, os profissionais devem garantir um atendimento humanizado, permitindo uma escuta qualificada

durante as consultas, o que é necessário para a gestante, que muitas vezes precisa de uma atenção especial, devido todas as mudanças físicas, hormonais e, principalmente, emocionais passadas durante o período gestacional, favorecendo assim, então, uma gestação e um parto mais seguros.

Vale ressaltar que diretrizes da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco em conformidade com a Rede Cegonha, estabelecem que a equipe de Atenção Básica deve continuar acompanhando essa gestante, uma vez que a unidade de referência é a principal responsável pelo acompanhamento contínuo e integral. No entanto, evidencia-se que estados brasileiros apresentam uma falta de articulação entre os serviços, podendo ser observado em relatos de gestantes que não levaram nenhuma informação de volta à Atenção Primária à Saúde ou a levam apenas de maneira informal. Tal fato, reforça a importância da utilização da caderneta da gestante como uma ferramenta nesse processo e que, segundo estudos, pouco utilizada pelos profissionais ou com anotações incompletas (CABRITA et al., 2015; SANINE et al., 2019). Logo, a rede de atenção à saúde deve garantir um pré-natal de qualidade às gestantes, diminuindo a burocracia para o início do mesmo. O clínico geral deve ser capaz de cumprir com todas as recomendações das diretrizes clínicas recomendadas para a assistência pré-natal. Desse modo, o prontuário da gestante deverá ser completamente preenchido para que haja alimentação do sistema e que ao ser atendida por outro médico, esse tenha todas as informações necessárias. O cartão de pré-natal deverá ser respondido por inteiro e os exames de cada trimestre deverão ser pedidos e analisados. Também se faz importante a necessidade de aumentar o acesso da gestante de alto risco a um serviço especializado, bem como capacitar os médicos da Unidade Básica de Saúde por meio de cursos anuais específicos.

Resultados

Diante da análise empreendida acerca da importância da realização de um pré-natal precoce e de qualidade, percebe-se que ainda existem muitas falhas nesse processo, tendo em vista a inadequada capacitação dos profissionais envolvidos no sistema de atenção materno-infantil da rede pública de saúde, além do atraso na inclusão da gestante no sistema e alimentação deste, bem como o preenchimento da caderneta da gestante com informações incorretas ou com a falta delas. Dessa forma, essa falta de articulação e organização entre a equipe da unidade básica, contribui para que a paciente não tenha um acolhimento efetivo e nem uma criação e manutenção de vínculo adequados com a UBS.

Vale ressaltar que embora tenha existido um aumento de mulheres grávidas que procuraram a rede pública para realizar um acompanhamento pré-natal, e que isso tenha contribuído para uma diminuição da morbimortalidade dessas gestantes, ainda existe considerável deficit em começar o pré-natal de forma precoce, devido à burocracia do sistema para conseguir agendar a consulta. O mesmo acontece no preenchimento da caderneta da gestante que muitas vezes é aditada com falta de informações necessárias e importantes.

Além disso, foi observado descasos em relação à assistência prestada às gestantes de alto risco, que merecem uma atenção especializada, devido aos desfechos desfavoráveis que podem vir a sofrer. Por fim, observa-se que os profissionais envolvidos nesse processo e médicos generalistas não cumprem com todas as recomendações das diretrizes dos protocolos de ginecologia e obstetrícia, que seria um fator imprescindível.

Portanto, repensar os cuidados necessários à atenção e acompanhamento da mulher durante o período gestacional torna-se prioridade ao sistema público de saúde. Isso fará com que as gestantes tenham maior confiança em seus períodos gestacionais e partos, de forma que estarão também sob cuidados de uma equipe preparada, trazendo a elas segurança e saúde em momentos importantes e que as deixam vulneráveis a emoções, dúvidas e sofrimentos.

Referências

ALBUQUERQUE, Renata Alves *et al.* Produção do cuidado integral no pré-natal: Itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface:** Communication, Health, Education. Botucatu, v. 15, n. 38, p. 677–686, jul/set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300005. Acesso em 29 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf. Acesso em 12 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**; 2010. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 20 jul. 2020.

CABRITA, Bruno Augusto Corrêa *et al.* A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde/ The search for care by high risk pregnant in relation to integrality in health. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1139-1148, abr/jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.24250. Acesso em 30 jul. 2020.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al*. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581. Acesso em 27 jul. 2020.

DELWING, Luísa Pereira Becker; HAHN, Giselda Veronice. Assistência À Gestante De Alto Risco Em Ambulatório Especializado. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 3, p. 20–37, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v8i3a2016.1128 Acesso em 30 jul.2020.

SOLIMAN, Fatma El Sayed. Satisfaction of Rural Pregnant Women as Quality Indicator of Provided Antenatal Care. **International Journal of Scientific and Research Publications**, v. 5, n. 3, p. 2250–3153, 2015. Disponível em: http://www.ijsrp.org/research-paper-0315/ijsrp-p3921.pdf. Acesso em 22 jul. 2020.

LEAL, Maria do Carmo *et al*. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v54/pt_1518-8787-rsp-54-8.pdf. Acesso em 19 jul. 2020.

MARIO, Débora Nunes *et al.* Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301223&lng=en&nrm=iso ou https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017. Acesso em 18 jul. 2020.

MEDEIROS, Fabiana Fontana *et al.* Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 204-211, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0204.pdf. Acesso em 15 jul. 2020.

NUNES, Juliana Teixeira *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf. Acesso em 18 jul.2020.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Caderno De Atenção ao Pré-Natal** - Risco habitual., 2012. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf6.pdf . Acesso em 10 jul. 2020

PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf. Acesso em 15 jul. 2020.

SANINE, Patricia Rodrigues *et al*. Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n10/1678-4464-csp-35-10-e00103118.pdf . Acesso em 28 jul. 2020.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 805–816, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140073 . Acesso em 29 jul. 2020.

SOARES, Leticia Gramazio; HIGARASHI, Ieda Harumi. Gestão de caso como estratégia de cuidado no pré-natal de alto risco. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 692-699, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300692&lng=en&nrm=iso . Acesso em 15 jul. 2020.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: Indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1–11, abr. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815. Acesso em 29 de jul. 2020.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al*. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85–100, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf. Acesso em 30 de jul. 2020.

Capítulo 26

DISFUNÇÕES UROGENÉTICAS NO PERÍODO DE REPRODUÇÃO EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

UROGENETIC DISORDERS IN THE REPRODUCTION PERIOD IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Joseilton Fernandes Da Silva Júnior[1]
Eulália Rosa Moreira Mendes[2]
Gisely Santos Rosas[3]
Vanessa Silva Lapa[4]
Renata Lins de Souza Times[5]

RESUMO: Desenvolvido através de revisão bibliografica onde são apresentadas patologias acometidas, que influência diretamente a saúde física e psicológica do portador de Fibrose Cística. Na elaboração foi analisado o período de puberdade, as mutações acometidas, como o sistema reprodutor é afetado no feminino da menarca (primeira menstruação), menopausa, pré-gestação, gestantes e neonatal, já no masculino o distúrbio da infertilidade. Focando primordialmente a atenção à saúde com mais cuidados e prevenções, exames e retirada de dúvidas do portador da Fibrose Cística, promovendo uma qualidade de vida com a visão de melhoria principalmente na questão respiratória que afeta ainda mais as gestantes e a questão nutricional, pois ambas determinam bem os avanços de melhoria e os agravos do paciente. Além das anomalias acometidas pelo portador da Fibrose Cística que afeta diretamente sua vida social, famíliar e psicológica, mas que sendo bem acompanhado pode ter uma boa qualidade de vida com bem estar.

Palavra chave: Puberdade, Menstruação, Infertilidade, Gravidez, Fibrose Cística.

ABSTRACT: Developed through a bibliographic review where affected pathologies are presented, which directly influences the physical and psychological health of patients with Cystic Fibrosis. In the preparation, the period of puberty, the affected mutations were analyzed, as the reproductive system is affected in the female of menarche (first menstruation), menopause, pre-pregnancy, pregnant women and neonatal, in the male, the infertility disorder. Focusing primarily on health care with more care and prevention, exams and removal of doubts from the cystic fibrosis patient, promoting a quality of life with the vision of improvement mainly in the respiratory issue that affects even more the pregnant women and the nutritional issue, as both they determine the improvement advances and the patient's problems. In addition to the anomalies affected by the carrier of Cystic Fibrosis that directly affects their social, family and psychological life, but that being well monitored can have a good quality of life with well being.
Keyword: Puberty, Menstruation, Infertility, Pregnancy, Cystic Fibrosis.

INTRODUÇÃO

A fibrose cística (FC) é uma doença genética, autossômica recessiva mais comum na população caucasiana, que ocorrem em cerca de 1 a 2500 nascidos vivos. Sua causa é um defeito no gene CFTR (Cystic Fibrosis transmembrane conductance regulador) localizado em 7q 31,2 que codifica uma proteína localizada na membrana apical das células epiteliais das vias

[1] Graduando em fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo (Facottur). Email: < junior2008_pe@hotmail.com >
[2] Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo (Facottur). Email: < eulaliarosa@outlook.com.br >
[3] Graduanda em fisioterapia pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo (Facottur). Email: < giselyrosafisio@gmail.com >
[4] Especialista em fisioterapia e Professora na Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo (Facottur). Email: < vanessa-lapa@hotmail.com >
[5] Mestre em fisioterapia pela FPS e Professora na Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo (Facottur). Email: < renatatimes@gmail.com >

aeríferas, do pâncreas, das glândulas sudoríparas e salivares, do aparelho reprodutor e do intestino, que tem como função regular o canal de cloro (OMIM, 2011).

Na fibrose existem mais de 1800 mutações, sendo a mais frequente a F508del (OMIM, 2011).

A doença em geral é sistêmica em indivíduos homozigotos afetados, levando a doença pulmonar crônica e insuficiência pancreática exócrina. Contudo com o avanço no tratamento da doença que inclui desde nutrição oral agressiva (com ingestão calórica + 120% da taxa recomendada), suplementação de enzimas pancreáticas e vitaminas, tratamento antimicrobiano e fisioterapia tem melhorando o prognóstico e a sintomatologia da FC, fazendo com que esses doentes cheguem a vida adulta. Ainda assim, o peso e a altura desses pacientes ficam abaixo da normalidade contribuindo assim para o aumento da morbimortalidade (SHARMA et al., 2011).

Essa doença provoca altas concentrações séricas e teciduais de numerosas Interleucinas pro-inflamatórias, com destaque IL-1, IL-2 e IL-8, que aumentam o gasto energético causando anorexia, que resulta em alterações ponderais e estaturais (HARDIN DS, 2004).

Todo esse processo crônico afeta a produção e a secreção do hormônio de crescimento como também retarda o crescimento tecidual. Por isso, muitos pacientes são desnutridos e apresentam baixa estatura, por deficiência de ganho de peso e na maturação óssea que consequentemente influenciará a baixa estatura, na puberdade essas alterações ficam mais evidentes (FITZSIMMONS SC, 1993). Diante deste o objetivo da pesquisa foi descrever as disfunções urogenéticas no período de reprodução em pacientes com fibrose cística. Mais especificamente explanar os tipos de disfunções urogenéticas, informar que a gravidez em portadores de fibrose cística é possivel e explicar o porque muitos dos portadores de fibrose cística possui a infertilidade

MÉTODOS

O presente estudo foi fundamentado em resultados gerados pela literatura científica através de uma revisão bibliográfica sobre as disfunções urogenéticas dos pacientes com fibrose cística, além de aspectos relacionados a esta doença. Para que a revisão fosse feita, foram selecionados artigos científicos publicados na pubmed, scielo. Utilizaram-se os seguintes descritores, Puberdade, Menstruação, Infertilidade, Gravidez, Fibrose Cística. Foram selecionados artigos publicados sem restrição de anos, nos idiomas português e inglês.

RESULTADOS

Após a seleção dos títulos, avaliamos os artigos para identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão, onde foram encontrados 52 artigos e utilizados 34. Os artigos que foram escolhidos levaram em conta o grau de importância para a proposta desse estudo**.** Os dados levantados pela grande maioria das pesquisas concluiram que existem disfunções urogenéticas no período de reprodução nos portadores de fibose cística, sendo possivel a gravidez onde requer os cuidados de uma equipe multidisciplinar.

DISCUSSÃO

A puberdade em pacientes com fibrose cística

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que se caracteriza por grandes transformações a nível psicossocial, físico e emocional que irãoinfluenciar a ligação dos adolescentes na convivência pessoal, familiar, social. É uma transição para a vida adulta (BEE, 1997; MUSSE, et al., 1988; MOREIRA, 2003; STEINBERG, 1993).

Essas mudanças são bem acentuadas nos adolescentes com FC, pois pela cronicidade da doença impõem alterações que repercutam na imagem corporal e no convívio social onde os pares são elementos significativos (BEE, 1997; BLOS, 1985; OSÓRIO, 1989; STEINBERG, 1993).

Essa fase é marcada pela maturação sexual que habilita o jovem psicologicamente e fisicamente para a reprodução, tal fase é chamada de puberdade (ANDRADE et al., 2001).

A FC é uma doença genética, de caráter autossômico recessivo que compromete o funcionamento de todos os órgão e sistemas do individuo, que causa alteração da função das glândulas exócrinas. Por isso, existe uma dependência familiar, física, financeira e emocional. No cotidiano dessa família ocorrem mudanças por causas das limitações físicas, sinais e sintomas da doença, tratamentos e hospitalização, fazendo com que essa família busque se adaptar a novas estratégias de enfrentamento da doença (KYNGÄS, KROLL & DUFFY, 2000).

Alguns estudos sugere que adolescente com FC tem mais problemas de âmbito psicológico do que os adolescentes saudáveis e sofrem menos comparados a outras doenças crônicas (HEUZEY, MOUREN-SIMEONI & NAVARRO 1997).

Por causa da doença é necessário uma rotina rígida de tratamento, que muitas vezes é dificultadas pelos adolescentes com FC que rebela-se com o tratamento, por ter que participar de regimes rigorosos, de fisioterapia e de compromissos clínicos regulares (HODSON, 1997; KYNGÄS, KROLL & DUFFY, 2000).

Por esse motivo é importante que a família esteja junto com a equipe médica a fim de desenvolver uma proposta de tratamento e cuidados que visem a independência e a confiança desses jovens. Para tal faz-se necessário uma boa comunicação entre médico e paciente (FOLEY, 1993; SOUZA, 1999).

Estudos mostram que o hormônio de crescimento recombinante humano (rhGH) aplicado em crianças e adolescentes pode melhorar o ganho ponderal, o crescimento físico e as condições

clinicas e pulmonares nesses pacientes. Embora promissor, o uso continuo ainda não está estabelecido na literatura, poucos centros especializados utilizam esse tipo de tratamento (SCHNABEL, 2007).

Sabe-se que o ganho na estatura é o melhor efeito do rhGH, mas ele contribui com outras funções metabólicas como: aumento de massa muscular, induz a síntese protéica e o crescimento de órgãos e tecido; aumenta a retenção de cálcio e a mineralização óssea; estimula o sistema imunológico e tem papel na homeostase de energia do organismo, com isso reduz o consumo de glicose pelo fígado efeito oposto ao da insulina; promove lipólise, que resulta na redução do tecido adiposo corporal e aumenta o ácido graxos livres e glicerol na corrente sanguínea (SCHNABEL, 2007).

Distúrbios menstruais das portadoras de fibrose cística.

O desenvolvimento reprodutor sexual feminino com FC tem a desnutrição como a principal causa do atraso da puberdade (JOSSERAND et al., 2001).

O atraso no hormônio do crescimento somatotrópica e também os atrasos da gonadotrofina sérica, esteróides sexuais, e a deficiência de gordura essencial são outros motivos que leva ao crescimento tardio do sistema reprodutivo. A gordura essencial controla a temperatura, armazena vitaminas, distribue energia para o corpo e cobre as articulações (JOHANNESSON et al.,1997).

As alterações em mulheres saudáveis no muco cervical impermeável e resistente que acontecem no ciclo menstrual, não é possível nas portadoras de fibrose cística por causa da proteína CFTR (regulador de condutância transmembrana de fibrose cística) defeituosa presente no colo do útero (JOHANNESSON et al., 1998).

Que está associada a (CAUV) ausência congênita do útero e da vagina que é uma mutação. Os ductos de mulheres saudáveis são compostos pelas trompas, o útero e a parte superior da vagina que é necessário para o processo embrionário saudável. As anomalias causam a obstrução à saída automática do fluxo menstrual, gerando desconforto na região perineal e amenorreia (TIMMRECK et al.,2003).

A amenorreia é a ausência da menstruação, que consiste em dois tipos, a amenorreia primária aonde nunca existiu a menstruação, e a amenorreia secundária onde já houve a menstruação, mas a menstruação não aconteceu mais e tem como principal causa do agravamento da doença pulmonar com tudo está associada a desnutrição (JOSSERAND et al., 2001).

A ovulação é um dos processos do ciclo menstrual, onde acontece a fecundação. O óvulo é liberado pelo ovário e atinge as trompas para seguir o caminho até o útero e ser fecundado. Existindo a possibilidade de alguns casos não acontecer a ovulação por maior concentração sérica total de testosterona que é um hormônio masculino e a diabetes tipo 2, que causa no pâncreas a incapacidade de produzir insulina suficiente, por que a FC afetar a forma de processamento do açúcar no sangue ou sinais de resistência a insulina. A desnutrição também

causa a não ovulação, por causa da anemia (JOHANNESSON et al.,1997).

Os casais com as mutações tem mais facilidade geneticamente de repassar as mutações, o alelo mutado será só herdado da parte masculina. É necessário o conselheiro genético para determinar a etnia de um portador, sendo capaz de provar pela análise genética, mas não é capaz de excluí-la (CLAUSTRES et al., 2000).

Nos últimos anos os portadores de FC tem apresentado um aumento no índice de vida, fatores como diagnóstico precoce, tecnologia mais avançada, tratamentos específicos e multiprofissionais em centros de referência voltados a FC que pode ser encontrado em vários países, enfatizando patologias respiratórias e acompanhamento do estado nutricional (RIBEIRO et al., 2008).

Com todos os avanços nos últimos tempos as mulheres com FC vêm alcançando a idade fértil e a vontade de ter uma vida social normal. É necessária uma abordagem pré-gestacional com orientações adequadas para a fertilidade ou gravidez, além de outros fatores como os riscos e condições materna e do feto e as complicações pós-parto (RIBEIRO et al., 2008).

O aconselhamento genético é de alta importância, pois existe informação acerca do gene e da proteína CFTR, que desenvolve mais de 1800 mutações de modo potencial causadores da FC, Apesar do grande avanço da tecnologia genética, uma parcela das mutações não é possível ser testada laboratorialmente de forma rotineira, os testes genéticos disponíveis não são capaz de alcançar 100% das informações necessárias. Normalmente é detectado de 70% a 90% dos alelos em portadores de FC para o teste genético. Com a observação, se o desejo de engravidar é da mulher e ela é portadora de FC existem 50% de chance de ocorrer a patologia no feto, se o pai for carregador de distribuição (CASTELLANI, 2008).

O comprometimento do estado nutricional está relacionado a amenorreia secundária, diminuição na taxa de concepção e é associado com baixo peso do feto ao nascer. Menos frequente é o aumento de índice de massa corporal (IMC) com relação à redução da fertilidade, complicações infecciosas, diabetes gestacional e nível elevado de pressão arterial sistêmico, a utilização de suplementos nutricionais é indicada se houver necessidade (LANDON, 1984).

Alguns casos existem a indicação de interrupção da gestação que no Brasil não é aceito, mas em outros países é indicado, por patologias voltadas a função pulmonar comprometida com consequência hipoxemia, retardo de crescimento fetal e prematuridade (EDENBOROUGH, 2000).

Em portadores de FC que foi submetida ao transplante pulmonar é aconselhável a possibilidade de gravidez a partir de 24 meses após transplante, mas a literatura informa que ocorreram gestações em prazos menores sem intercorrências, porém transplantados de pulmão tem um grande risco (ARMENTI, 1998).

Com relação ao aleitamento materno é fundamental para o desenvolvimento do bebê, mas as mães portadoras de FC tem níveis anormais de eletrólitos e de proteínas e menores níveis de ácido graxo linoleico, ácido araquidônico e de colesterol, assim o aleitamento materno é no máximo em um período de 3 meses devido a esta situação (WHITELAW; BUTTERFIELD, 1977).

Gestação não programada e acompanhamento gestacional

Em casos de pacientes que não planejaram a gravidez se deve ter um acompanhamento com mais cuidados, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, informações detalhadas sobre a gestação são de extremas importância. As consultas são periodicamente com mais frequência, ou seja, menos de um mês entre as consultas nos primeiros seis meses, e consultas quinzenais no último trimestre até o momento do parto, dependendo da necessidade do paciente as consultas podem ser com mais frequência. As consultas tem como objetivo a realização de vários exames, como exame físico completo, estudo funcional pulmonar, o estudo do estado nutricional, com cálculo do IMC, a mensuração da cultura do escarro (*ASWANI, 2003).*

A função respiratória deve ser intensificada ao máximo, mesmo que exista a necessidade de internação para a realização de antibioticoterapia venosa. No caso da dispneia primeiramente é excluída outras causas que possam ser justificadas, para que seja atribuída a patologia de restrição abdominal inerente a evoluindo gestacional. Em casos de exacerbações respiratórias de causa infecciosa o tratamento tem que ser imediato, pois pode ocorrer agravos, como hipoxemia, febre, mal-estar que pode afetar diretamente a ingesta nutricional, comprometendo o IMC do paciente. A monitorização da saturação de oxigênio noturna nas pacientes com agravos deve manter saturação de oxigênio acima de 92% (BOICE, 1998).

No caso das gestantes fibrocísticas é considerado um ganho de peso ideal de 11kg, podendo variar de 11,5 kg até 16,00 kg dependendo do IMC da paciente, é importante ressaltar que o baixo peso no período pré-gestacional pode afetar o alto risco para baixo peso do recém nascido (*ASWANI, 2003).*

Triagem neonatal

No Brasil é realizado o algoritmo de triagem neonatal para a fibrose cística a quantificação dos níveis de tripsinigênio imunorreativo em duas dosagens. Se as duas dosagens positivar, é feito o teste de suor para confirmar ou excluir a patologia fibrose cística. A dosagem de cloreto por procedimentos quantitativos de suor ≥60 mmol/l, em duas amostras, confirma o diagnóstico (MUSSEN, 1988).

Opção para o diagnóstico são a identificação de proteína CFTR. A triagem neonatal apenas identifica os recém-nascidos com pré disposição a doença, mas não confirma o diagnóstico (BOICE, 1998).

Infertilidade masculina em portadores de fibrose cística

A infertilidade masculina não consiste em uma doença, mas em uma síndrome que pode causar desordens adquiridas ou congênitas. A maior parte dos indivíduos inférteis é saudável, não apresentam sintomas e quase não aparenta alterações no exame físico, no entanto, a infertilidade

pode ser o inicio de uma doença sistêmica, pois a maioria dos homens inférteis apresenta:

- Oligozoospermia: Que é a redução no número de espermatozoides inferior a 20x106 espermatozoides/ml.
- Astenozoospermia: Que é a motilidade inadequada.
- Teratozoospermia: Que é são espermatozoides com morfologia anormal. (HODSON, 1997).

Para descobrir se apresenta alterações com o espermatozóide sempre deve fazer uma avaliação do fator masculino quando, esta avaliação deve, basicamente, compreender histórico, exame físico e espermograma (HODSON, 1997).

Mais de 95% dos homens com FC são também inférteis, primeiramente devido à ausência congênita bilateral dos vasos deferentes (CBAVD), que, por sua vez, contribui com 2% de toda infertilidade masculina (LEVINE,1996).

Nem todos os homens, entretanto, com CBAVD têm CFAFC, isso parece fazer parte de uma má formação do sistema urogenital. Estas más formações geralmente não estão associadas com fibrose cística, porém o risco de CBAVD nos descendentes masculinos é desconhecido. CBAVD sem mutação no gene CFTR pode ser devido a mutações em outros genes até agora não identificados (LEVINE,1996).

Geralmente, homens com CBAVD devem ser rastreados de mutações no gene CFTR, entretanto, este rastreamento é muito complexo, já que mais de 500 tipos diferentes de mutações têm sido detectadas em pacientes com FC. Analisando-se os três tipos mais frequentes de mutações pode-se afirmar que 95% de FC será detectada (LEVINE,1996).

Aqueles homens, em que a única manifestação clínica é CBAVD, podem ter tipos diferentes de mutações, quando comparados com pacientes com os sintomas clássicos de FC, por isso, os protocolos para o rastreamento de homens inférteis com CBAVD podem diferir da rotina de rastreamento de pacientes com FC. Homens inférteis sem sinal de FC podem ser preferencialmente examinados por ultrassom afim de detectar anomalias do sistema urogenital, embora o risco de doença similar nos descendentes dos homens com estas condições seja desconhecido (REITER,1982).

Outra possibilidade é restringir o rastreamento de FC para aqueles homens com ultrassonografia do sistema urogenital anormal. Aconselhamento genético de pacientes com FC deve ser restrito a poucos centros altamente especializados e em cooperação com clínicas envolvidas com infertilidade (REITER,1982).

Infertilidade feminina em portadores de fibrose cística

Nas mulheres com FC, a desnutrição é a principal causa de atraso na puberdade e amenorréia (JOSSERAND et al, 2001).

Incrementos puberal atrasados de gonadotrofina sérica e esteróides sexuais sugerem maturação tardia do sistema endócrino reprodutivo. Os pacientes homozigotos para a mutação

mais comum, F508del, e aqueles com testes patológicos de tolerância à glicose oral tiveram um atraso significativo na idade menarcal. A maioria dos pacientes apresentava deficiência de gordura essencial, o que pode causar atraso puberal (JOHANNESSON et al, 1997).

Sabe-se que a baixa fertilidade em mulheres com FC é causada principalmente por muco cervical impermeável e tenaz, que não sofre as alterações típicas durante o ciclo menstrual por causa da proteína CFTR defeituosa expressa no colo do útero (JOHANNESSON et al, 1998).

Algumas mulheres com FC não ovulam. Elas têm maior concentração sérica total de testosterona e sinais de resistência à insulina semelhantes aos encontrados em mulheres com síndrome do ovário policístico. A anovulação por desnutrição e catabolismo tem sido sugerida como causa secundária de infertilidade. Os pacientes com FC podem ter inflamação nos tecidos antes da infecção, com desequilíbrio de citocinas pró-inflamatórias versus anti-inflamatórias (JOHANNESSON et al, 1997).

A CFTR pode aumentar a acidificação das vesículas sinápticas e, por esse motivo, desempenha um papel importante na regulação central da maturação e fertilidade sexual (JOHANNESSON et al, 1997).

A ovulação nessas mulheres com doenças crônicas também pode ser influenciada pelo estresse fisiológico e psicológico. CFTR as mutações também estão associadas à ausência congênita do útero e da vagina (CAUV) (TIMMRECK et al., 2003).

Uma vez que o desenvolvimento embriológico dos ductos molerianos depende diretamente do desenvolvimento normal anterior dos ductos wolffianos, os mesmos produtos gênicos podem ser necessários para o desenvolvimento embriológico normal dos sistemas de ambos os ductos (TIMMRECK ET AL, 2003).

O CAUV no sexo feminino pode ser o mesmo distúrbio que o CBAVD no sexo masculino que não apresenta mutação no CFTR . Os Institutos Nacionais de Saúde recomendam aconselhamento genético para qualquer casal que tente técnicas de reprodução assistida quando o homem tem FC ou azoospermia obstrutiva e é positivo para uma mutação de FC (Street, 2006).

As condições genéticas clínicas de uma família que consideram a reprodução assistida da infertilidade podem ser estabelecidas avaliando o histórico completo da família e documentando a gravidez e a perda de vida fetal, neonatal e pediátrica, bem como estudos citogenéticos do casal e análise de mutação do DNA para análises císticas e mutações de fibrose (Street, 2006).

CONCLUSÃO

Observamos nessa revisão de literatura a importância de uma equipe multidisciplinar onde abraçamos o paciente de FC. Fica evidente a rotina pesada desses pacientes, desde regimes alimentares rigorosos, fisioterapias, internamentos, acompanhamento medicamentosos, clínico e psicológico. É necessário que a familia participe desse processo para que essas pessoas se sintam acolhidas e inseridas no contexto social, emocional, familiar e físico.

A dependência financeira também se faz presente visto que esses pacientes são impossibilitados de trabalhar pelos sinais e sintomas da doença.

Por se tratar de uma doença crônica incurável, temos que preocuparmos em melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Graças ao avanço da tecnologia alguns estudos estão sendo desenvolvidos, como a aplicação do hormônio do crescimento recombinante humano (rhGH) que estão sendo aplicados em crianças e adolescentes e com resultados muito satisfatório. O que esta possibilitando esses pacientes chegarem a terceira e quarta década de vida.

A gravidez na paciente de fibrose cística ainda exige atenção e cuidados extras, além de uma equipe multidisciplinar presente na pré-gestação até o neonatal, não esquecendo que todas as informações detalhadas sobre esse momento é crucial para o desenvolvimento do feto e um estado nutricional saudável para a ambos, assim como exames laboratóriais que pode evitar complicações e indentificar agravos iniciais, fazendo uma grande diferença na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Andrade, E. F., Fonseca, D. L. O., Abreu e Silva, F. A., & Mena-Barreto, S. S. (2001). Avaliação evolutiva da espirometria na fibrose cística. **Journal Pneumology**, *27*, 130-136.

Armenti VT, Gertner GS, Eisenberg JA, et al. National transplant pregnancy registry: outcomes of pregnancies in lungrecipients. ***Transplant Proc*** *1998;30:1528-30. E 26.*

Aswani N, Taylor CJ, McGaw J, Pickering M, Rigby AS. Pubertal growth and development in cystic fibrosis: a retrospective review. **Acta Paediatr**. 2003;92:1029-32.

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: **Artes Médicas**.

Blos, P. (1985). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: **Martins Fontes.**

Boice, M. M, & Heights, R. (1998). Chronic illness in adolecence. **Adolescence**, *33*, (pp.927-939), set. 1998. Copyright Libra Publishers Incorporated winter.

*Castellani C, Cuppens H, Macek M, et al. Consensus on the use and interpretation of cystic fibrosis mutation analysis in clinical practice****. J Cyst Fibr*** *2008;7:179-963.*

Claustres M., Guittard C., Bozon D., Chevalier F., Verlingue C., et al. Spectrum of CFTR mutations in cystic fibrosis and in congenital absence of the vas deferens in France. ***Hum Mut****. 2000;16: 143–156.*

Edenborough FP, Stableforth DE, Mackenzie WE. The outcome of 72 pregnancies in 55 women with cystic fibrosis in the United Kingdom 1977-1996. ***BJOG*** *2000; 107:254-61.*

FitzSimmons SC. The changing epidemiology of cystic fibrosis. **J Pediatr**. 1993;122:1-9.

Foley, G.V. (1993). Enhancing child-family-health team communication. **Cancer Suplement**, *7*, 3281-3289.

Hardin DS. GH improves growth and clinical status in children with cystic fibrosis - a review of published studies. **Eur J Endocrinol**. 2004;151(Suppl 1):S81- 5.

Heuzey, M., F., Mouren-Simeoni, M.C., & Navarro, J. (1997). Psycological adjustment of children and adolescents with Cystic Fibrosis. **Pediatric Pulmonology, Supplement,** França*, 16*, 259.

Hodson, M.E.(1997). Psycological aspects for the management of adults with Cystic Fibrosis. **Pediatric Pulmonology, Supplement,** *16*, 113-114.

Johannesson M., Bogdanovic N., Nordqvist AC, Hjelte L., Schalling M.. Cystic Fibrosis mRNA expression in rat brain: cerebral cortex and preoptic area. Neuroreport. 1997;8: 535–539.

Johannesson M., Landgren BM, Csemiczky G., Hjelte L., Gottlieb C. Female patients with cystic fibrosis suffer from reproductive endocrinological disorders despite good clinical status. Hum Reprod. 1998;13: 2092–2097

Josserand RN, Bey-Omar F., Rollet J., Lejeune H., Boggio D., Durand DV, Durieu I. Cystic fibrosis phenotype evaluation and paternity outcome in 50males with congenital bilateral absence of vas deferens. Hum Reprod. 2001;16: 2093–2097.

Kyngäs, H.A. Kroll, T., & Duffry, M.E.(2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review. **Journal of Adolescence Health***, 26*, 379-388.

Landon C, Rosenfeld RG. Short stature and pubertal delay in male adolescents with cystic fibrosis. **Am J Dis Child**. 1984;138:388-91.

LEVINE, S.B. ; STERN, R. C. ; Sexual function in cystic fibrosis; Relationship to overall health status and pulmonary desease suverity in **30 married patients** 81:422, 1982.

Moreira, M. C. (2003). O papel do Apoio Social na Saúde e Bem-estar de Adolescentes Gestantes. **Dissertação de Mestrado não Publicada**. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Mussen, P. H., Conger, J.J., Kagan, J. & Huston A. C. (1988). *Desenvolvimento e personalidade da criança*. São Paulo: **Harbra**.

OMIM- **Online Mendelian Inheritance in Man**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim>.

Osório, L. C. (1989). Adolescente Hoje. Porto Alegre: **Artes Médicas**.

Reiter EO, Stern RC, Root AW. The reproductive system in cystic fibrosis. Changes in gonadotrophins and sex steroids following LHRH. **Clin Endocrinol**. 1982;16:127-37.

*Ribeiro JD, Ribeiro MAGO, Ribeiro AF. Edenborough FP, Borgo G, Knoop C, el al. Guidelines for the management of pregnancy in women with cystic fibrosis. **J Cyst Fibr** 2008;7:S2-S32.*

Schnabel D. Cystic fibrosis - growth hormone treatment. In: Ranke MB, Price DA, Reiter EO (eds). Growth hormone therapy in Pediatrics - **20 years of KIGS**. Basel: Karger; 2007. p. 296-303.

Sharma R, Florea VG, Bolger AP, Doehner W, Florea ND, Coats AJS, et al. Wasting as an independent predictor of mortality in patients with cystic fibrosis. **Thorax**. 2001;56:746-50.

Souza, R. P. (1999). O adolescente do terceiro milênio. Porto Alegre: **Mercado Aberto**.

Steinberg, L. (1993). Adolescence. New York: **McGraw-Hill Inc**.

Street MA, Ziveri MA, Spaggiari C, Viani I, Volta C, Grzincich GL, et al. Inflammation is a modulator of the insulin-like growth factor (IGF)/IGF-binding protein system inducing reduced bioactivity of IGFs in cystic fibrosis. **Eur J Endocrinol**. 2006;154:47-52.

*Timmreck LS, Gray MR, Handelin B., Allito B., Rohlfs E., Davis AJ, Gidwani G., Reindollar RH. Analysis of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene mutations in patients with congenital absence of the uterus and vagina. **Am J Med Genet**. 2003;120: 72–76.*

*Whitelaw A, Butterfield A. High breast milk sodium in cystic fibrosis. The Lancet 1977;2:1288. E 34. Mueller DH, Tulp O, Michel SH. Cholesterol and macronutrient composition of breast-milk from cystic fibrosis mothers. **Am J Clin Nutr** 1991;53:25.*

Capítulo 27

DOULAS NO BRASIL E NO MUNDO: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE SUA ATUAÇÃO NO CENÁRIO DO PARTO

Luciana Camila dos Santos Brandão[1]
Vitória Lúcia Soares Oliveira[2]
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior[3]

RESUMO: Desde a década de 1980 o Brasil vem construindo políticas públicas voltadas para humanização do parto e nascimento, com o intuito de melhorar a assistência prestada a mulheres durante a gestação, parto e puerpério. O presente estudo busca discutir sobre a atuação das doulas. Trata-se de uma revisão sistemática, com abordagem qualitativa, utilizando a metodologia SPIDER. Foram selecionados artigos dos últimos dez anos, na língua portuguesa, espanhol, francês e inglês, disponíveis nas bases fundamentais PUBMED, Cochrane CENTRAL e LILACS. Dentre as facilidades identificadas, têm relevância o conforto físico proporcionado à mulher e o apoio emocional, ajudando nas tomadas de decisão informadas. Como dificuldades, observam-se a indefinição do papel e a falta de clareza no limite de atuação das doulas. Apreendeu-se que a importância da atuação da doula é reconhecida tanto pelos profissionais como pelas gestantes, mas enfatizam problemas decorrentes da forma de inserção das doulas no serviço.
Palavras-chave: Doula; Profissionais da saúde; Humanização do parto.

ABSTRACT: Since the 1980s, Brazil has been building public policies aimed at the Humanization of Childbirth and Birth, with the aim of improving the assistance provided to women during pregnancy, childbirth and postpartum. This study seeks to discuss the role of doulas. This is a systematic review, with a qualitative approach, using the SPIDER methodology. Articles from the last ten years were selected, in Portuguese, Spanish, French and English, available in the fundamental databases PUBMED, Cochrane CENTRAL and LILACS. Among the identified facilities, the physical comfort provided to the woman and emotional support are relevant, helping in informed decision making, such as difficulties, the role is uncertain and the lack of clarity in the limit of the performance of the doulas. It was apprehended that the importance of the doula's performance is recognized by both professionals and pregnant women, but they emphasize problems arising from the form of insertion of doulas in the service.
Keywords: Doula; Health professionals; Humanization of childbirth

Introdução

No Brasil, desde 1980, vem sendo construída políticas específicas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. A consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, permitiu a formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno infantil (BRASIL, 2014).

Além disso, a sociedade civil desempenhou um papel importante na promoção e expansão de ideias sobre humanização do parto, especificamente na conscientização contra a violência obstétrica e na defesa dos direitos das mulheres por meio de associações e redes locais.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento estabeleceu o Acordo sobre a Definição de Humanização e Cuidado Humanizado no ano 2000. Desde então, redes e movimentos sociais

[1] Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: cambrandao@gmail.com.
[2] Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: srtavitoria@gmail.com.
[3] Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: arodrigues.junior@uece.br.

se expandiram no Brasil, iniciando debates públicos e, em alguns casos, defendendo e impactando a legislação local (TEIXEIRENSE, 2018).

Quando o ponto é elaboração de políticas, Santos e Nunes, (2009) relataram que uma das primeiras ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e para redução da mortalidade materna e perinatal foi a Portaria/GM n.°569, de 1/6/2000, publicada pelo Ministério da Saúde (MS) sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

Os programas vêm sendo gradualmente introduzidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e em 2000 ainda foi criado o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, reconhecendo as realidades das populações com mais dificuldade, principalmente Norte do Brasil. Em 2004 foi assinado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (TEIXEIRENSE, 2018).

Ressalta-se nesse âmbito, que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) foi desenvolvida para minimizar os problemas que envolviam o parto e nascimento (FERREIRA JÚNIOR et al., 2014; BRASIL, 2004).

No ano seguinte tem outro avanço com a aprovação da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, obrigando os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, a aceitarem a presença de um acompanhante, junto à mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Para fortalecer esses programas, o MS editou a Portaria nº 1.459 que regulamenta a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora que visa a implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Algumas maternidades estão adequando áreas físicas para possibilitar a permanência de um acompanhante sem comprometer a privacidade das demais parturientes. A Rede Cegonha possibilita a adequação das maternidades e construção de casas de parto que possibilitem o acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto (SILVA et al., 2016).

Pensar a assistência humanizada é pensar, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher, na integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e do seu bebê, no respeito aos direitos das usuárias, na valorização do conhecimento popular e na amplitude de modalidades terapêuticas que podem ser associadas ao modelo convencional (SILVA et al., 2016).

De acordo com Storti (2004), a humanização como legitimidade profissional e corporativa requer um redimensionamento dos papéis na cena do parto. Isso envolve diversas modificações, por exemplo, o local do parto que passa do centro cirúrgico para a sala de parto, repensar a exclusividade do procedimento ao profissional médico, entre outras, que se inserem no campo de conflitos e lutas por espaço e legitimidade.

Salienta-se que a assistência obstétrica, mesmo no âmbito hospitalar, pode ser vivenciada em uma realidade de humanização, simples, agradável e singular. A necessidade de uma assistência humanizada decorre do fato de que o processo de dar à luz em si cria momentos de grande vulnerabilidade (SILVA et al., 2016).

Neste sentido pensar sobre profissionais envolvidos no parto pode ser parte da melhoria deste cenário. Então este estudo se propõe discutir sobre a atuação das doulas. Os eixos seguintes serão especificamente sobre seu conceito, as experiências no mundo, papel desempenhado e relação com profissionais de saúde.

Método

Seguiram-se etapas para a realização de uma revisão sistemática (BRASIL, 2012) em abordagem específica para estudos qualitativos (TONG et al., 2012). Na primeira fase foi a definição dos termos que serão utilizados para cada item da pergunta de pesquisa no formato *Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type* (SPIDER) (COOKE et al., 2012).

Quadro 1 – Descrição da pesquisa seguindo o formato SPIDER

SPIDER	Descritores português	Semelhantes	Descritores Inglês
S – Sample	Parturientes;	Mulheres puerpério; Mulher gestante; Mulheres Grávidas Gestante; Grávidas; Mulher Grávida Parturiente Parturientes	Pregnant Women
Pi – Phenomenon of Interest	Doula;	Acompanhamento por doula; Serviço de doula;	Doula;
D – Design	Não teve necessidade		
E – Evaluation	Parto Obstétrico	Cuidados intrapartidários; Apoio emocional no parto; Cuidado intraparto; Cuidado individual; Cesárea; Parto normal; Parto natural; Nascimento	Delivery, Obstetric
R – Research type	Pesquisa Qualitativa;		Research, Qualitative

Fonte: Próprio autor

Após isso, foram organizados os critérios de inclusão e exclusão de acordo com SPIDER, como artigos na língua inglesa, portuguesa, francesa e espanhola. A pesquisa foi realizada em 2019, envolvendo produções realizadas de 1998 a 2019, com uma triagem inicial de 61 artigos. A amostra foi fechada em 17 artigos.

Os artigos selecionados tinham como prioridade o trabalho desenvolvido por doulas. Os artigos brasileiros apresentaram peculiaridade de trazer sempre o processo da construção das políticas de saúde materno e infantil.

A seleção de artigos foi realizada nas bases fundamentais PUBMED, Cochrane CENTRAL e LILACS. As grades de pesquisa foram adaptadas de acordo com os requisitos de cada base de dados. Além disso, fez-se uma busca na literatura cinzenta (site de arquivamento de artigo,

dissertação, tese e Google scholar) na intenção de buscar mais diversos conhecimentos na área.

Na triagem dos artigos pela leitura de título e resumo com uma leitura rápida do título e resumo permite realizar uma seleção destas referências e descartar muitas referências que não se enquadram nos critérios do estudo.

Para organização do material, foram criados eixos de identificação de evidências: origem/cenário da evidência; conceito; metodologia empregada; limitação/desafio da evidência; indicação da evidência e resultados.

Partindo disso, foram identificadas as categorias das evidências: a) Construindo o conceito de doula; b) Doula no Brasil e no mundo; c) Doula e relação com profissionais de saúde.

Resultados e discussão

Construindo o conceito de doula

Santos e Nunes, (2009) e Ferreira Júnior et al., (2014) conceituam a origem da palavra doula do grego clássico que significa "mulher que serve a outra mulher".

O trabalho da doula descende da antiga tradição de anciãs experientes apoiando mulheres trabalhadoras durante o parto. Como o parto tornou-se medicalizado no século XX em muitas partes do mundo, e as mulheres passaram a trabalhar isoladamente de parentes ou vizinhos, poucas mulheres adquiriram a experiência para fornecer incentivo confiante ou apoio prático para a próxima geração. A vocação doula surgiu para preencher essa necessidade, "profissionalizando" um papel que antes era ocupado por leigas (MEADOW, 2015).

A sua atuação não deve ser considerada apenas como de uma acompanhante, pois o suporte no trabalho de parto consiste na participação de uma pessoa treinada que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto (SILVA et al., 2016).

E atualmente, refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto por meio de práticas como encorajar, tranquilizar e estimular, além de medidas de conforto e prestar orientações. A atividade realizada pelas doulas passou a ser reconhecida como ocupação laboral partir 2013 (CBO 3221-35)[4], como uma ocupação na área da saúde. Contudo ainda há uma longa estrada para legislação que passe de ocupação para profissão regulamentada.

Atuação da doula no Brasil e no mundo

Com base na prática tradicional de mulheres ajudando-se mutuamente no nascimento, o moderno movimento doula originou-se na América do Norte nos anos 1970, em uma cultura de nascimento com pouco envolvimento da parteira. O conceito de doula privada (contratado pela

[4] A informação foi retirada do site Ministério do Trabalho. Disponível em http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoOcupacaoMovimentacao.jsf.

mãe individual) já se espalhou para outros países onde as parteiras são parte integrante dos serviços de maternidade, incluindo Austrália, Suécia, Holanda e Reino Unido (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

A doula teve seu reconhecimento nos Estados Unidos em 1976, quando Dana Raphael descreveu a experiência de uma mulher que assistiu o trabalho de parto, o parto e a amamentação de outra mulher (SILVA et al., 2012).

Na América central, os primeiros estudos para avaliar os efeitos da presença de doulas ao lado da parturiente durante o trabalho de parto foram realizados na Guatemala, na década de 1980. Observou-se que o grupo de parturientes que recebeu apoio de doula apresentou menor incidência de problemas perinatais, menor utilização de ocitocina; menor tempo de trabalho de parto e maior interação da mãe com o bebê (SANTOS; NUNES, 2009).

No México, foi realizada uma pesquisa com mulheres no trabalho de parto, dividindo em dois grupos, um recebeu apoio psicossocial de uma doula em comparação com mulheres sem doula. No primeiro grupo, as doulas foram incorporadas às salas de parto e parto e apresentadas aos médicos e enfermeiras, e suas responsabilidades no acompanhamento das mulheres no trabalho de parto (CAMPERO et al., 1998).

Ainda sobre México, estudos mais recentes indicam que há um movimento crescente das mulheres urbanas de classe média alta, na busca do parto humanizado e do parto na água, que já é oferecido pelos hospitais mais caros de Hermosillo. O processo é acompanhado por doulas e grupos de preparação para o parto. Médicos especialistas iniciam o parto na casa da mulher, acompanhados de uma doula. As mulheres que tiveram essa experiência optaram por isso, porque acreditam que o parto não deveria ser tão medicalizado, e procurar por quem as acompanham, dar segurança e confiança (GALLEGOS et al., 2017).

Na Inglaterra, em 2005, teve o primeiro projeto de doula comunitária, e em 2011 tinha cinco projetos voluntários de doula em andamento, bem como uma terceira organização (voluntária) do setor que fornece apoio à natalidade de pequenas equipes de doulas voluntárias a mulheres extremamente vulneráveis na prisão ou na comunidade (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

Na África, mães adolescentes identificaram o apoio contínuo apoio emocional e físico durante o trabalho de parto, as doulas da comunidade providenciam cuidados baseados nos relacionamentos, são modelos positivos e desenvolveram o suporte primário durante a gravidez e o parto (GINGER, 2005).

A experiência positiva no parto está associada à menor percepção da dor do parto e ao aumento da capacidade de lidar com a dor. O apoio calmante e motivacional da doula permitiu que as mães dominassem seu medo e ansiedade e ter confiança em seus corpos durante o parto e nascimento. Alguns parceiros podem estar pouco preparados para apoiar a mãe e seu sofrimento pode ser uma fonte de estresse para ela.

As doulas apoiaram os parceiros das mães e orientaram os parceiros para apoiar as mães, melhorando a experiência do parto para ambos os pais. Este aspecto do apoio doula foi

anteriormente destacado pelas mães na Suécia e nos Estados Unidos (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

Em estudo no Irã, apresentou conflito entre os prestadores de serviços e as evidências sobre como as doulas ajudam as mães a se adaptarem às mudanças nas circunstâncias do trabalho de parto e nascimento do plano de parto idealizado pelas mães (SAFARZADEH, et. al., 2018).

No Brasil, Santos e Nunes, (2009) informam que o Hospital Sofia Feldman em 1997, em Belo Horizonte, implementou o Projeto "Doula Comunitária", selecionando mulheres da comunidade, que foram capacitadas por uma equipe multiprofissional em relação à gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Após sua implantação, em média 70% das mulheres passaram a ser acompanhadas durante o trabalho de parto por familiares ou por doulas.

O papel da doula é quase universalmente considerado como tendo apoio físico e emocional. As técnicas de suporte físico incluem a identificação de posicionamento útil para alívio da dor ou progresso do trabalho de parto, uso da respiração, contrapressão no quadril e aplicação de frio e calor. As doulas oferecem apoio emocional através de técnicas como a escuta reflexiva, empatia, encorajamento e proteção de uma atmosfera de foco silencioso (MEADOW, 2015).

A reflexão sobre o papel da doula tem ocupado alguns estudos: Silva et al., (2016) indicam que o trabalho das doulas evidencia-se a emergência de um novo tipo de organização dos saberes e práticas sobre o parto, demarcando outra área de saber e de prática profissional comprometida com as necessidades das mulheres.

No estudo de Anrão et al., (2014), a maioria das doulas achava que estava em seu papel defender o cliente e garantir que as preferências de seus clientes fossem ouvidas. Embora uma doula possa lembrar ou alertar seu cliente, não é parte do papel da doula falar diretamente com o prestador de cuidados, embora algumas doulas experientes o façam, usando algumas das técnicas descritas anteriormente. Algumas doulas estavam confiantes de que tinham maneiras apropriadas de incorporar o provedor de cuidados na discussão; outros não eram. No entanto, nem todas as situações são claras e a defesa de direitos pode se tornar um desafio. Muitas doulas enfatizaram que seu papel não era se comunicar pessoalmente ou diretamente com os prestadores de cuidados, mas sim ajudar a mãe e o parceiro a falarem por si mesmos.

Na percepção das parturientes, a doula estimula a relação mãe e filho, orienta para uma amamentação bem-sucedida, contribui para prevenir a depressão pós-parto, ajuda a ter uma experiência positiva e foram consideradas por todas as parturientes como importantes, foi a única pessoa que permaneceu junto em todo o processo do nascimento (SILVA et al., 2016).

Algumas mulheres relataram sentir-se mais preparadas para o trabalho após a exposição à intervenção, especialmente quando a informação sobre processos fisiológicos foi combinada com suporte de uma parteira ou doula (KINGDON et. al., 2018).

As doulas propõem práticas baseadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), na Medicina Baseada em Evidências e no saber das parteiras tradicionais, destacando-se o resgate do potencial de dar à luz de forma natural e o parto normal com o menor

número de intervenções possível, com um profundo interesse e respeito pela psicologia e fisiologia do parto (SILVA et al., 2016).

A doula pode desempenhar um papel importante também depois do parto, seja por meio de atendimentos individuais, seja por meio da coordenação de grupos presenciais e virtuais de apoio a mulheres no puerpério, incluindo o ensinamento de técnicas corporais, como a shantala (técnica de massagem em bebês), ou ainda apoiando a mulher no estabelecimento da amamentação (TEMPESTA, 2018).

As mães podem não ter clareza sobre o quanto uma doula pode advogar em seu nome, algumas doulas podem não ter clareza sobre estratégias para engajar o profissional de saúde no desejo das parturientes ou mesmo entender o papel da doula (ANRÃO et al., 2014). Vale ressaltar que a atuação da doula consiste em um quadro múltiplo de saberes e práticas, inseridos e um amplo acervo de cuidados terapêuticos (SILVA et al., 2016).

As organizações de treinamento, bem como a literatura acadêmica e popular, fornecem caracterizações ambíguas ou eticamente controversas do papel da doula do parto, um papel não clínico que ajuda as mulheres na gravidez e no nascimento com informações e apoio físico e emocional. Também é possível encontrar criticadas por doulas tentarem impor suas próprias agendas aos seus clientes e por interferirem na relação entre as mulheres e seus cuidadores médicos (MEADOW, 2015).

Alguns desses desafios de definição de papeis podem ter nascido dos treinamentos para ser doula, muitos destes treinamentos consistem em tempo limitado (tipicamente 16–20h/aula em 2 dias) para explorar e aprender a aplicar na prática os limites éticos da organização. Como as doulas trabalham dentro de ambientes nos quais os clínicos podem rotineira e legitimamente compartilhar conselhos ou opiniões, o papel da doula nesse contexto requer mais elaboração e especificação para diferenciá-la das funções educadoras ou clínicas existentes (MEADOW, 2015).

O apoio da doula também é complementar e tendo um objetivo diferente do cuidado do profissional de saúde, sendo inteiramente focado no apoio à mãe ou casal que trabalha individualmente e às suas necessidades, e sem nenhum papel clínico ou consultivo (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

As doulas relataram que elas se sentiam obrigadas a mostrar respeito e honrar as escolhas das parturientes sobre os preconceitos pessoais ou crenças sobre o nascimento. Dando apoio sem julgamento, auxiliando na tomada de decisão informada e atuando como uma facilitadora são pedras angulares do cuidado e expressando fortemente os valores compartilhados das doulas (ANRÃO et al., 2014).

Embora, indiscutivelmente, os cursos de formação informem o papel de uma doula, outras fontes podem exercer influência sobre como o papel é entendido. Mesmo tentando evitar a abordagem mais militante, mas a ambiguidade ainda surge em como esse conceito é ou não incorporado ao papel de doula (MEADOW, 2015).

Dar apoio sem julgamentos, auxiliar na tomada de decisões informada e atuar como um facilitador são pedras angulares do cuidado doula e expressam fortemente os valores

compartilhados das doulas. Muitas mães descreveram como elas valorizavam a contribuição de suas doulas na comunicação com outros funcionários dentro do ambiente hospitalar (SAFARZADEH, et. al., 2018).

Esta relação também encontra contradições, pois parturientes relatam que as doulas podem, às vezes, não apenas falar em nome delas, mas influenciar ou mesmo tentar coagir as mulheres. Sem uma melhor clareza sobre os limites da defesa e do aconselhamento, algumas doulas podem plausivelmente, ainda que erroneamente, agir de forma que não contribua para autonomia da parturiente (MEADOW, 2015).

Relação da doula com profissionais de saúde

Esta relação nasce em campo bem fértil de contradições. Alguns profissionais de saúde na América do Norte e Austrália expressaram atitudes antagônicas em relação às doulas privadas, acreditando que elas interrompem a relação entre profissional de saúde e mãe e podem tentar influenciar inadequadamente a mãe. Por outro lado, as parteiras suecas receberam bem os intérpretes de doula da comunidade como 'facilitadores' para o cuidado das mães migrantes. Na Inglaterra, as parteiras incentivam à contribuição de doulas comunitárias, desde que respeitem as fronteiras profissionais (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

O trabalho da doula ocupa ainda uma posição secundária no campo científico em relação ao modelo “medicalizante” do parto, mas certamente constituem uma forma de saber legitimado pela ação e pela prática de alguns agentes (SILVA et al., 2016).

As doulas estão no processo de integração no sistema de cuidados de maternidade nos últimos 30 anos. Elas são treinadas para fornecer apoio contínuo, dar medidas de conforto e ajudar seus clientes a tomar decisões informadas. Mães apoiadas por doulas demonstraram interações mais afetivas com seus recém-nascidos, menos ansiedade e sentiram que a doula teve uma influência positiva em sua experiência de nascimento (ANRÃO et al., 2014).

Embora vários estudos tenham destacado a importância da presença do parceiro da mãe ou de outra pessoa de confiança durante o trabalho de parto, os prestadores de serviços de saúde ignoram este importante serviço (SAFARZADEH, et al., 2018).

Para Carneiro (2015), existe o paradigma de atenção ao parto vigora uma comunicação maior entre médico e paciente e que, também por isso, a figura da doula e a presença do pai são consideradas importantes na cena de parto.

Mesmo com impacto positivo da percepção da mãe sobre seu nascimento, a tensão com profissionais de saúde pode resultar em uma experiência negativa. De fato, não é incomum encontrar conflito entre os prestadores de cuidados de maternidade e as doulas. É evidente que algum conflito seria esperado, pois as doulas evoluem como uma nova disciplina de cuidados de maternidade (ANRÃO et al., 2014).

No estudo antropológico de Tempesta (2018) a doula se apresenta como profissional que veio para somar a equipe e não ocupar o papel de outros profissionais.

Nessa perspectiva, há uma tensão entre papel da doula em mediar e negociar com outros profissionais de saúde. Esta ambiguidade decorre do fato de que tanto a mediação quanto a negociação em outros contextos profissionais podem ser entendidas como envolvendo um papel subjetivo ativo para o intermediário. Da mesma forma ambígua, precisando reconhecer limites e possibilidades quando descrevemos que as doulas deve 'auxiliar na tomada de decisão' ou 'guiar' as parturientes (MEADOW, 2015).

Uma questão importante poder legitimado dado às intervenções médicas, que é socialmente outorgada pelos pares no interior do campo científico, mas também pelas próprias parturientes que acreditam no poder simbólico da ciência. O trabalho das doulas aponta para a existência de conflitos e a coexistência de outros núcleos no interior desse campo científico que não é hegemônico, mas concorre como uma forma legítima de fazer saúde e ciência (SILVA, et al., 2016).

Para Santos e Nunes (2009) e Silva et al., (2016), os profissionais de enfermagem reconheceram a importância da presença das doulas, no tocante ao apoio emocional, substituição da família, ajuda à equipe e na prestação de orientações úteis para a evolução do trabalho de parto, o que garante às mulheres a possibilidade de estarem usufruindo dos benefícios da presença desse tipo de acompanhante.

Alguns estudos têm ainda o receio e ideias preconcebidas negativas que os profissionais de saúde têm com relação à presença de acompanhante no contexto do nascimento (SILVA et al., 2016).

Para as doulas este conflito nasce devido o conhecimento e a experiência destas que algumas intervenções inevitavelmente criam problemas ou iniciam uma cascata de intervenções. Quando o profissional de saúde parece estar fazendo algo que não foi discutido, não é baseado em evidências ou está em conflito com os valores da parturiente. Às vezes, esse conflito é agravado pela frustração com o próprio sistema de parto e fato de ter que testemunhar a esperada cascata de intervenções que poderiam ter sido evitadas (ANRÃO, et al., 2014).

Algumas doulas tiveram relações verdadeiramente colaborativas com parteiras, onde foram recebidas como colegas - "estamos juntas", isto reflete a dinâmica relatada por algumas parteiras suecas em relação à doula para parturientes migrantes. Nesta experiência também tem conflitos, parteiras atribuíram isso à falta de confiança das parteiras ou ao seu mal-entendido em relação ao papel da doula voluntária, em um estudo na Inglaterra. Na Austrália, parteiras sentiam que as doulas estavam invadindo seu papel. Alternativamente, sugeriram que, as parteiras no Canadá e nos Estados Unidos, acreditavam que as doulas estavam encorajando as mulheres a tomar uma atitude negativa em relação às intervenções (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

As parteiras sentiram que doulas poderiam manipular as parturientes para não confiar nelas, com a finalidade de proteger a mulher do sistema (MEADOW, 2015). Embora as doulas fossem geralmente muito claras sobre os limites de seu papel, algumas indefinições desses limites podem ser iniciadas pelos profissionais de saúde e parturientes. Essas indefinições, resultando na desvalorização da tarefa realizada pelas doulas (MCLEISH; REDSHAW, 2018).

Apesar do reconhecimento de muitas vantagens da presença da doula, os discursos evidenciam o despreparo que rodeia os profissionais de saúde para se colocarem como partícipes da implementação da política preconizada para a atenção à mulher no contexto das maternidades, pelo menos no que concerne a tornar realidade a presença de qualquer tipo de acompanhante durante o trabalho de parto (SANTOS; NUNES, 2009).

As doulas inseriram o seu suporte na realidade empírica e luta pelo seu espaço de atuação, que se depara com barreiras institucionais, disputas de poder sobre a dominação de uma assistência, desvalorização dos desejos da mulher (SILVA et al., 2016).

Para Santos e Nunes, (2009) é necessário o envolvimento dos gestores e profissionais de saúde na reflexão sobre o compromisso e os desafios impostos para quem pretende desencadear mudanças no modo de assistir às mulheres no parto.

Considerações Finais

Levando-se em conta o que foi observado, é possível reconhecer a doula como parte do cuidado humanizado proporcionado as mulheres em trabalho de parto, parto e no pós-parto. Além de promover reflexão sobre o seu papel dentro das maternidades como integrante das equipes.

Por isso se mostra importante entender que a atuação da doula no processo do parto e nascimento vai além do papel de acompanhante. O apoio que essas profissionais oferecem para as mulheres é relevante no tocante a percepção da dor, dando apoio e meios para dominar a ansiedade, o medo e a ter confiança na fisiologia do parto e, com tudo isso, tem influência positiva na experiência do parto.

As doulas lutam pelo seu espaço de atuação, que se deparam com barreiras institucionais e disputas de poder sobre a dominação da assistência. Apesar do reconhecimento de muitas vantagens com a sua presença, alguns profissionais da equipe de saúde expressaram atitudes antagônicas e enfatizam problemas decorrentes da forma de inserção das doulas no serviço.

Observa-se também uma indefinição do papel e a falta de clareza no limite de atuação das doulas. O trabalho da doula aponta significados inerentes a assistência humanizada no trabalho de parto e parto, buscando assim, um caminho para que as equipes das maternidades e demais envolvidos nos processos de atendimento às gestantes, reflitam sobre a importância destas nesses cenários, tanto no Brasil como no mundo.

Referências

ANRÃO, N. L.; KLEIN, M. C.; MOK, H.; SIMKIN, P.; LINDSTROM, K.; GRANT, J. How birth doulas help clients adapt to changes in circumstances, clinical care, and client preferences during labor. **J Perinat Educ**. 2014 Spring; v. 23, n.2, p: 96-103. Doi: 10.1891/1058-1243.23.2.96.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Lei do acompanhante no parto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, DF, 08 de abril de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Programa da Rede Cegonha. **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde.** Gabinete Ministro da Saúde, Brasília -DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas : elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília - DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento.** Brasília – DF, 2014.

CAMPERO, L.; GARCIA, C.; ORTIZ, O.; REYNOSO, S.; LANGER, A. Sozinho, eu não saberia o que fazer: um estudo qualitativo sobre o apoio social durante o trabalho de parto e parto no México. **Soc Sci med**, 1998, v.47, n. 3, p. 395-403.

CARNEIRO, R.G. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 328p. ISBN: 978-85-7541-458-3.

COOKE, A.;SMITH, D.; BOOTH, A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. **Qual Health Res.** 2012, v. 22, n.10, p. 1435-43. Doi: 10.1177/1049732312452938.

FERREIRA JÚNIOR, A. R.; BARROS, N.F.; CARVALHO, L. C.; SILVA, R. M. A doula na assistência ao parto e Nascimento. **Caderno HumanizaSUS**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2014.

GALLEGOS, P. A.; IBARRA, C. F.; PUGA, J. A. G.; ZAVALA, M. O. Q.; JESÚS, F.M.; PÉREZ, C. C. **Razones de la elección del tipo de atención del embarazo, el parto y el puerperio: estudio en Sonora.** Grupo de Información em Reproducción Elegida, 2017. Disponivel em: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/8.Informe_Sonora.pdf. Acessado em 24 de outubro de 2018.

GINGER, B. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. **J Perinat Educ,** 2005, v.14, n. 3, p.15–22.

KINGDON, C.; DOWNE, S.; BETRAN, A. P. Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: a qualitative evidence synthesis. **Reprod Health**, 2018, v.15, p.130. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0570-z

MCLEISH, J.; REDSHAW, M. A qualitative study of volunteer doulas working alongside midwives at births in England: Mothers' and doulas' experiences. **Midwifery**. 2018, v. 56, p. 53-60.

MEADOW, S. L., Defining the doula's role: fostering relational autonomy. **Health Expect**, 2015, v.18, n.6, p. 3057-3068. doi:10.1111/hex.12290

SAFARZADEH, A.; SHAFIPOUR, V.; SALAR, A. **Expectant mothers' experiences with lay doulas in maternity units of hospitals in impoverished areas of Iran: A qualitative study**. 2018, V. 23, n. 6, p. 437-443.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na atenção ao parto: Assistência de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, set. 2009, v. 13, n. 3, p. 582-588. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000300018&lng=en&nrm=iso. Acessado em 12 de setembro de 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300018.

SILVA, R. M.; BARROS, N.F. de; JORGE, H.M.F.; L P.T. de, MELO; FERREIRA JUNIOR, A.R. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso. Acessado em 13 de novembro de 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026.

SILVA, R. M.; JORGE, H.M.F.; MATSUE, R.Y; FERREIRA JUNIOR, A.R.; BARROS, N.F. de. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde soc..** São Paulo, Mar. 2016. v. 25, n. 1, p. 108-120. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000100108&lng=en&nrm=iso. Acessado em 12 de setembro de 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016143402.

STORTI, J. de P. L. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal.** Defesa em 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 399-410. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000200399&lng=en&nrm=iso. Acessado em 24 de agosto de 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0926.

TEMPESTA, G. Trabalhando pelos bons vinculamentos. **Anuário Antropológico**, Brasília – DF, v. 43, n. 1, p. 37, 12 jul. 2018.

TONG, A., FLEMMING, K., MCINNES, E.; OLIVER, S; CRAIG, J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. **BMC Med Res Methodol**, 2012, v.12, n.181. https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181

Capítulo 28

ELABORAÇÃO DE UM MATERIAL PARA O TERAPEUTA OCUPACIONAL ORIENTAR FAMÍLIAS DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NA UNIDADE NEONATAL

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE ELABORATION OF A MANUAL WITH GUIDELINES UNDER THE FAMILY AS FOR HANDLINGS, PLACEMENTS AND CARE RECEIVED BY THE NEWLY BORN PRE-TERM IN THE NEONATAL UNIT

Priscila Ágata Evangelista Monteiro[1]
Tânia Fernandes Silva [2]
Aline Sarturi Ponte [3]

RESUMO: O neonato anteriormente encontrava-se em um ambiente materno que era propício ao seu desenvolvimento, e com o nascimento prematuro necessita de tecnologias e profissionais especializados para cuidar do controle de suas funções. Este estudo tem como objetivo construir um manual para o Terapeuta Ocupacional orientar à família quanto aos manuseios, posicionamentos e cuidados recebidos pelo Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT), na Unidade Neonatal (UN) e suas interfaces. O estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico direcionado à área da neonatologia. O material apresenta técnicas terapêuticas utilizadas na intervenção, considerando os sinais comportamentais do neonato, para que os familiares se sintam seguros e ativos no tratamento e possam promover o desenvolvimento comportamental e equilíbrio fisiológico do bebê. Através da pesquisa evidenciou-se a escassez de material bibliográfico pertinentes ao tema, verificando a necessidade de proporcionar mais conhecimentos a esses profissionais.
Palavras-chave: Prematuro. Posicionamento. Unidade Neonatal. UTI neonatal. Família. Terapia Ocupacional

ABSTRACT: The neonate was previously in a maternal environment that was conducive to their development, and with the premature birth requires technologies and specialized professionals to take care of your control functions. This study aims to build a manual for the Occupational Therapist to guide the family about the maneuvers, positioning and care received by the Preterm Newborn (RN), in the Neonatal Unit (NU) and its interfaces. The study was carried out by means of a bibliographic survey directed to the area of neonatology. The material presents therapeutic techniques used in the intervention, considering the newborn's behavioral signs, so that the relatives feel safe and active in the treatment and can promote the baby's behavioral development and physiological balance. Through research highlighted the scarcity of bibliographical material pertinent to the topic, noting the need to provide more knowledge to these professionals.
Keywords: Premature. Positioning. Neonatal Unit. Neonatal ICU. Family. Occupational Therapy.

Introdução

No ambiente intrauterino, o feto encontra-se imerso em meio líquido, em uma posição de flexão, mantendo o alinhamento da cabeça, do tronco e das extremidades na linha média com ausência da gravidade, e contenção, que contribuem para facilitar os movimentos corporais e possibilita à percepção de vários estímulos, sendo dependente da placenta para trocas gasosas, excreção e nutrição. O nascimento é considerado um momento complexo no aspecto fisiológico, o bebê passa a desenvolver suas funções de forma independente envolvendo adaptações respiratórias, metabólicas e circulatórias (LIMA et., al, 2004; BRASIL, 2002; TAMEZ; SILVA, 2006).

[1] Especialização em Psicomotricidade. Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail:pri.agata.m@gmail.com.
[2] Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. E-mail: drataniaf@yahoo.com.br.
[3] Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: alinesarturi@hotmail.com.

Os bebês prematuros podem encontrar dificuldades de adaptação extrauterina, devido à imaturidade funcional e estrutural de alguns de seus sistemas. Os mesmos tendem a apresentar uma postura extensora devido ao seu padrão flexor encontrar-se bastante diminuído, o que difere de bebês a termo (CORONADO, 2009). Sendo assim, a condição de nascimento pré-termo constitui-se como um risco para o neonato, podendo acarretar em diversos graus e níveis de comprometimentos no desenvolvimento global desta criança (AYACHE; CORÍNTIO, 2003; LINHARES, 2003).

Devido à instabilidade fisiológica do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT), ele é encaminhado para a Unidade Neonatal (UN), um ambiente de alta tecnologia repleto de luminosidade, ruídos, manipulações e procedimentos que podem trazer consequências negativas ao desenvolvimento de neonato (TAMEZ; SILVA, 2006; AYACHE, CORÍNTIO, 2003), porém a assistência ao Recém-Nascido (RN) na UN tem se transformado, não somente na perspectiva da recuperação do corpo anátomo-fisiológico do RN, mas também com o seu desenvolvimento neurológico e comportamental.

A internação do RNPT na UN é uma situação de crise para toda a família, sendo um ambiente estranho e assustador, porém com essa transformação, a intervenção da equipe multiprofissional volta-se para os seguintes objetivos: o ambiente da UN; a família; as características do neonato; o desenvolvimento adequado do neonato, e a facilitação da interação pais-bebê (CRUVINEL; MACEDO, 2007; MONTEIRO, 2007).

Com o nascimento prematuro, a família se confronta com uma experiência desgastante e desafiadora, podendo ocorrer conflitos, sentimentos de incapacidade, de culpa, medo, e uma grande preocupação com a sobrevivência do filho, pois os pais o enxergam como um ser muito frágil e pequeno (SANTOS et al., 2007). Sendo assim, a atuação do Terapeuta Ocupacional visa oferecer apoio aos familiares, minimizando esse sofrimento, e desenvolver habilidades de enfrentamento da situação, estimulando a interação pais-bebê, visando estabelecer maior contato com o seu filho (CORONADO, 2009).

Diante das reflexões apresentadas este estudo tem como objetivo construir um manual para o Terapeuta Ocupacional orientar à família quanto aos manuseios, posicionamentos e cuidados recebidos pelo RNPT na UN e suas interfaces.

Método

Para a construção deste manual foi realizado um levantamento bibliográfico científico que abordassem em suas discussões temáticas relacionadas a neonatologia enfatizando a atuação da Terapia Ocupacional na atenção à família de RNPT na UN. Foram reunido os seguintes materiais: livros, teses, dissertações, anais de congressos, monografias, relatórios de iniciação científica, trabalhos de conclusão de curso, sites da internet (Conselho Federal De Fisioterapia e Terapia Ocupacional [COFFITO]; Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde [BVSMS]; Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP]; Portal neonatal) e artigos científicos.

Foi realizada levantamento de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCs): Terapia Ocupacional, prematuro, posicionamento, manuseios, cuidados, Unidade Neonatal, UTI neonatal, familiares. A partir do mapeamento conceitual seguiu-se as estratégias de busca para levantamento dos artigos, utilizando as palavras-chave: (Terapia Ocupacional *or* Prematuro *or* Lactente or Prematuro *or* Recém-Nascido *or* Nascimento prematuro) *And* (posicionamento *or* posicionamento do paciente *or* Posição do paciente, Movimentação e reposicionamento de pacientes or Postura) *And* (cuidados *or* cuidado do lactente *or* cuidado da criança) *And* (Unidades de Terapia Intensiva Neonatal *or* Centros de Terapia Intensiva para recém-nascidos – CTI neonatal *or* Unidades de Terapia Intensiva para recém-nascidos – UTI neonatal) *And* (familiares *or* cuidadores or cuidadores familiares). Estes descritores foram utilizados também nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO).

Resultados e Discussões

A partir da bibliografia científica levantada foi elaborado um manual para Terapeutas Ocupacionais orientar às famílias sobre as técnicas de manuseios, posicionamentos e cuidados com RNPT na UN. Este manual pode ser utilizado tanto em uma intervenção em grupo de pais dos RN, quanto em intervenções individuais, esclarecendo as dúvidas e favorecendo a participação dos familiares no tratamento do neonato. As orientações no manual estão organizadas nos seguintes tópicos: comportamento do bebê pré-termo, manuseio, posicionamento, utensílio para postura do bebê e cuidados recebidos pelo RNPT.

Os RNPT usam sinais corporais para dizer o que estão sentindo, através dos comportamentos de aproximação e de retraimento. Os comportamentos de aproximação indicam que o bebê está se ajustando bem, recebendo uma quantidade de estimulação e interação adequada. Já os comportamentos de retraimento indicam que o bebê está estressado, cansado, ou sobrecarregado, as estimulações excessivas devem ser gradualmente retiradas para se ajustar a forma de interação com o neonato (ALMOHALLA; GUERRA; 2011). O Quadro 1 apesenta a descrição sobre os sinais corporais que os bebês utilizam para se comunicar.

Quadro 1 – Sinais Comportamentais do RNPT.

Sinais de Aproximação	Sinais de Retraimento
Respiração regular	Respiração irregular, lenta ou rápida e até com pausas
Coloração rosada	Alteração de coloração (palidez, moteamento, pletora)
Semiflexão de braços, pernas e tronco	Tremores; Sustos
Movimentos suaves de braços, pernas e tronco	Choramingo; Bocejos e espirros frequentes
Esforço e sucesso em encaixar o tronco em flexão e segurar as pernas	Movimentos bruscos

Mãos na face e movimentos bucais	Sinais viscerais (cuspir, suspirar, engasgar, soluços)
Busca de sucção e obtenção de sucção efetiva	Flacidez de braços, pernas ou tronco
Contatos das mãos e pés com superfícies	Comportamentos de extensão do corpo todo, contorcido ou arqueamento
Mãos na boca	Frequente extensão de língua
Agarrar, segurar	Olhar pasmo, careteamento
Face relaxada	Afastamento de dedos ou mãos cerradas

Fonte: Meyerhof (1995, p.26).

Em relação ao manuseio, o manual apresenta informações relacionadas ao toque e a como utilizar o ninho, o enrolamento, a contenção facilitadora e a redinha. O toque deverá ser com as mãos paradas, sem pressão excessiva de forma elástica, cedendo aos movimentos, depois retornando, contendo a cabeça, as nádegas e os membros, pois o bebê geralmente reage negativamente a toques muito leves (BRASIL, 2002). Para um maior entendimento dos toques, no Quadro 2 são apresentados os tipos de toque e os benefícios dos mesmos, para o bebê.

Quadro 2 – Tipos de toque e os seus benefícios para o bebê.

Tipos de Toques	**Benefícios**
Toque positivo	Evita estresse agudo e/ou prolongado, aversão tátil ou até mesmo dor. É realizado com o bebê e não no bebê, utilizando as pistas que ele demonstra, proporciona maior consistência no cuidar e um aprendizado positivo.
Não toque	Quando o pré-termo não pode tolerar o toque ou outro tipo de estimulação durante a internação com piora clínica, isso deverá ser respeitado, pois ele estará usando toda a sua energia para se manter vivo.
Toque parado	Apresenta efeitos positivos imediatos como a diminuição do nível de atividade motora e do desconforto comportamental. Envolve a colocação das mãos paradas sobre o corpo do bebê usando um toque firme e pressão constante. Isso permite um sono profundo durante o toque e pode contribuir para reduzir o gasto energético.

Fonte: Silva (2006).

O ninho caracteriza-se pela utilização de rolinhos de tecido ou qualquer outro material, fornecendo contenção adequada para o corpo todo do RNPT e acomodá-lo em diversos decúbitos. O ninho favorece limite e toque ao bebê, permitindo que ele fique mais organizado e se sinta seguro (BRASIL, 2002; CORONADO, 2009).

O enrolamento é uma técnica de posicionamento do RNPT no centro da coberta, flexionar os braços para a linha mediana, deixando as mãos expostas, envolver e flexionar os membros inferiores com parte da coberta apoiando seus pés, tipo posição de sentar, oferecendo uma sensação de segurança para o neonato. Deve-se utilizar esta postura no neonato para inibir extensão cervical ou durante as passagens da incubadora para a balança e também para o banho. Alguns dos benefícios do enrolamento são: promover as extremidades em flexão, favorecer mãos próximas à boca, e melhora no tônus, na postura e nas respostas comportamentais (MONTEIRO, 2007; BRASIL, 2002; TAMEZ; SILVA, M. 2006).

A contenção facilitadora, é um tipo de contenção motora, pelas mãos do cuidador, colocadas sobre a cabeça e planta dos pés do neonato, em decúbito lateral, onde os braços e pernas devem ficar posicionados em direção à linha média, próximos do tronco e da face. É um recurso disponível para aproximação da mãe com o seu bebê sem sobrecarga sensorial proporcionando sua organização e evita também a hiperextensão cervical e a retração das cinturas escapulares. Essa técnica envia ao Sistema Nervoso Central um fluxo contínuo de estímulos, facilitando a autorregularão em procedimentos dolorosos (MONTEIRO, 2007; SILVA, 2006).

A redinha é uma técnica utilizada em bebês prematuros estáveis, ela simula o útero materno proporcionando a reorganização tônica e comportamental do bebê, além de favorecer o tônus flexor, estimulação do sistema vestibular, reações de equilíbrio e a integração sensorial. Esta técnica é bem simples e faz com que o RN prematuro se sinta protegido (CAVALARIA, 2009). A utilização da redinha estimula o alerta do RN, alonga extensores do tronco e do pescoço, reduz elevação dos ombros e retração escapular, ativa musculatura flexora e facilita reações de endireitamento da cabeça (SILVA, 2006).

Os posicionamentos utilizados com o RNPT são: decúbito dorsal, ventral e lateral e posição canguru. A posição decúbito dorsal é muito utilizada na UN, pois facilita os cuidados e a visualização do bebê, entretanto, pode ocorrer efeitos indesejáveis ao neonato como: hiperextensão de pescoço, elevação de ombros, retração escapular, achatamento da cabeça, não promovendo flexão, permitindo maior efeito da gravidade dificultando as atividade de linha média, podendo causar estresse, porém, esses efeitos podem ser minimizados com uso de técnicas posturais como travesseiros para prevenir achatamento da cabeça; colocação de rolinhos nas escápulas promovendo a flexão dos ombros e braços, utilização de rolos para apoiar a flexão do quadril e joelhos, e os pés apoiados na superfície do colchão, formando um “ninho” (BRASIL, 2002).

Na posição decúbito dorsal o RNPT deverá ficar com a cabeça elevada e o tórax em linha média, promovendo o máximo de flexão e atividades da linha média, sendo também recomendada para a prevenção de morte súbita devendo ser utilizada na UN e indicada para uso em casa (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013; TAMEZ; SILVA, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a posição decúbito ventral começou a ser utilizada recentemente nas UN. O bebê fica com a cabeça lateralizada, membros superiores flexionados, aduzidos na lateral do corpo, mãos próximas à face, e os membros inferiores flexionados e aduzidos apoiados com posicionador ventral ou rolinho, promovendo o apoio abdominal, distendendo e tensionando o diafragma, melhorando a expansão torácica e o sincronismo dos movimentos respiratórios, além de diminuir o gasto energético do bebê, aumento do tempo de sono com diminuição do choro e menor número de comportamentos de estresse.

Esta posição previne assimetrias posturais, principalmente em bebês pré-termo de 32 semanas, proporcionando o desenvolvimento motor e especialmente o controle da cabeça, e nos bebês de 24 a 28 semanas em prono com suporte, favorece a flexão e adução dos quadris e

joelhos, prevenindo rotação externa de quadris, onde beneficia o esvaziamento gástrico diminuindo o efeito do refluxo gastroesofágico, e o risco de aspiração, porém há desvantagens, como: não ter uma visualização adequada do bebê, a demora no reconhecimento de obstrução de vias aéreas superiores e distensão abdominal (BRASIL, 2002).

A posição decúbito ventral, também tem sido relacionada com um aumento na incidência da síndrome da morte súbita do lactente, desse modo, estudos demonstram que a posição mais segura para o bebê dormir é a posição decúbito dorsal (BRASIL, 2013; TAMEZ; SILVA, 2006). Após a alta é importante orientar aos pais quando o bebê estiver acordado ou dormindo sob sua supervisão constante, que também poderão colocar o bebê em posição decúbito ventral, pois esta favorece o desenvolvimento motor (TAMEZ; SILVA, 2006).

A posição decúbito lateral para ser mantida de forma adequada, depende de suportes, rolinhos, etc. Os membros superiores deverão estar flexionados, joelhos flexionados com um rolinho entre eles para incentivar a adução dos membros inferiores, as costas devem estar apoiadas com o rolo, “ninho” ou botinha para facilitar a flexão ativa de tronco e quadril, a manutenção das mãos na linha média, perto da boca e do contato visual, favorecendo a auto-organização, simetria e o esvaziamento gástrico. Esta posição em períodos prolongados pode provocar atelectasia pulmonar do lado que está em contato com o colchão. (BRASIL, 2002; TAMEZ; SILVA, 2006).

O decúbito lateral direito assemelha-se às vantagens da postura decúbito ventral em termos de um esvaziamento gástrico mais rápido. Já o decúbito lateral esquerdo parece favorecer a redução na duração dos episódios de refluxo gastroesofágico (BRASIL, 2013). Alguns dos benefícios da postura decúbito lateral são: facilitar orientação mão-boca, encorajar flexão e simetria, melhorar a postura dos membros inferiores, encorajar movimentos contra a gravidade e o desenvolvimento do tônus postural, porém para ser mantida de forma adequada, depende de suportes, rolinhos, etc (BRASIL, 2002).

A posição canguru (contato pele a pele) consiste em colocar o bebê apenas de fralda, em posição vertical sobre o tórax da mãe ou do pai, de frente para os mesmos, cabeça lateralizada, membros superiores e inferiores flexionados e aduzidos, cotovelos próximos ao tronco, ou em posição diagonal elevada, sendo o bebê colocado de lado para a mãe, a cabeça na linha média, membros superiores aduzidos na linha média e membros inferiores fletidos envolvendo a díade com um pano ou faixa de tecido.

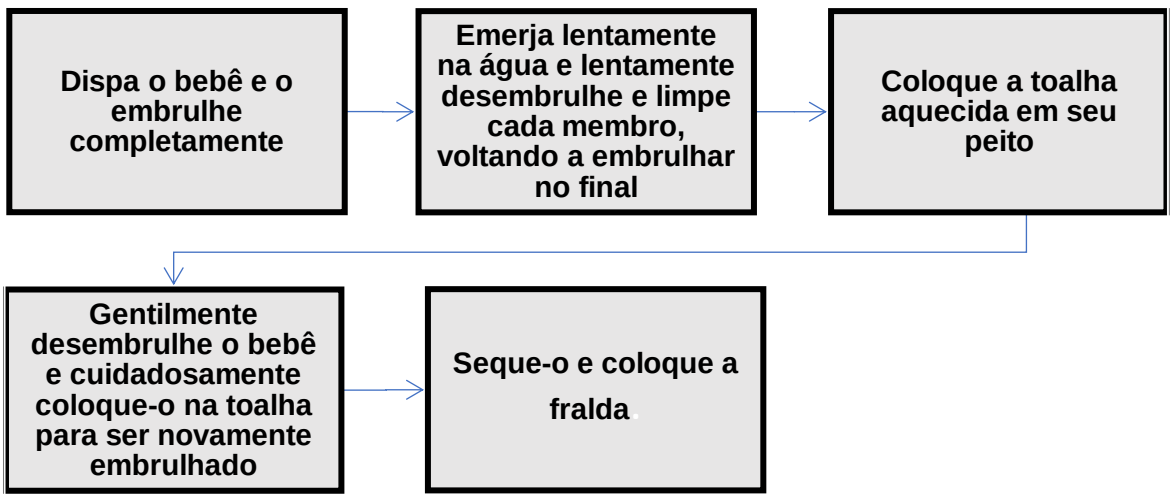
Essa posição canguru fornece um equilíbrio entre os sistemas tátil e proprioceptivo e os sistemas visual e auditivo, além de proteger o bebê da estimulação aversiva da UN, favorecendo a manutenção da temperatura adequada, melhora os aspectos cardiorrespiratórios e permite melhor ganho de peso em RNPT, tendo um efeito positivo no aleitamento materno, exclusivo na alta, desenvolvendo apego, confiança e satisfação materna (SILVA, 2006; BRASIL, 2002).

Para melhor posicionar o bebê, existem utensílios de apoio para a postura terapêutica, são eles: botinha, rolos de apoio, posicionador flexível, coxim vazado para a cabeça, posicionador ventral e travesseiro de água ou silicone (TAMEZ; SILVA, 2006), estes utensílios auxiliam no

posicionamento do RNPT, contribuindo para o desenvolvimento do mesmo, deixando-o confortável e prevenindo deformidades e agravamentos na condição de saúde do RNPT.

O banho no leito de forma tradicional pode ser extremamente estressante para o RNPT, sendo assim, a melhor opção é a utilização de uma adaptação da técnica o banho embrulhado na banheira, pois apresenta benefícios para o bebê. Esse banho deverá ter uma frequência a cada 5 dias ou mais, enrolado na toalha, água aquecida, buscando o bebê no estado de alerta (BRASIL, 2013; SILVA, 2006), vide na Figura 1 o passo a passo do banho embrulhado.

Figura 1 – Fluxograma banho embrulhado na banheira



Fonte: Silva (2006).

A troca de fralda deverá ser realizada com o berço ou apoio levemente inclinado em posição antirrefluxo. Para a retirada da fralda e higiene o neonato deve ser rolado lateralmente de um lado para o outro não elevando as pernas do mesmo a fim de evitar o aumento da pressão abdominal, que pode ocasionar refluxo gastroesofágico e broncospiração. É preciso verificar o tamanho da fralda, se tiver grande deverá ser recortada para não propiciar uma abdução exagerada de quadril (BRASIL, 2013; MONTEIRO, 2007).

A ofuroterapia é realizada com um balde comum, higienizado para a ocasião, revestido de toalhas para acomodar melhor o RNPT, onde o mesmo é colocado submerso na água morna até o pescoço, com a cabeça fora da água, apoiada pelo cuidador, ficando em posição fletida, membros inferiores e superiores na linha média. Essa técnica proporciona um ambiente parecido com o útero materno, contribuindo para o relaxamento do neonato (PEIRINI, et al.,2014).

Neste espaço de cuidado um dos papeis do Terapeuta Ocupacional deve ser orientar e incentivar os pais a desempenharem tarefas, como estimular à realização dos cuidados com o RNPT, como: troca de fralda, banho, cuidados com a pele, nutrição (DITTZ; MELO; PINHEIRO, 2006), sendo o intermediário para ajudar os pais a interpretarem os sinais de seus filhos, como os sinais de aproximação e retraimento, que guiam o adulto antes, durante e após a intervenção com o neonato, auxiliando na comunicação e no desenvolvimento global do mesmo e da família. Como destacado anteriormente a observação do RN prematuro é fundamental, anotando sua evolução, verificando se a intervenção se faz realmente necessária (MEYERHOF, 1995).

Sabe-se que o Terapeuta Ocupacional realiza intervenções precoces diretas com o RNPT com relação ao posicionamento, estimulação oral, visual, auditiva, tátil, cinestésica, multimodal e social (KUDO; PIERRI, 1997). Desta forma é preciso guiar o responsável como manipular seu bebê adequadamente, observando sempre qual a postura promove melhor situação de auto-organização (GADELHA et al., 2012), ressaltando a importância desses estímulos para o desenvolvimento do RN e sobre o toque adequado, contribuindo para o conforto do mesmo. O suporte à mãe é fundamental para favorecer o vínculo mãe-bebê, pois a mesma tem receio em tocar o bebê, sendo o apoio do profissional muito importante para ajudá-la nesse processo (BRETAS, 1999).

O Terapeuta Ocupacional, também, colabora com a equipe médica, na troca diária de informações sobre as condições clínicas e evolução do bebê, atuando como um mediador das relações entre profissionais e mãe/família, favorecendo a inserção da mãe e da família como participantes dos cuidados ao bebê e quando necessário, auxilia a mãe a expressar suas dúvidas com relação ao tratamento de seu filho, oferecendo sempre apoio emocional (DITTZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

Considerações Finais

A partir das orientações do Terapeuta Ocupacional, o material elaborado permite que a família possa compreender a intervenção com o RNPT na UN, tendo conhecimento sobre os sinais comportamentais do bebê, fazendo com que a mesma se sinta segura e participativa na realização dos cuidados de rotina e contribuir com a equipe, no caso de intercorrências, para um procedimento adequado.

O trabalho da equipe multiprofissional incluindo o Terapeuta Ocupacional em parceria com os familiares, torna-se indispensável, uma vez que a assistência voltada à humanização nas UN tem colaborado para o desenvolvimento global da criança, proporcionando a sobrevida de grande número de RNPT e diminuição da mortalidade.

Ressalta-se que essas orientações também contribuem para a continuidade dos cuidados de rotina após a alta hospitalar, porém é fundamental que os familiares tenham consciência do seguimento ambulatorial, com um acompanhamento adequado a esses bebês, o que lhes proporcionará uma vida mais independente e funcional possível e assim uma melhor qualidade de vida.

Referências

ALMOHALLA, L.; GUERRA, R. M. R. Identificação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo por profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 117-126, maio/ago. 2011.

AYACHE, M. G.; CORÍNTIO, M. N. Considerações sobre o desenvolvimento motor do prematuro. **Temas desenvolv**., São Paulo, v.71, n.2, p.5-9, nov./dez. 2003.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método mãe- canguru:** Manual do curso. Ministério da Saúde. 1. ed. Brasília- DF, 2002. Disponível em: < http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2013.

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru - Manual Técnico.** Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília – DF, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao humanizada recem nascido canguru.pdf>. Acesso em 03 mar. 2013.

BRETAS, J. R. S. A arte de massagear bebês: a qualidade no tocar. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo v.12, n. 2, p. 16-26, mai./ago. 1999.

CAVALARIA, S. V. F. **A Terapia Ocupacional utilizando redinhas no atendimento de recém-nascidos na UTI neonatal**. In: 2º Encontro Científico e 2º Simpósio de Educação. São Paulo: Unisalesiano, 2009.

CORONADO, N. B. **Caracterização do serviço da terapia ocupacional no berçário de cuidados especiais e no ambulatório de follow-up de um hospital materno infantil**. 2009.22 f. (Monografia apresentada como pré-requisito para obtenção do título de graduação em Terapia Ocupacional). Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2009.

CRUVINEL, F. G; MACEDO E. C. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., Recife, v.7, n.4, p. 449-455, out./dez. 2007.

DITTZ, E. da S.; MELO, D. C. C. de; PINHEIRO, Z. M. M. A Terapia Ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 42-47, jan./abr. 2006.

GADELHA, M. L. L. et al. A influência da Terapia Ocupacional na intervenção precoce em recém-nascidos de alto risco. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 59-65, jan. 1999.

KUDO, A. M.; PIERRI, S. A. Terapia Ocupacional com crianças hospitalizadas. In: KUDO, A. M. et al. **Fisioterapia, fonoaudiologia e Terapia ocupacional em pediatria.** São Paulo: Sarvier,1997. p.232-245.

LIMA, G. S.; BRAGA, T. D. A.; MENEZES, J. A. **Neonatologia - Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

LINHARES, M. B. M. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção do desenvolvimento. **Temas desenvolv**., São Paulo, v.12, p.18-23, dez. 2003

MEYERHOF, P. G. O Neonato Pré-termo no Berçário de Cuidados Especiais: Proposta de Intervenção, respeitando sua Individualidade, suas Fragilidades e suas Forças. **Rev. Bras. Cresc. Desen. Hum.**, São Paulo, v.5, n.1/2, p. 17-22, jan./dez. 1995.

MONTEIRO, R. C. S. Neonatologia. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. ***Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática***. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.512-518.

PEIRINI, C. et al. Banho de ofurô em recém- nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência . **J.res.: fundam.care**, Rio de janeiro, v.6, n.2, p. 785-792, abr. 2014.

SANTOS, M. L. C. et al. Sentimentos de Pais Diante do Nascimento de um Recém-Nascido Prematuro. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v.1, n.2,p.140- 149, out./ dez 2007.

SILVA, R. N. M. da. **Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebê pré-termo**. 2006. Disponível em <http://www.portalneonatal.com.br/cuidado-neonatal-individualizado/index.php>. Acesso em: 21 abr. 2013.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal- Assistência ao recém-nascido de alto risco**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 272p.

Capítulo 29

ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

Jéssica de Oliveira Campos[1]
Cáio Dantas Ribeiro[2]
Camilla Peixoto Santos Rodrigues[3]
Idaene Socorro da Silva[4]
Thayna Karoline Sousa Silva[5]
Delton Manoel dos Santos Silva[6]
Adriana Maria da Silva[7]

RESUMO: A obesidade infantil é considerada um problema de saúde pública mundial e está associada ao aumento da morbimortalidade na vida adulta, principalmente por doenças cardiovasculares. No Brasil, aproximadamente 15% das crianças menores de cinco anos foram diagnosticadas com sobrepeso ou obesidade em 2019. Nesse cenário, as atividades de educação alimentar e nutricional no âmbito da atenção primária à saúde tornam-se indispensáveis e extremamente necessárias para o combate a obesidade infantil. Considerando a realidade vivenciada por um município na região do agreste de Pernambuco, este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para a diminuição da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos.
Palavras chave: Atenção primária à saúde. Educação alimentar e nutricional. Obesidade infantil.

ABSTRAT: Childhood obesity is considered a worldwide public health problem and is associated with increased morbidity and mortality in adult life, mainly due to cardiovascular diseases. In Brazil, approximately 15% of children under the age of five were diagnosed with overweight or obesity in 2019. In this scenario, food and nutrition education activities within the scope of primary health care become indispensable and extremely necessary to combat obesity childhood. Considering the reality experienced by a municipality in the agreste region of Pernambuco, this study aims to develop an intervention plan to reduce the prevalence of overweight and obesity in children under five years old.
Keywords: Primary health care. Food and nutrition education. Childhood obesity

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é considerada um problema de saúde pública mundial (SILVA, 2018). No mundo estima-se que cerca de 41 milhões de crianças menores de cinco anos apresentem sobrepeso ou obesidade, sendo a maior prevalência em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2016). Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), apontam que no Brasil aproximadamente 17 e 15% das crianças menores de cinco anos apresentaram risco de desenvolver sobrepeso e sobrepeso/obesidade, respectivamente, no ano de 2019 (SISVAN, 2020).

[1] Mestranda no programa de nutrição, atividade física e plasticidade fenotípica- Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória. E-mail: oliveira.joc714@gmail.com
[2] Mestrando em Saúde Pública- Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ –PE. E-mail: caio.94@gmail.com
[3] Mestranda no programa de nutrição, atividade física e plasticidade fenotípica- Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória. E-mail: camillapeixoto.2@gmail.com
[4] Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória. E-mail: idaenessilva@gmail.com
[5] Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória. E-mail: thaynakarolines@hotmail.com
[6] Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: deltonmanoel@gmail.com.
[7] Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória. E-mail: adrianasilva150291@hotmail.com.

Na literatura já é bem fundamentado que a obesidade infantil esta associada ao aumento do risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entre as quais se destacam a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e as doenças cardiovasculares (DCV) (GOLKE, 2016). Ressalta-se que o processo aterosclerótico pode iniciar durante a infância, possivelmente fatores hereditários e ambientais, evoluindo clinicamente e contribuindo para o aumento da mortalidade por DCV na vida adulta (JÚNIOR *et al*, 2018). Nesse sentido, acredita-se que cerca de 80% das crianças com excesso de peso chegam à vida adulta obesas e com o maior risco para o desenvolvimento de DCV(GOLKE, 2016).

Além das consequências relacionadas ao estado de saúde do indivíduo, sabe-se que os gastos decorrentes do tratamento de complicações associadas ao excesso de peso são elevados e impactam negativamente na economia do país (TAVARES; et al, 2016, VIEIRA, 2018). No Brasil estima-se que o gasto com o tratamento de doenças relacionadas à obesidade seja cerca de 100 milhões de dólares por ano (PIMENTA; ROCHA; MARCONDES, 2015). A obesidade infantil possui uma etiologia multifatorial, ou seja, é resultante da interação ente os fatores genéticos, ambientais e comportamentais, entretanto os fatores ambientais como o sedentarismo e o consumo alimentar inadequado são considerados os principais fatores associados a obesidade infantil, nesse contexto ressalta-se que as ações de promoção a saúde e de educação alimentar e nutricional são ferramentas importantes para promover a adoção de um estilo de vida saudável e consequentemente para a prevenir complicações decorrentes dessa patologia (SILVA, 2018, CHAVES; et al, 2019).

A Atenção Primária a Saúde (APS) possui um papel estratégico na promoção da saúde visto que é considerada a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), além de coordenadora e ordenadora do cuidado. Esse nível de atenção é considerado essencial para a realização de atividades com foco na educação em saúde, e, consequentemente para promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil (DE FREITAS; et al, 2016). Pimenta, Rocha e Marcondes (2015) ressaltam que as ações para a prevenção da obesidade infantil na APS são essenciais e eficazes, visto que essa prática é capaz de reduzir em 30% o número de óbitos por DCV.

Considerando esse contexto, este trabalho possui como objetivo relatar a experiência de residentes em saúde da família na elaboração de um projeto de intervenção visando à diminuição da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos em um município do agreste de Pernambuco.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da elaboração de um projeto de intervenção, realizado por profissionais residentes e atuantes no campo da APS em um município no agreste de Pernambuco. O projeto de intervenção pode ser definido como um conjunto de atividades preventivas, elaboradas com base em objetivos definidos e executados em um determinado tempo e contexto, com fundamentação teórica e metodológica bem definida, direcionado a combater uma

problemática vivenciada pelo território. Além disso, o projeto de intervenção visa o acompanhamento e a avaliação da estratégia implementada, possibilitando a construção de conhecimentos, a produção de novas tecnologias e intervenções sobre a temática (SCHNEIDER; FLACH, 2018)

A proposta do plano de intervenção foi elaborada com base nos relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do município que alertam para o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade infantil em crianças menores de cinco anos de idade. O projeto foi elaborado por uma equipe multiprofissional composta por: dois profissionais de educação física, três nutricionistas, um psicólogo e um sanitarista durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020.

O projeto de intervenção foi elaborado para ser executado durante todo o ano de 2020, sendo estabelecidos objetivos, ações metas e os profissionais que podem estar envolvidos em cada etapa do projeto. Estima-se que a partir da implementação do projeto sejam realizadas as avaliações dos indicadores de sobrepeso e obesidade no município a cada seis meses, visando o acompanhamento do resultado das ações e a adequação das estratégias utilizadas.

A APS foi estabelecida como principal campo da proposta de intervenção, visto que esse nível de atenção é responsável por monitorar e acompanhar a situação de saúde do território, além de desenvolver atividades que visem promover saúde na comunidade. Considerando o cenário vivenciado pelo município, foram propostas atividades com o intuito de fortalecer as ações de combate à obesidade infantil das equipes de saúde da família junto ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cenário do projeto de intervenção

O município, para o qual o projeto de intervenção foi elaborado, é localizado na região do agreste de Pernambuco, 84 quilômetros da capital, Recife. Segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) a cidade conta com uma população de aproximadamente 84.074 habitantes, sendo distribuídos em uma área de 50.785 km². No que diz respeito à organização da APS do município, atualmente, existem 23 equipes de saúde da família e 4 equipes NASF- AB no território.

A prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos no município é alarmante. Os dados do SISVAN apontam que em 2019 aproximadamente 37% das crianças nessa faixa etária possuem sobrepeso ou obesidade, além disso, outros 17% enquadram-se como risco para o sobrepeso. Dessa forma o município encontra-se acima da media nacional (15%) e estadual (18,7%) de sobrepeso e obesidade em crianças menores de cinco anos. Portanto, considerando a situação atual do município a elaboração de estratégias de combate a obesidade infantil tornam-se urgentes e indispensáveis.

Objetivos

Para a elaboração desse plano de intervenção em saúde foram elaborados objetivos específicos que podem contribuir para a diminuição da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos no município, sendo estes:

- Fortalecer a promoção do aleitamento materno na APS;
- Realizar atividades de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação saudável na faixa etária;
- Incentivar a prática de atividade física pelas crianças;
- Monitorar e acompanhar a prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos.

Estratégias e metas

O quadro 1 representa as ações e metas destinadas para cada objetivo específico elaborado para o plano de intervenção, além das equipes e profissionais que podem ficar a frente de cada uma das ações.

Quadro 2. Plano de intervenção elaborado com o objetivo de diminuir a prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos em um município do agreste de Pernambuco, 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	AÇÕES	METAS	RESPONSAVEL
Fortalecer a promoção do aleitamento materno na atenção primária à saúde	Criação de grupos de gestante para o incentivo do aleitamento materno exclusivo.	Criar 1 grupo em cada ESF.	ESF e NASF- AB
	Realização de atividades educativas para a promoção do aleitamento materno na sala de espera durante os atendimentos de puericultura.	Realizar 1 atividade educativa em 50% das ESF.	ESF e NASF- AB
Realizar atividades de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação saudável na faixa etária	Promoção de atendimentos compartilhados durante a puericultura entre enfermeiras e nutricionistas para o início da alimentação complementar.	Promover atendimentos compartilhados em 70% das crianças para início da alimentação complementar.	ESF e NASF- AB
	Desenvolvimento de atividades educativas para a promoção da alimentação saudável na sala de espera durante os atendimentos de puericultura (guia alimentar e 10 passos para alimentação saudável- menores de 2 anos)	Realizar 1 atividade educativa em 50% das ESF	ESF e NASF- AB
Estimular a prática de atividade física pelas crianças	Incentivar a pratica de atividades lúdicas (brincadeiras, jogos, dinâmicas) na rotina das crianças nessa faixa etária.	Incentivar a pratica dessas atividades em 50 % das crianças	Profissional de educação física e ESF.
Monitorar e avaliar a prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças menores de cinco anos	Monitoramento dos indicadores do estado nutricional e consumo alimentar de crianças<5 anos através dos dados do SISVAN.	Avaliar os indicadores citados pelo menos 2 vezes ao ano.	SISVAN e nutricionistas

CONSIDERAÇõES FINAIS

Este plano de intervenção é considerado exequível, visto que não gerará gastos adicionais ao município, uma vez que as atividades propostas podem ser desenvolvidas com os profissionais já existentes na APS. É importante salientar também que a prevenção da obesidade infantil evitará complicações decorrentes de patologias associadas à obesidade e futuramente exercerá uma economia nos gastos com internações e medicamentos para o tratamento dessas complicações. Resultando consequentemente um custo-oportunidade que possibilitará o investimento em outras áreas da saúde ou de maior necessidade do município.

Este plano de intervenção também possui viabilidade social, visto que as atividades propostas podem melhorar a qualidade de vida da população, além de envolver a comunidade e dar visibilidade às ações planejadas pela secretaria de saúde.

REFERÊNCIAS

CHAVES, Ana Plycila Botelho et al. Fatores de risco relacionados à obesidade em escolares atendidos em um ambulatório de pediatria. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 6, p. e321-e321, 2019.

DE FREITAS, Laura Garcia et al. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 46-52, 2016.

GOLKE, Carin. Obesidade infantil: Uma revisão da literatura. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Consulta ao panorama da cidade - PE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama> Acesso em: 25/07/2020.

JÚNIOR, Marcelo dos Santos Guimarães; et al. Fator de risco cardiovascular: a obesidade entre crianças e adolescentes nas macrorregiões brasileiras. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 12, n. 69, p. 132-143, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.Report of the commission on ending childhood obesity, 2016.Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 25/04/2020.

PIMENTA, Teófilo Antonio Máximo; ROCHA, Renato; MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira. Políticas Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **Journal of Health Sciences**, v. 17, n. 2, 2015.

SILVA, Larissa Ferreira. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes condições socioeconômicas. Brasília, 2018.

SISTEMA DE VIAGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN). Relatórios de Acesso público – Estado nutricional de crianças menores de 5 anos. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em 24/07/10.

SCHNEIDER, D. R.; VON FLACH, P. M. Como construir um projeto de intervenção. Portal de formação à distância, 2018. Disponível em: http://www. aberta. senad. gov. br/medias/original/201704/20170427-095100-001. pdf.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 50, p. 7s, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para Discussão, 2018.

Capítulo 30

EPISIOTOMIA DA PRÁTICA ÀS IMPLICAÇÕES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

EPISIOTOMY FROM PRACTICE TO IMPLICATIONS: AN INTEGRATIVE REVIEW

Mayame Jordânia Rebouças de Oliveira[1]
Wesley Queiroz Peixoto[2]
Ana Júlia Queiroz Silva[3]
Samira Suiany Fernandes de Oliveira[4]
Bruna Raquel Garcia de Souza[5]
Fernanda Beatriz de Oliveira Gomes[6]
Pablo Ramon da Silva Carvalho[7]

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo verificar os principais apontamentos acerca da prática da episiotomia. Trata-se de uma revisão integrativa, que fez uso da análise do conteúdo como método de análise de dados. A seleção dos estudos foi realizada através das bases de dados LILACS e SciELO, onde 10 produções científicas foram selecionadas para compor esta revisão, todos escritos em língua portuguesa. Nos estudos analisados pôde-se perceber a inconsistência de informações quanto aos motivos que validem a realização da episiotomia, bem como divergências de ideias e/ou resultados com outros estudos utilizados na construção do presente artigo. Também evidenciou-se redução na ocorrência de episiotomia quando utilizadas técnicas não invasivas durante o parto, e a importância da enfermagem obstétrica neste momento. Por meio desta análise foi possível perceber que a episiotomia ocorre, na maioria dos casos, de modo desnecessário, por vezes, prejudicando a saúde e qualidade de vida da mulher.
Palavras-chaves: saúde da mulher, episiotomia, parto normal.

ABSTRACT: The present study aims to verify the main notes about the practice of episiotomy. It is an integrative review, which used content analysis as a method of data analysis. The selection of studies was carried out through the LILACS and SciELO databases, where 10 studies were selected to compose this review, all written in Portuguese. In the studies analyzed, it was possible to notice the inconsistency of information regarding the reasons that validate the performance of the episiotomy, as well as divergences of ideas and / or results with other studies used in the construction of this article. There was also a reduction in the occurrence of episiotomy when using non-invasive techniques during delivery, and the importance of obstetric nursing at that time. Through this analysis it was possible to notice that episiotomy occurs, in most cases, in an unnecessary way, sometimes damaging the woman's health and quality of life.
Keywords: women's health, episiotomy, natural birth.

Introdução

A gestação representa um momento singular na vida de uma mulher, onde suas angústias e preocupações se misturam à alegria de tornar-se mãe, e parte desses sentimentos são provenientes do medo relacionado ao momento do parto (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016).

[1] Graduada em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP);
[2] Pós-graduando do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pós-graduando em Saúde da Mulher pela Faculdade Porto União (FPU), graduado em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP);
[3] Graduada em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP);
[4] Graduada em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP), pós-graduanda em urgência, emergência e trauma, pela Universidade Potiguar (UnP);
[5] Graduada em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP);
[6] Graduada em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP), pós-graduanda em urgência, emergência e trauma, pela Universidade Potiguar (UnP);
[7] Mestrando do Programa de Pós-graduação em Biotecnologia da Universidade Potiguar (UnP), pós-graduando em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Universidade Potiguar (UnP), graduado em enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP).

No passado o atendimento durante o parto ocorria em ambiente domiciliar. Era um evento vivenciado em caráter privado, praticado por mulheres de confiança das gestantes e seus familiares, que possuíam experiência reconhecida na comunidade, onde estas parteiras contavam com conhecimentos empíricos, passados de geração para geração. Mesmo diante de uma cultura predominantemente patriarcal, as sociedades antigas tinham o parto como ato exclusivamente pertencente ao universo feminino, o partejar acontecia entre parteiras e parturientes, algo entre damas, momento esse em que elas eram detentoras de toda a sabedoria, autonomia e poder (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016).

O atual modelo obstétrico brasileiro teve seu processo histórico iniciado principalmente a partir do século XX. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a posição do médico como ator principal na assistência ao parto veio seguida de uma prática cujo propósito é interferir, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto. A hospitalização da parturiente foi essencial para a tomada e o desenvolvimento do saber médico, gerando assim a medicalização do seu corpo (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

Boas práticas durante o parto são evidenciadas cientificamente por comprovarem resultados positivos na redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal. Em contrapartida, intervenções como a posição supina, uso de ocitocina/cateter intravenoso, pressão no fundo do útero, ruptura das membranas ovulares, episiotomia, entre outras, podem causar danos à saúde quando realizadas sem necessidade obstétrica. O corpo da mulher é habilitado para dar à luz, não necessitando, na maior parte das vezes, da realização destes procedimentos (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

A episiotomia é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados atualmente na obstetrícia. Sua utilização de forma rotineira tem sido observada em grande parte das instituições brasileiras, mesmo possuindo recomendação pela OMS de apenas 10 a 15% dos casos (SILVA et al., 2018).

A realização da episiotomia é constante tema de debates, principalmente acerca da sua necessidade e implicações à saúde da mulher. Essas discussões, muitas vezes, geram hesitações nos profissionais quanto a prática deste procedimento, podendo comprometer a assistência bem como a saúde da paciente.

Considerando o preposto, este estudo tem como objetivo verificar, a partir de outros estudos, os principais apontamentos acerca da prática da episiotomia.

Método

O estudo que discorre tem como metodologia de pesquisa a revisão de literatura, fazendo uso especificamente do método da revisão integrativa. Esta ordem metodológica possibilita a busca e síntese de conhecimentos de uma determinada temática a partir de uma análise crítica (SOUSA, 2017).

Buscando construir um estudo que cumpra o objetivo proposto, além de garantir a plena execução das exigências do plano metodológico, alguns aspectos foram considerados antes da elaboração do trabalho, pautados na eficiência e qualidade do estudo. A condição de partida para o desenvolvimento desta pesquisa se deu a partir da necessidade de averiguar os apontamentos acerca da realização da episiotomia, considerando as divergências de opiniões e achados científicos sobre a temática, sendo primordial a definição desta para desenvolvimento do estudo. Aponta-se que a definição das bases de dados para pesquisa, assim como a escolha de descritores e de critérios de inclusão e exclusão, foi essencial para o cumprimento do método proposto.

Objetivando qualificar e refinar a busca por estudos, foi adotado o uso de descritores que puderam ser empregados a partir de pesquisa nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). As palavras episiotomia, parto normal e saúde da mulher foram empregadas, separadas pelo operador booleano AND, nas seguintes combinações: episiotomia [AND] parto normal, episiotomia [AND] saúde da mulher.

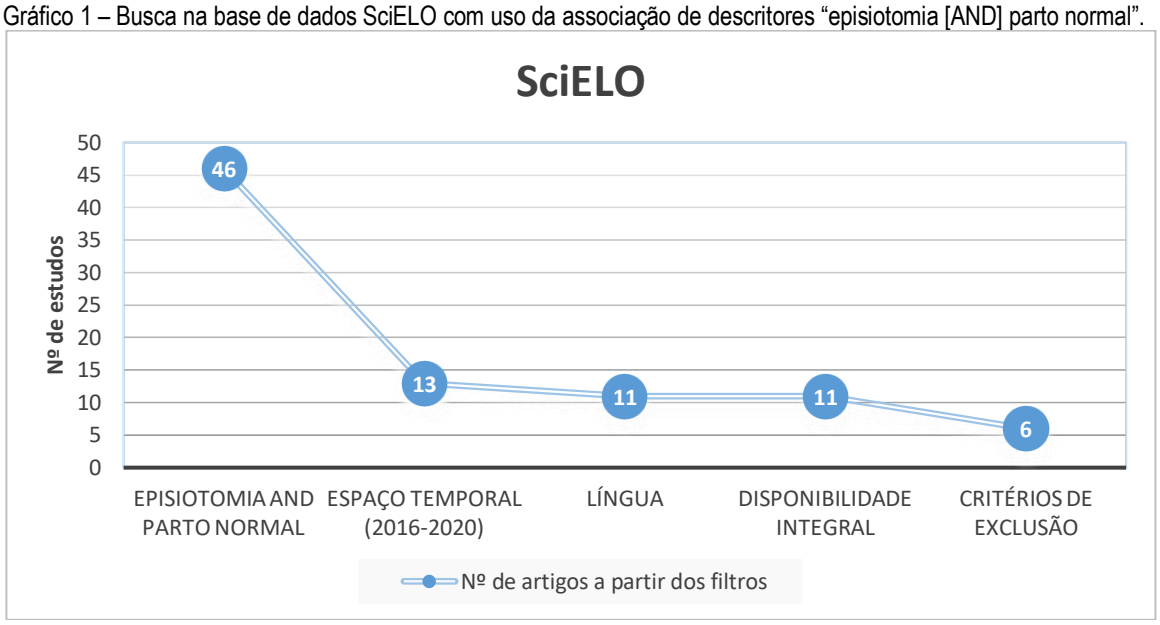
A definição de critérios de inclusão e exclusão possibilitaram refinar ainda mais as buscas por estudos. Para a pesquisa, considerou-se que artigos publicados entre os anos de 2017 e 2020, no Brasil ou exterior, em língua portuguesa ou espanhola, com disponibilidade integral do texto estavam habilitados a integrar esta revisão. Estudos de revisão de literatura, bem como os que não tinham a episiotomia ou variantes diretamente relacionadas à episiotomia como foco da pesquisa, foram excluídos. Amostras encontradas em mais de uma base de dados, ou que se repetiram a partir da diferente combinação de descritores, tiveram apenas uma indexação considerada.

No que se refere à exclusão de estudos a partir de variantes que não estiveram diretamente relacionadas à episiotomia, considerou-se que produções científicas que não tinham a episiotomia ou suas implicações como debate direto durante as discussões estavam inaptas a participar deste estudo, considerando que, por ser uma prática obstétrica, o termo “episiotomia” é comumente citado em produções, mas não necessariamente debatido de modo aprofundado.

A seleção dos estudos foi realizada em julho de 2020, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library (SciELO). Na base de dados SciELO foram usadas duas combinações de descritores: “episiotomia [AND] parto normal” e “episiotomia [AND] saúde da mulher”, tendo amostras selecionadas em ambas as buscas. A pesquisa na base de dados LILACS foi realizada através da associação “episiotomia [AND] parto normal”. A evolução detalhada das pesquisas a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pode ser percebida nos gráficos 1, 2 e 3.

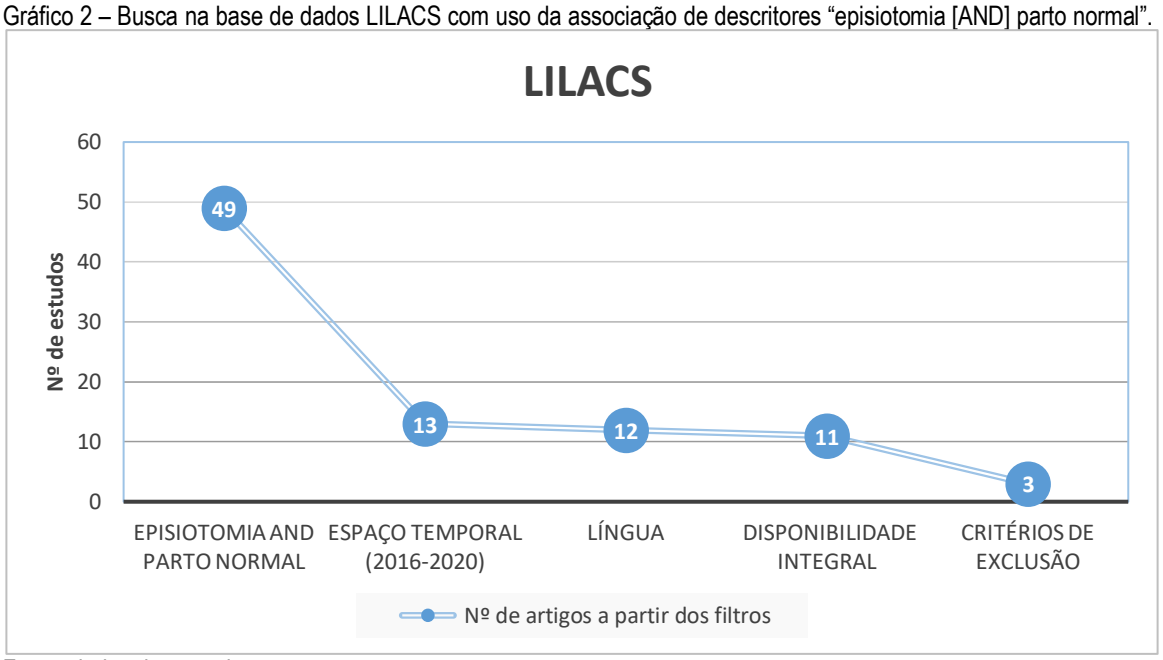
Com base nas buscas realizadas, 10 estudos foram selecionados para compor esta revisão integrativa, sendo estes escritos em língua portuguesa. Utilizou-se como método para apreciação das produções científicas a análise do conteúdo, que consiste, quando aplicada à estudos de revisão, no ato de analisar de modo crítico as informações (SILVA et al, 2017).

Gráfico 1 – Busca na base de dados SciELO com uso da associação de descritores “episiotomia [AND] parto normal”.



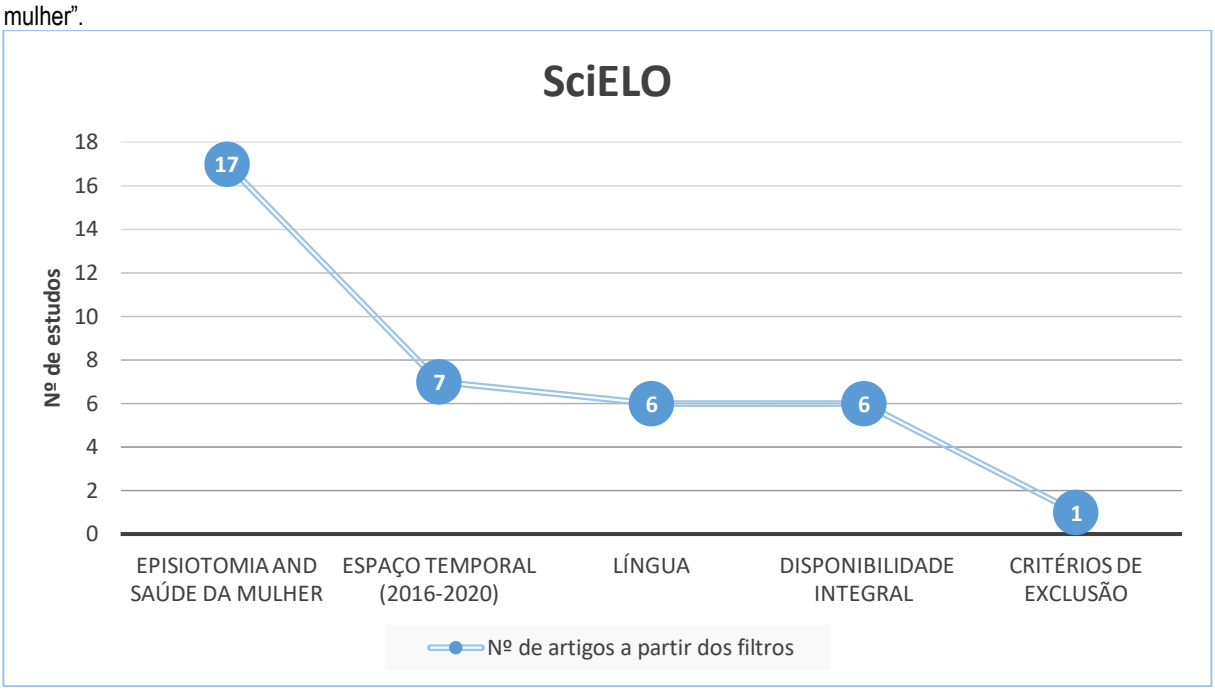
Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 2 – Busca na base de dados LILACS com uso da associação de descritores “episiotomia [AND] parto normal”.



Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 3 – Busca na base de dados SciELO com uso da associação de descritores “episiotomia [AND] saúde da mulher”.



Fonte: dados da pesquisa.

Resultado

Os estudos selecionados foram dispostos no quadro 1, a fim de expor de forma organizada informações como autores, título, objetivo, metodologia e ano de publicação das produções científicas. A apreciação destes dados se faz necessária vista a necessidade de identificação das principais características de cada estudo analisado.

Quadro 1 – Número do estudo, autores, título, objetivo, metodologia e ano de publicação.

Nº do estudo	Autor(es)	Título	Objetivo	Metodologia	Ano de publicação
Estudo 01	CAMARGO, Joyce da Costa Silveira de et al.	Desfechos perineais e as variáveis associadas no parto na água e no parto fora da água: estudo transversal.	Descrever os resultados perineais de mulheres que tiveram parto na água e fora da água.	Estudo transversal e quantitativo desenvolvido em um hospital público de Setúbal, Portugal, com amostra de 104 mulheres.	2019
Estudo 02	SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez.	Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto.	Implementar práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal.	Estudo quase-experimental, realizado no Hospital da Mulher Mãe-Luzia, Macapá, com amostra de 74 enfermeiros e médicos e 70 puérperas.	2016
Estudo 03	SILVA, Anayhan Marques	Caracterização da dor	Comparar as características da	Estudo transversal	2018

	Nascimento et al.	decorrente de traumas perineais em mulheres com parto vaginal.	dor perineal em mulheres com traumas perineais decorrentes de episiotomia e laceração, conforme dimensões da Versão Brasileira do Questionário de dor de McGill, em uma maternidade pública do interior da Bahia	realizado com 499 puérperas que tiveram parto vaginal e que apresentaram dor perineal associada a traumas locais.	
Estudo 04	MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al.	Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a Inserção de enfermeiras obstétricas.	Estudo transversal, realizado em uma unidade de PPP de um hospital de ensino da capital do estado de Mato Grosso. A amostra foi composta por dados relativos a 701 partos normais ocorridos entre os anos de 2014 e 2016.	2016
Estudo 05	BALLESTEROS-MESEGUER, Carmen et al.	Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis cínicas que influenciam sua realização.	Conhecer a taxa de episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínica.	Estudo descritivo, transversal e analítico de 12.093 partos em um hospital terciário.	2016
Estudo 06	SOUZA, Marcella Rocha Tavares de et al.	Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal.	Identificar as associações entre o desfecho perineal em primíparas e as intervenções ocorridas durante o trabalho de parto, parto, peso e APGAR do recém-nascido (RN).	Trata-se de estudo transversal, de cunho documental, correlacional, retrospectivo, com abordagem quantitativa.	2019
Estudo 07	NUNES, Rodrigo Dias et al.	Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal.	Conhecer os fatores associados a realização da episiotomia no parto vaginal.	Estudo transversal envolvendo 330 partos, de janeiro/2012 a dezembro/2013.	2019
Estudo 08	CAMPOS, Brunna Carvalho Viana et al.	Perfil da assistência hospitalar	Perfil da assistência hospitalar	Estudo descritivo de abordagem quantitativa	2016

		prestada por enfermeiras residentes em obstetrícia em Brasília, Distrito Federal.	prestada por enfermeiras residentes em obstetrícia em Brasília, Distrito Federal.	por meio de análise documental. Amostra de 142 prontuários.	
Estudo 09	ROCHA, Érica Silva et al.	Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem obstétrica	Identificar a frequência e justificativa para a realização da episiotomia em partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica.	Estudo descritivo e retrospectivo, realizado no período de outubro a novembro de 2016, em uma maternidade pública do município de São Paulo	2018
Estudo 10	VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcelos; PROGIANTI, Jane Márcia.	Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil.	Identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto em maternidades públicas e sua contribuição na consolidação da humanização do parto e nascimento.	Estudo descritivo, quantitativo, transversal, conduzido em maternidades da rede pública municipal do Rio de Janeiro, onde foram avaliados registros de 4.787 partos.	2017

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

De modo geral, os estudos analisados trazem os seguintes aspectos como influentes para a realização da episiotomia: macrossomia fetal, padrão fetal não tranquilizador, nuliparidade, rigidez perineal, idade materna, eminencia de laceração grave, instrumentalização do parto através do uso de fórceps e extração à vaco, administração de ocitocina, desconhecimento do profissional assistente acerca da elasticidade do períneo, formação do profissional. Para além destas situações expostas, dois estudos avaliaram que a posição horizontal tem forte influência para a realização da episiotomia.

É quase consenso entre os autores que mulheres nulíparas são as maiores vítimas da prática da episiotomia (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019), entretanto outras pesquisas não apontam a idade da parturiente como fator que exerça influência sobre a realização desta intervenção. O peso do bebê, bem como a posição dorsal no momento do parto, são condições que elevam o risco da prática da episiotomia (SOBIERAY; SOUZA, 2019).

Um estudo, dentre os dez selecionados para apreciação, aponta que mulheres com maior escolaridade têm maiores chances de serem submetidas à episiotomia, atribuindo este dado à necessidade de mulheres com menor escolaridade realizarem atividades laborais que exigem

maior esforço físico, condição que, teoricamente, acaba por estimular a musculatura perineal. Em buscas bibliográficas não foi encontrado achado igual a este, fato que pode indicar que apenas a amostra do estudo em questão tem essa característica.

Em contraponto a ideia da realização da episiotomia como medida para prevenir lacerações perineais, um dos estudos aponta que esta prática pode gerar lesões mais graves e profundas, se comparadas aos danos das lacerações. Este apontamento foi confirmado por Queiroz et al. (2020), que chegaram a essa conclusão a partir de estudo realizado em maternidade do nordeste brasileiro.

Um apontamento que merece destaque refere a realização da episiotomia de rotina em mulheres nulíparas. Um dos estudos analisados traz em seus dados que a justificativa de profissionais para a realização da episiotomia rotineira faz referência à ideia de que a incisão cirúrgica limpa tem melhor cicatrização que as possíveis lacerações, argumento contestado por outras literaturas (DESSANTI; NUNES, 2019).

Um destaque importante realizado por parte dos estudos refere a laceração quando não há a realização da episiotomia. A maioria das pesquisas analisadas revelam que as lacerações em mulheres não submetidas à episiotomia geralmente são de 1º e 2º graus, níveis que não comprometem a saúde e/ou qualidade de vida da mulher (QUEIROZ et al., 2020).

De modo geral, os estudos analisados consonam que quando o trabalho de parto é iniciado espontaneamente e não tem influência de estímulos de indução durante a sua progressão o risco de realização da episiotomia é menor.

A episiotomia foi diretamente ligada à dor perineal por um dos estudos, aspecto confirmado pela literatura que ainda incrementa a possibilidade de infecção, deiscência, dispareunia, prejuízo à mobilidade e interferência na autoestima da mulher (PORFIRIO, 2018).

Dentre os estudos analisados apenas dois registraram prevalência de episiotomia dentro do limite recomendado pela OMS, que é de até 15% (SANTOS et al., 2017; SILVA et al., 2018). Os demais tiveram números variando entre 19,7% e 51,9%, valores que expressam divergências consideráveis de condutas profissionais.

Um dos estudos traz resultados relacionados ao emprego de tecnologias não invasivas por enfermeiras obstetras em dois hospitais-maternidade (denominados de A e B). Em relação à posição adotada pela mulher no momento do parto, verificou-se que a posição predominante nos dois hospitais-maternidade foi a posição vertical, em 1.909 (65,51%) mulheres; posições semiverticais, em 464 (15,94%); posições lateralizadas, em 275 (9,43%); posição horizontal/litotômica ocorreu apenas em 109 (3,74%) partos; posição de cócoras, em 86 (2,95%) e a posição de quatro apoios, em 22 (0,75%). Outras posições corresponderam a 49 (1,68%) partos. Como medidas de conforto e alívio da dor, foram utilizadas massagens (1.014 = 34,80%) e água morna através do banho de aspersão (684 = 23,48%), com associação do uso de aromas - 535 (18,37%) em alguns partos.

Esse mesmo estudo expõe a ocorrência da episiotomia em apenas 3,12% dos partos acompanhados por enfermeiras obstetras onde ocorreu o emprego de tecnologias não invasivas

no Hospital-Maternidade A, e 2,12% no Hospital-Maternidade B, totalizando, apenas, 148 (5,24%) casos, percentual muito abaixo do recomendado pela OMS.

Um outro estudo analisado mostra que entre as tecnologias não invasivas, as mais utilizadas foram o banho de aspersão morno (58,2%), o uso da bola suíça (54,6%) e a deambulação (47,1%). São práticas de baixo custo, que podem ser ofertadas com facilidade pelos serviços de saúde, e ainda apresentam grande impacto na qualidade da assistência, principalmente por substituírem, na medida do possível, o uso de medicações anestésicas e analgésicas. Na maioria dos casos, esses métodos foram utilizados de forma associada (76,3%), atuando de forma complementar, resultando em uma diminuição significativa da dor, promovendo maior conforto materno, quando comparado à sua utilização de forma isolada. Quanto às práticas intervencionistas, a taxa de episiotomia verificada durante o período estudado foi de 9,1%.

Um dos estudos analisados mostra um número significativo de episiotomias realizadas no grupo de mulheres que teve parto fora da água. Em 13 dos 31 (41,9%) partos não aquáticos, foi realizada episiotomia. Já as mulheres que tiveram o parto na água, apenas uma em 73 foi submetida à episiotomia, embora não tenha sido encontrado registro de justificativa para a realização desta intervenção. O estudo relaciona a redução do número de episiotomia nas mulheres que tiveram o parto na água com o relaxamento que à imersão em água morna proporciona, possibilitando uma maior elasticidade dos tecidos pélvicos, e reduzindo a sensação dolorosa provocada pelas contrações, diminuindo assim o número de intervenções obstétricas desnecessárias.

Em um estudo realizado em uma maternidade de risco habitual na cidade do Rio de Janeiro, as enfermeiras obstetras também fazem uso de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor, como: banho de aspersão, massagem, bola suíça, banqueta meia lua, cavalinho, aromaterapia, musicoterapia, deambulação, penumbra e ambiente acolhedor junto ao acompanhante da gestante em todo o processo de parto. Como resultado do emprego dessas tecnologias não invasivas, a episiotomia não tem sido vista como procedimento realmente necessário, dessa forma, não sendo realizada pela enfermagem obstétrica. A redução em sua realização tem sido menos aceita apenas pela classe médica (DUARTE *et al.*, 2019).

Dentre os estudos analisados, apenas um apresentou um baixo estímulo às tecnologias não invasivas durante o trabalho de parto, sendo elas posições verticalizadas e deambulação (15,3% e 11,4%, respectivamente). 11,4% das parturientes não realizou nenhum tipo de exercício facilitador durante o trabalho de parto. O artigo em questão aponta possíveis justificativas para esses números, como internação com dilatação avançada ou em período expulsivo, não aceitação da gestante em realizar as técnicas estimuladas, ou, ainda, pela impossibilidade do profissional em permanecer durante um tempo maior junto a gestante realizando esses cuidados. A taxa de episiotomia verificada nesta pesquisa foi acima do recomendado pela OMS. Porém, quando analisada essa taxa de forma anual, foi possível observar uma redução na taxa de episiotomia no ano de 2014, ficando abaixo de 10%.

A assistência da Enfermagem Obstétrica durante o parto normal acaba contribuindo para uma menor taxa de realização da episiotomia, tendo em vista que sua atenção é voltada para métodos não farmacológicos de alívio da dor, optando-se preferencialmente pelos métodos naturais. Esse modelo de atuação menos intervencionista possui suas ações voltadas à proteção da integridade da mulher, resgatando sua autonomia no momento do parto, dando uma maior atenção aos aspectos fisiológicos e emocionais, mantendo equilíbrio entre as intervenções realmente necessárias e o processo fisiológico da parturição (CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019).

Os principais apontamentos dos estudos para a diminuição das taxas de episiotomia referem a formação tanto dos profissionais quanto da mulher. O destaque é feito quanto a formação política da população feminina, iniciando no pré-natal, informando-a quanto aos processos que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, e a implicação das ações assistenciais. Quanto aos profissionais, as discussões reforçam a necessidade de avaliação contínua das competências técnicas e científicas.

Considerações finais

Considerando as preposições, conclui-se que o emprego da episiotomia em muitos casos ocorre de modo desnecessário, por vezes, prejudicando a saúde e qualidade de vida da mulher.

A realização desta prática nos serviços de atenção obstétrica brasileiros é bastante prevalente, com números que ultrapassam o limite recomendado pela Organização Mundial de Saúde, fator que expressa a necessidade de avaliação do serviço assistencial obstétrico.

O estudo pôde avaliar como positiva a participação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto normal, contribuindo de forma efetiva para a redução do índice de episiotomias e, consequentemente, uma melhor experiência de parto para a mulher, RN e seus familiares.

Este estudo possibilitou avaliar o emprego da episiotomia nos serviços obstétricos a fim de compreender as influências para a realização desse procedimento, bem como propiciar reflexão acerca da necessidade de execução de tal procedimento. A partir desta revisão é possível inferir que é necessário que profissionais de saúde reavaliem suas condutas obstétricas a fim de garantir a segurança da mulher.

Referências

AYRES, Lilian Fernandes Arial; HENRIQUES, Bruno David; AMORIM, Wellington Mendonça de. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 11, p. 3525-3534, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.27812016. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n11/3525-3534/pt. Acesso em: 19 jul. 2020.

CARNIEL, Francieli; VITAL, Durcelene da Silva; SOUZA, Tiago del Piero de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **Jornaul Of Nursing And Health**, [s.l.], v. 2, n. 9, p. 1-18, 2019. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf. Acesso em: 25 jul. 2020.

DESSANTI, Giulia A.; NUNES, Carlos P. Sintomatologia e complicações no pós-parto das pacientes submetidas a episiotomia. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 177-192, 2019. Disponível em: http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1571. Acesso em: 26 jul. 2020.

DUARTE, Micheliana Rodrigues *et al*. Tecnologias do Cuidado na Enfermagem Obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enfermagem**. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164. Acesso em: 26 jul. 2020.

PIMENTEL, Tatiane Abud; OLIVEIRA-FILHO, Eduardo Cyrino. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas**: Ciências da Saúde, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 188-199, 27 dez. 2016. Centro de Ensino Unificado de Brasilia. http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v14i2.4186. Disponível em: https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/4186/3279. Acesso em: 19 jul. 2020.

PORFIRIO, Nara Lizandra de Oliveira. **Ocorrência de episiotomia em primíparas atendidas em um hospital universitário**. 2018. 21 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2018. Disponível em: https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/8313/1/TCC_EnvioBiblioteca.pdf. Acesso em: 26 jul. 2018.

QUEIROZ, Jeffeson Hildo Medeiros de *et al*. Perfil clínico e sociodemográfico de laceração perineal durante os partos normais em um hospital e maternidade do interior do ceará. **Revista Expressão Católica Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 5, p. 57-64, 2020. Disponível em: http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3753/Art%2006. Acesso em: 26 jul. 2020.

SANTOS, Arielly Duarte Rabelo *et al*. Episiotomia: a dor de um parto. **Cadernos de Graduação**: Ciências Biológicas e de Saúde Unit, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 131-138, 2017. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/viewFile/4022/2169. Acesso em: 28 jul. 2020.

SILVA, Andressa Henning et al. Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. **Conhecimento interativo**, São José dos Pinhais, v. 11, n. 1, p. 168-184, 2017. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/322012000_ANALISE_DE_CONTEUDO_FAZEMOS_O_QUE_DIZEMOS_UM_LEVANTAMENTO_DE_ESTUDOS_QUE_DIZEM_ADOTAR_A_TECNICA>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SILVA, Liniker Scolfild Rodrigues da et al. Análise de fatores associados à prática da episiotomia. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 1046-1053, 4 abr. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018.

SOBIERAY, Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha; SOUZA, Bruna Medeiros de. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, [S.L.], v. 64, n. 2, p. 93-99, 17 jul. 2019. Disponível em: http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/521/738. Acesso em: 25 jul. 2020.

SOUSA, Luis Manuel Mota de et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 2, p.17-26, nov. 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem>. Acesso em: 18 jun. 2020.

Capítulo 31

ESPAÇO PARIR ITINERANTE: DISCURSOS SOBRE PARTO E NASCIMENTO NA PERSPECTIVA DE VISITANTES

SPACE GIVE BIRTH ITINERANT: SPEECHES ABOUT CHILDBIRTH AND BIRTH FROM THE PERSPECTIVE OF VISITORS

Jéssika Andrade de Melo Braga Monteiro[1]
Jane Baptista Quitete[2]
Danielle Busquet de Sousa. Enfermeira[3]
Julianne de Lima Sales[4]

RESUMO: Objetivo: Espaço Parir Itinerante foi uma estratégia realizada por discentes e docentes das disciplinas de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher I e II com objetivo de difundir informações sobre atenção ao parto. Método: A exposição foi realizada em três locais, sendo: Campus da Universidade/Rio das Ostras, com 60 visitantes; Hospital Municipal Naelma Monteiro/Rio das Ostras, 58 visitantes e Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente/NASA/Rio das Ostras, 12 visitantes. Resultados: análises dos depoimentos revelaram três categorias temáticas: o parto como evento belo, prazeroso e da natureza humana; o parto como evento feio, doloroso e desnecessário; atividade acadêmica como estratégia de empoderamento da população. O universo obstétrico e suas particularidades possibilitam subsídios para uma reflexão teórica-prática, no que diz respeito ao ensino /aprendizagem no âmbito das atividades acadêmicas. Conclusão: há pouca informação sobre a atenção ao parto e sobre direitos dos usuários, e muitos mitos e preconceitos sobre o parto natural.
Descritores: Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher. Parto humanizado. Direitos sexuais reprodutivos.

ABSTRACT: Objective: Itinerant Living Space was a strategy carried out by students and professors of the Nursing disciplines in Women's Health Care I and II with the objective of disseminating information about childbirth care. Method: The exhibition was held in three locations: Campus of the University/Rio das Ostras, with 60 visitors; Naelma Monteiro/Rio das Ostras Municipal Hospital, 58 visitors, and Adolescent Health Care Cente /NASA/Rio das Ostras, 12 visitors. Results: Analysis of the testimonies revealed three thematic categories: childbirth as a beautiful, pleasant and human nature event; Childbirth as an ugly, painful and unnecessary event; Academic activity as a strategy for the empowerment of the population. Obstetric universe and its particularities, allow for a theoretical-practical reflection regarding teaching-learning in the scope of academic activities. Conclusion: There is little information about childbirth care and users' rights; and many myths and preconceptions about natural childbirth.
Descriptors: Obstetric nursing. Women's health. Humanizing Delivery. Sexual and reproductive rights.

Introdução

Este artigo pretende relatar a experiência de discentes e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense/Campus Rio das Ostras, sobre a criação de um espaço cultural de aprendizado e difusão de conhecimento sobre a saúde e

[1] Enfermeira Obstétrica. Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF. Rio das Ostras, RJ. Brasil. E-mail: jessikamelo@gmail.com
[2] Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, RJ. Brasil. E-mail: janequitete@gmail.com.br
[3] Hospital Municipal Rocha Faria. Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF. Rio das Ostras, RJ. Brasil. E-mail: danielebusquet@hotmail.com
[4] Enfermeira Obstétrica. Prefeitura de Silva Jardim. Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF. Rio das Ostras, RJ. Brasil. E-mail: j.salees@gmail.com

direitos das mulheres durante o parto e nascimento de seus filhos, denominado: Espaço Parir Itinerante.

O Espaço Parir Itinerante se propôs a apresentar tecnologias de cuidado que podem ser oferecidas às mulheres durante o trabalho de parto e parto, em ambientes hospitalares e domiciliares. Cada uma das tecnologias apresentadas possui características específicas, indicações precisas e são baseadas em evidência científica. A mostra propiciou aos visitantes, ao ingressarem no cenário, vivenciar um novo ambiente de parto e assim, repensarem sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto e do modo como ainda é realizada a atenção ao parto como evento de risco e repleto de intervenções desnecessárias. Sendo assim, a criação de um espaço de exposição que traga aos visitantes informações e aproximação com o tema proposto que é um parto humanizado, a mulher protagonista de seu parto e o direito de escolha informada.

Através de gerações e principalmente com a mudança de cenário do parto no domicílio para os hospitais, o nascimento e seu significado sofreram uma série de transformações. Deixando de ser visto como um evento natural, privado e íntimo, para um evento dentro de uma rotina hospitalar, sendo institucionalizado e público. Isso tem levado ao uso de métodos intervencionistas no parto como restrição ao leito, jejum, mulheres impedidas de caminhar, uso de hormônio exógeno para acelerar o trabalho de parto, deixando esse momento muito doloroso e tudo isso vem contribuindo para uma assistência desumanizada a mulher (BITTENCOURT; DOMINGUES; REIS; RAMOS; LEAL, 2016).

No Brasil 52% dos nascimentos são por cesariana, sendo o país um dos líderes em cesárea no mundo. Essa prática tem sido considerada uma “epidemia” pela OMS. A cirurgia cesariana não isenta a mulher de riscos e dados positivos demonstram que qualidade no nascimento está associada a baixos índices de cesariana, um exemplo é o recomendado pela Organização Mundial de Saúde de valor ideal de cirurgia cesárea seria de 15% (PEREIRA; DIAZ; BACKERS; FERREIRA; BACKERS, 2018).

Desde a década de 1990 o Brasil tem investido em programas de humanização da assistência no intuito de qualificar a prática de saúde na assistência ao parto e nascimento melhorando os serviços prestados as mulheres (SALES; QUITETE; KNUPP; MARTINS, 2020). Mas, como a institucionalização do parto trouxe demandas tecnológicas, muitas vezes desnecessárias para o parto natural, desconsidera os anseios pessoais das mulheres, sua cultura e desfavorece seu protagonismo.

O modelo hegemônico de assistência à mulher durante a parturição dita regras de conduta sobre os partos que, por vezes, não possuem nenhuma indicação clínica ou embasamento científico, bem como um cuidado e atenção centrados na mulher. Justificando-se este artigo que é fruto de um trabalho proposto para levar à comunidade acadêmica, profissionais de saúde e sociedade novos modelos assistenciais na saúde da mulher, mostrando realidades de partos respeitosos à fisiologia e atendendo as demandas das mulheres mesmo que dentro de instituições tecnocráticas.

O objetivo deste manuscrito é relatar a experiência de discentes e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem sobre a criação de um espaço de aprendizado e difusão de conhecimento sobre a saúde e direitos das mulheres durante o parto e nascimento de seus filhos.

Método

A exposição ocorreu no dia 14 de maio de 2014 no Campus da Universidade, em evento científico da 75ª Semana Brasileira de Enfermagem, I Semana de Enfermagem do Departamento de Enfermagem/Universidade Federal Fluminense/Campus Rio das Ostras. No ano de 2015 a exposição ocorreu, porém mais abrangente, envolvendo outros espaços além da universidade. No dia 13 de maio de 2015 no hall do Hospital Municipal Naelma Monteiro/Rio das Ostras; no dia 14 de maio de 2015 em um evento científico do Campus da universidade, a 76ª Semana Brasileira de Enfermagem, II Semana de Enfermagem do Departamento de Enfermagem/Universidade Federal Fluminense/Campus Rio das Ostras e no dia 15 de maio de 2015 no Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente/NASA/Rio das Ostras.

Essa exposição foi elaborada por discentes das disciplinas de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher I e II, de forma que os discentes pudessem fazer uma conexão entre a teoria e prática, tendo como base as evidências científicas. A visitação foi guiada por monitores que estavam à disposição do público para sanar possíveis dúvidas dos visitantes. Ao final, os visitantes foram convidados a registrar suas impressões sobre a exposição de modo anônimo, para que, posteriormente, pudesse ser avaliada a repercussão da mesma.

O material exposto foi gentilmente cedido por uma Enfermeira Obstétrica, que assiste partos domiciliares planejados no Estado do Rio de Janeiro, tais como: piscina, bola de pilates, rebozo, sonar *doppler*, estetoscópio de *pinard*, fita métrica, banqueta para parto vertical e balança portátil para pesar recém-nascido. O ambiente foi harmonizado com tapete e almofadas, música ambiente e incenso. Outros materiais também foram apresentados, pertencentes ao laboratório de enfermagem: instrumentais cirúrgicos, fios de sutura, ambú neonatal, medicamentos como ocitocina, dentre outros.

A decoração do espaço contou também com uma mostra fotográfica de mulheres com seus acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e nascimento de seus filhos, em ambiente domiciliar. Além da exposição de um acervo de livros, DVDs e materiais educativos relacionados à temática: parto e nascimento.

Ao final da exposição, foram recolhidos depoimentos deixados pelos visitantes, realizada leitura, análise e categorização temática, segundo análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016).

No Campus da universidade visitaram o local, sessenta pessoas, sendo quarenta e nove mulheres e onze homens. A faixa etária variou de dezessete a cinquenta e seis anos. Todos os visitantes eram estudantes ou profissionais de nível superior da área da saúde, apenas uma gestante esteve presente.

O número de visitantes da exposição que aconteceu no Hall do Hospital Municipal Naelma Monteiro foi de cinquenta e oito pessoas, sendo quarenta e sete mulheres e onze homens. Com uma faixa etária de dezessete a sessenta e quatro anos. Os visitantes foram profissionais da instituição: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, auxiliares de serviços gerais, outras setores e especialidades, além de usuários da instituição de saúde.

A exposição no Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente/NASA contou com a presença de doze visitantes, todas do sexo feminino, sendo seis gestantes adolescentes com suas respectivas genitoras.

Esta atividade acadêmica fez parte do projeto de pesquisa intitulado: A Importância de Orientações no Pré Natal de Gestantes Adolescentes: Desenvolvimento de Atividades Educativas, autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUAP/UFF, parecer nº 1.210.169.

Resultados

No final da atividade acadêmica obtivemos sessenta e nove depoimentos. A análise dos dados foi apoiada no referencial teórico de Bardin (2016). Após agrupamentos por aproximação temática foram construídas nove subcategorias, desta foi realizada nova redução temática que revelou três categorias: o parto como evento belo, prazeroso e da natureza humana; o parto como evento feio, doloroso e desnecessário; atividade acadêmica como estratégia de empoderamento da população.

O parto como evento belo, prazeroso e da natureza humana.

A construção da primeira categoria temática emergiu do agrupamento de duas subcategorias: o parto associado à natureza, ao belo, a felicidade e ao amor; e oportunidade de expor sobre as experiências pessoais.

O parto associado a natureza, ao belo, a felicidade e ao amor foi relatado pelos visitantes de diversas adjetivações que notoriamente expressavam sua visão do parto e nascimento. Trazendo espontaneamente à tona o sentimento real da parturição, as emoções e o aspecto instintivo que tem o parto.

> *"Lindo e inspirador". (Visitante 10)*

> *"Achei muito interessante, pois possibilita demonstrar a beleza genuína da maternidade. Lindo!". (Visitante 12)*

O vivenciar da parturição mostrado na exposição, trouxe para as pessoas a essência do parto natural humano, onde a mulher é protagonista de seu parto e sua história. Sendo expresso pelos visitantes da seguinte maneira.

"Uma forma digna de nascer, o melhor para mãe e o bebê". (Visitante 13)

"Natural. Fisiológico". (Visitante 14)

Na subcategoria oportunidade de expor sobre experiências pessoas foi possível perceber a existência de novos significados para o parto que foge do modelo vigente e muito presente nas experiências sobre o nascimento dos visitantes.

"O parto é tão normal, é tão comum dar a luz a alguém. Não apenas mais em colocado. Mesmo no escuro, o parto intenso, humano. Isso em cada retrato. Pediram minha opinião. O que diria sobre o que vi? Foi inspirador!". (Visitante 11)

Compartilhar essa experiência com pessoas que já viveram o evento do parto enriqueceu o evento, pois eram impressões reais emitidas de uma experiência ali constatada.

"Acho que o parto normal para as mulheres voltarem as fazer as coisas é melhor. Parto forçado pra mim não presta. Meu parto ficou marcado pra mim. Não é bom parto que corta". (Visitante 15)

É interessante o fato do conceito de uma exposição, abrigar múltiplas percepções e opiniões. Por mais que o objetivo seja demonstrar uma nova realidade, constatam-se reflexões pautadas em uma experiência já vivida e na opinião do protagonista, bem sucedida.

"Eu teria outra cesárea". (Visitante 16)

As dificuldades vividas em partos passados trouxeram a tona muitas emoções aos visitantes, mas a exposição oportunizou uma visão de que é possível um parto natural seguro, com confiança passada pelos profissionais, atencioso e acolhedor, que pode trazer uma experiência única e transformadora para as mulheres e sua família.

"Deu até vontade de ser mãe".

(Visitante17) "Me senti muito tocada".

(Visitante 18)

O parto como evento feio, doloroso e desnecessário.

A construção da segunda categoria temática confluiu do agrupamento de duas subcategorias: a dor do parto; o medo do desconhecido.

A dor do parto para muitas mulheres é uma de suas principais preocupações, acompanhada pela sua segurança e de seu bebê. A experiência de dor é algo subjetivo e difere

entre as mulheres, se relaciona às suas expectativas e a assistência obstétrica prestada.

O evento do parto causou muito impacto aos visitantes, revelou sentimentos distintos que puderam ser identificados mediante as suas impressões, como por exemplo.

"Vi beleza e dor". (Visitante 07)

Muitos se encantaram ao perceber que o parto pode se tornar algo prazeroso, porém essa experiência positiva não foi associada a possibilidade das mulheres superarem a dor. Esta ainda se mostrou como um dos pontos principais da visão sobre o nascimento.

"O parto humanizado é lindo, as fotos são lindas, mas sei que dá muita dor também". (Visitante 21)

Os visitantes se impactaram pelas fotos, tornando o assunto ainda mais real. O parto para alguns está intimamente ligado ao sofrimento e a dor.

"Fotos impactantes que ilustram o processo de parir. Fotos fortes, mas que relatam a dor e o sofrimento da mulher". (Visitante 22)

O medo do desconhecido também foi identificado nos relatos dos visitantes da exposição. Onde percebemos que muitas das informações obtidas pelos visitantes apresentavam um caráter superficial. Sendo assim, a exposição ampliou o leque de informação desse visitante.

"Parto natural igual a medo, porém o melhor para o bebê e para a mãe". (Visitante 19)

"As imagens em si podem até ser fortes ou até chocar, porém é o natural da vida". (Visitante 20)

"Assustador". (Visitante 01)

Atividade acadêmica informativa como estratégia de empoderamento da população

A construção da terceira categoria temática confluiu do agrupamento de três subcategorias: elogios sobre a atividade acadêmica; a fotografia como ferramenta de informação e empoderamento; sugestão de extrapolar os muros da Universidade.

Fica evidente o fato que a exposição semeou dentro de muitos visitantes o verdadeiro sentido do evento: expor de várias formas o Parto Humanizado.

> *"Lindo! Ótima oportunidade poder conhecer melhor o cenário de um parto humanizado". (Visitante 09)*

> *"Achei a exposição criativa e bem demonstrada no que diz respeito as formas de dar à luz". (Visitante 06)*

Mesmo que houvesse preconceito e falta de informação por parte de alguns visitantes, a exposição por ter passado também na universidade, contribuiu para que os acadêmicos reconhecessem o parto natural como algo mais palpável e possível.

> *"Interessante, importante para minha formação, construtivo". (Visitante 05)*

Foi importante no momento da construção do cenário da exposição envolver uma variedade de formas de ensino para que desta forma houvesse uma maior aproximação com a realidade e maior impacto.

> *"Gostei muito do espaço. Muito importante envolver a arte em forma de fotografia para o entendimento da essência do cuidado na enfermagem obstétrica" (Visitante 02).*

A arte é reveladora e a fotografia foi uma das ferramentas utilizadas para que o cenário ganhasse ainda mais vida, para que, deste modo o objetivo da exposição fosse alcançado.

> *"Achei impactantes as fotos". (Visitante 03)*

> *"Um espaço com belas fotos desse momento tão especial que é parir em seu domicílio". (Visitante 08)*

O reconhecimento das pessoas em relação à relevância da exposição foi de suma importância para a confecção desse trabalho. Pois, os visitantes perceberam a necessidade de uma aproximação com novas realidades sob a ótica do parto.

> *"Em era de parto cesárea, o espaço traz uma amostra... Bem interessante de parto natural". (Visitante 04)*

Ainda na terceira categoria, identificamos no relato dos visitantes a importância da universidade extrapolar seus muros. Entendendo a universidade como um espaço de aprendizagem, produção de conhecimento e disseminação de saberes, educação e cultura de forma construtiva da cidadania como um direito, fez-se necessária a procura de novos cenários para a exposição: Espaço Parir Itinerante.

Expandir conhecimento para além da universidade é de suma importância para que as pessoas tenham acesso a informação e promoção da saúde.

> *"Muito legal a exposição para as pessoas saberem os seus direitos e se sentirem mais seguras e felizes em um momento tão especial". (Visitante 23)*

Realizar este projeto de uma forma intersetorizada acabou tornando o trabalho mais rico e por sua vez alcançou áreas que hoje necessitam de educação continuada e de qualidade, de uma forma didática e interessante aos olhos cansados de profissionais embriagados pelo cotidiano.

> *"Que novas exposições ocorram para divulgar esse belo trabalho da enfermagem obstétrica". (Visitante 24)*

Discussão

O parto humanizado respeita a mulher e suas individualidades neste momento de grande importância para ela e sua família. Através de uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas, levando em consideração o processo fisiológico do parto, o corpo feminino, os aspectos culturais, psicológicos e sociais do nascimento (FEITOSA; PEREIRA; SOUZA; FREITAS; CABRAL; SOUZA, 2017).

A exposição foi marcante para os visitantes no tocante a humanização da assistência ao parto, pois foi apresentada uma gama de tecnologias de cuidado para uso durante o trabalho de parto, como também a essência de um parto natural. Compuseram o cenário da exposição tecnologias não invasivas para o alívio da dor, a piscina, a bola suíça como exercício para o trabalho de parto, penumbra, dentre outros artigos e métodos expostos que envolveram os participantes no modelo assistencial humanizado (BRASIL, 2017).

Estudos sobre tipos de parto avaliam as percepções das mulheres sobre suas experiências e revelam que o parto é uma experiência única e que todos os aspectos devem ser respeitados não importando o tipo de parto escolhido, desde que o protagonismo seja preservado, mantendo a integralidade e a individualidade de cada ser humano (MOURA; SILVA; MELO; LOPES; MOREIRA, 2017).

O parto pode ser classificado e expressado de diversas formas, mediante os sentimentos tais como: agonia, medo, terror, sofrimento pela dor, dentre outros estudos relatados. São impressões que as pessoas vêm trazendo ao longo da história de vivências do trabalho de parto e parto dentro no universo psicossocial de culturas e grupos.

A dor em seu aspecto físico é um mecanismo de expressão fisiológica de defesa, a uma condição não agradável, o que se torna um fator intimamente ligado no que se refere à interpretação emocional e social de cada cultura (MOURA; SILVA; MELO; LOPES; MOREIRA, 2017).

Mediante aos estudos e observação, muitos são os fatores implicantes para que esse momento se torne algo distante do verdadeiro sentido da maternidade. A desinformação explicita caminhando junto com a assistência obstétrica deficiente, a mídia e os relatos de outras mulheres, servem como ferramentas para que a mulher não se sinta segura e apta para a parturição (VARGENS; NUNES; SILVA; PROGIANTI, 2016). Ou seja, o medo de não suportar o sofrimento, de prejudicar o bebê ou a própria pressão no que tange a representação social feminina nos tempos modernos, facilitam para que sentimentos antagônicos ao belo e ao natural sejam vividos (SOUZA; SOARES; QUITETE, 2019).

O universo obstétrico e suas particularidades, possibilitam subsídios para uma reflexão teórico-prática, no que diz respeito ao ensino aprendizagem no âmbito das atividades acadêmicas. Devem-se desenvolver estratégias pedagógicas para um melhor aproveitamento do conteúdo de ensino nas Universidades, com valorização do fazer em detrimento do saber pensar. Nesse sentido, pensar a educação como um exercício coletivo de criatividade individual e valorização das experiências (MARI; PARTLLI, 2019).

Estima-se então, que estratégias de ensino possam formar uma teia de conhecimentos, ampla e profunda, no qual discentes e docentes possam discutir entre si diversas possibilidades de um novo pensar e agir a partir deu um problema ou situação. A fim de que a população seja uma das esferas que se beneficiarão com o aperfeiçoamento do pensamento crítico- reflexivo da esfera acadêmica. Para que se tornem instrumentos de suprimento das necessidades da população e servir de incentivo à autonomia para escolher ou recusar procedimentos referentes ao seu corpo, mantendo em prioridade, o seu bem estar (MARI; PARTLLI, 2019).

Uma estratégia bastante eficaz que está sendo explorada cada vez mais no contexto do ensino-aprendizagem é o uso da fotografia como veículo preciso de observação. A fotografia está sendo muito bem usado na compreensão de experiências vividas por paciente, para pesquisa, estudo da comunicação entre profissional e cliente e dentre outros. Favorecendo assim uma compreensão mais integral e holística do objeto de estudo. Esta técnica possibilita a apreciação do senso crítico a partir de detalhes, que poderiam ser imperceptíveis (GALVÃO; ALEXANDRE; DANTAS, 2015).

Numa visão holística sobre a saúde da mulher e modelo assistencial da obstetrícia, faz-se notória a apresentação dessa realidade da humanização do parto e nascimento, numa quebra de paradigma e redescoberta das dimensões saudáveis e da beleza da experiência do parto.

Conclusão

A atividade acadêmica levou a reflexão e informação sobre atenção ao parto e nascimento em diversos cenários além da universidade. Tantos os profissionais de saúde como os futuros profissionais são disseminadores deste conhecimento adquirido ao longo da universidade. A exposição foi bem aceita e serviu como uma estratégia de ensino aprendizagem, pois permitiu aos visitantes uma visão ampla do modo de nascer, mostrando uma forma de parir que poucos conhecem como o parto domiciliar planejado e o trabalho das enfermeiras obstétricas.

A propagação de conhecimentos e informação sobre as diversas formas de parir é fundamental para uma escolha mais consciente por parte da mulher e de sua família. Sobre como desejam viver este momento, assim como resgatar dos profissionais que atuam nessa área a importância de uma assistência mais humanizada.

Outro ponto relevante, a utilização da fotografia como instrumento de ensino, possibilitou aos visitantes um contato real com a essência do parto e sua significação, associando o parto à natureza feminina, ao belo e até mesmo ao desconhecido. A sensibilização dos visitantes acerca das vivências do nascimento presentes na exposição se deu pela aproximação com a prática humanizada, em que a mulher está no centro do cuidado, sendo dona de seu corpo, sua prole e protagonista desse evento único e transcendental.

Outro aspecto que ficou evidente nos relatos foi a surpresa dos visitantes, o encantamento e ao mesmo tempo o medo do desconhecido. Acredita-se que esses aspectos sejam em decorrência da falta de informação e distanciamento da realidade exposta no Espaço Parir Itinerante e a realidade institucional vigente.

Ao difundir conhecimentos sobre outras formas de parir é possível desmitificar algumas informações já vistas pelos visitantes e trazê-los para perto dessas práticas, onde a mulher conhece seus direitos e pode escolher pelo seu parto, sendo respeitada e amparada pelos profissionais de saúde que irá acompanhá-la. Propagar esses conhecimentos é fundamental para uma escolha consciente das mulheres, bem como a sensibilização dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.

Sugere-se uma interdisciplinaridade de saberes e de cenários de aprendizagem sobre saúde da mulher, ligados a comunidade, bem como um processo de educação continuada com as equipes nos centros obstétricos para criar modelos de respeito à natureza feminina e fisiologia do parto, condutas e rotinas que levem em conta a integralidade da mulher e de sua família, seus anseios e o estímulo à reflexão da importância da atenção humanizada ao parto.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BITTENCOURT, S.D.A.; DOMINGUES, R.M.S.M.; REIS, L.G.C.; RAMOS, M.M.; LEAL, M.C. Adequacy of Public Maternal Care Services In Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, p.120, 2016. Disponível em https://reproductive-healthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0229-6. Acesso em: 22 abr. 2020).

BRASIL. **Ministério da saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Ministério Público de Pernambuco**. Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. 34 p. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

FEITOSA, R.M.M.; PEREIRA, R.D.; SOUZA, T.J.C.P.; FREITAS, R.J.M.; CABRAL, S.A.R.; SOUZA, L.F.F. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. **Revista de Pesquisa**: **Cuidado é Fundamental** Online v. 9, n. 3, p. 717-26, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5502. Acesso em: 22 abr. 2020.

GALVÃO, M.T.G.; ALEXANDRE, H.O.; DANTAS, P.B. Uso da fotografia no processo do cuidar: tendências das ações de enfermagem. **Rev. Ciencia y Enfermeria XIX.** v.19, n. 3, p. 31-9, 2013.

MARIM, T.D.; PARTELLI, A.N.M. Determinantes sociais em saúde na ótica de adolescentes: foto voz. **Rev Enferm UFPE on line**. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239114. Acesso em: 22 abr. 2020.

MOUTA, R.J.O.; SILVA, T.M.A.; MELO, P.T.S.; LOPES, N.S.; MOREIRA, V.A. Birth plan as a female empowerment strategy. **Rev Baiana Enferm**. v. 31, n. 4, 2017. Disponível em: https://10.18471/rbe.v31i4.20275. Acesso em: 22 abr. 2020.

PEREIRA, S.B.; DIAZ, C.M.G.; BACKES, M.T.S.; FERREIRA, C.L.L.; BACKES, D.S. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.71, n. 3, p.1393-9, 2018.

SALES, J.L.; QUITETE, J.B.; KNUPP, V.M.A.O.; MARTINS, M.A.R. Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso. **Rev Fun Care Online**. n.12, p.107-13, jan/dez 2020. Disponível em: DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7092. Acesso em: 22 abr. 2020.

SOUZA, R.M.; SOARES, L.S.; QUITETE, J.B. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **J. Res.: fundam. Care**. v. 6, n. 1, p. 118-31, 2014.

VARGENS, O.M.C.; NUNES, S.; SILVA, C.M.; PROGIANTI, J.M. Procedimentos invasivos no cuidado à parturiente sob a perspectiva de gênero. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 24, n. 6, 2016. Disponível em: DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15066. Acesso em: 22 abr. 2020.

Capítulo 32

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL: REFLEXÃO TEÓRICA

Danielle Leite de Lemos Oliveira[1]
Maiza Claudia Vilela Hipólito[2]

RESUMO: A Estratégia Saúde da Família se tornou uma das principais políticas de saúde, auxiliando na redução de indicadores negativos de saúde e reestruturação do Sistema Único de Saúde. Diante disto, objetivou-se apresentar reflexão teórica sobre a relação entre a Estratégia Saúde da Família e a redução na taxa de mortalidade infantil, a partir das ações fortalecidas pelas equipes de Saúde da Família, a saber: assistência ao pré-natal, incentivo à amamentação, aumento da cobertura vacinal e visita domiciliária. O estudo mostrou que a política de saúde apresentada é fator impactante na diminuição da taxa de mortalidade infantil.
Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Mortalidade Infantil; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The Family Health Strategy has become one of the main health policies, helping to reduce health indicators and restructure SUS (Sistema Único de Saúde – Unified Health System). Therefore, the objective of the study is to present a theoretical reflection between the Family Health Strategy relationship and reduce infant mortality rates, based on actions strengthened by the Family Health teams: prenatal care, breastfeeding incentives, increased vaccination coverage and home visits, which are directly related to the reduction of mortality rates childish. The study demonstrated that health policy is an impacting factor in reducing infant mortality rates.
Keywords: Family Health Strategy. Infant Mortality. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

"A saúde é um direito fundamental", é o que afirma a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em 1978 quando a atenção primária foi discutida com maior ênfase na história. O mesmo documento trouxe a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (FACCHINI, 2018).

A atenção primária foi definida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde como o primeiro nível de contato dos sujeitos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, sendo, assim, o início de um processo de saúde continuado, abrangendo outros níveis de atenção (GIOVANELLA *et al*., 2019).

No Brasil, após essa Conferência Internacional e a Reforma Sanitária, iniciada no final dos anos de 1970, deu-se início ao processo de reestruturação do sistema de saúde, surgindo, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), como proposta de reorganização da saúde nacional.

[1] Enfermeira, graduada pela Universidade Nove de Julho de São Paulo, Especialista em *Design* Instrucional, Saúde da Família e Docência para o Ensino Superior. Mestre pela FEnf/UNICAMP, na área de Tecnologia e Inovação no Cuidado em Saúde e Enfermagem. Doutoranda na mesma faculdade. Docente na UniMetrocamp/Campinas, ministrando aulas na área de Saúde Coletiva, Bioestatística e Fundamentos de Enfermagem. Bolsista CAPES. Instrutora de treinamentos em Simulação Clínica pela SimEdu. E-mail: danielle.lemos@simedu.com.br

[2] Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual de Minas Gerais, Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Docência para o Ensino Superior. Mestrado e Doutorado pela FEF/UNICAMP, na área de atividade física adaptada. Docente no SENAC/Campinas e na Faculdade Municipal Professor Franco Montoro, ministrando aulas na área de Saúde da Mulher e Pronto Atendimento. E-mail: maizavilela@yahoo.com.br

Desde então, criam-se programas com objetivo de atender ao princípio de integralidade das ações e demais princípios adotados pelo SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Em 1994, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), como forma de consolidar a reestruturação vigente no Brasil, e, a partir de então, tornou-se a principal estratégia para mudança do modelo assistencial e ampliação do acesso à atenção primária. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, inaugurou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018; CUNHA *et al*., 2019).

No documento "Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial", alguns dos objetivos da implantação deste modelo são: prestar assistência de saúde integral contínua e de boa qualidade às necessidades da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde; contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde-doença; fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania e, portanto, expressão de Qualidade de Vida (QV); e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997; COSTA, 2009).

A ESF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se alicerçam sobre três pilares: o grupo (família), o território (regionalização) e a responsabilização, caracterizados pelo trabalho em equipe (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).As diferenças entre o método da ESF e as ações da atenção primária tradicional fazem crer que a presença desta política de saúde pode influenciar positivamente a melhora da QV e saúde da comunidade, por se fazer mais próxima a relação entre profissional de saúde e população, bem como o vínculo médico-indivíduo. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) considera a ESF como prioritária entre as políticas de saúde, apontando melhoria de vários indicadores de saúde, dentre estes, o de Mortalidade Infantil (BRASIL, 2001).

A redução dos índices de mortalidade infantil é discutida no Brasil há algum tempo. Em 1995, lançou-se o Programa de Redução de Mortalidade Infantil (PRMI), nesta data, o governo inseriu na agenda política o problema da sobrevivência infantil. Este Programa teve como objetivo a redução dos óbitos infantis e a melhoria da situação de saúde de crianças, por meio da articulação intersetorial (HARTZ; SILVA, 2005).

Reduzir a mortalidade infantil consta no III Eixo de Prioridades do Pacto pela Saúde, que institui como meta: reduzir a mortalidade pós-neonatal em 6,9% e diminuir em 4,3% a mortalidade neonatal (BRASIL, 2008).

De acordo com dados obtidos na base de dados do DataSUS, pelo Painel de Monitoramento Infantil e Fetal, em 2019, no Brasil, foram a óbito 23.282 crianças antes de completarem um ano de vida. Em contrapartida, em 1996, dois anos após a criação da ESF, esse número foi de 53.133, ou seja, em 23 anos, houve redução de quase metade desse número (BRASIL, 2020).

Em estudo, Macinko e Mendonça (2018) observaram que a implementação da ESF, no Brasil, reduziu a mortalidade infantil e adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária, melhorando a equidade do acesso e reduzindo hospitalizações desnecessárias.

Diante desse cenário e considerando a enfermagem como protagonista nas ações de saúde em comunidades, propôs-se a realização da presente pesquisa que objetivou apresentar reflexão teórica sobre a relação entre a Estratégia Saúde da Família e a redução na taxa de mortalidade infantil, a partir das ações fortalecidas pelas equipes de Saúde da Família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Costa *et al*. (2019) relatam que o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) mede o risco que uma criança nascida viva tem de morrer antes de completar um ano de idade, calculado pelo número de óbitos de crianças menores de um ano, dividido pelo número de nascidos vivos, na mesma área e período, multiplicado por 1.000, sendo:

$$CMI = \frac{\text{nº de óbitos menores de um ano} \times 1.000}{\text{nº de nascidos vivos}}$$

A mortalidade infantil pode ocorrer em dois períodos distintos. O primeiro se mortalidade infantil neonatal que se refere aos óbitos ocorridos nas primeiras quatro semanas de vida, após o nascimento (até a criança completar 27 dias). O segundo período ocorre entre o 28º dia de vida e o momento em que a criança completa um ano de idade. Este segundo período denomina-se mortalidade infantil pós-natal ou tardia, cujas condições que determinarão as causas da mortalidade infantil tardia se comportarão de acordo com a população estudada (BRASIL, 2009).

O CMI demonstra a importância da QV e assistência do Sistema de Saúde no país, por isso é tão salutar o estudo deste indicador de saúde. Conforme Martins e Velásquez-Meléndez (2004), os determinantes para mortalidade neonatal são:

- Determinantes distais – socioeconômicos: relacionados à baixa escolaridade materna e baixa renda familiar;
- Determinantes intermediários – assistenciais, ou seja, ausência de assistência pré-natal, atenção deficiente ao parto e carência de unidades terciárias para atender aos recém-nascidos de alto risco;
- Determinantes proximais – biológicos: relacionados ao recém-nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer, Apgar < 7, gestação múltipla; e relacionados à mãe: idade > 35, doenças prévias.

Os índices de mortalidade infantil tardia estão intimamente relacionados aos determinantes ambientais ou socioeconômicos (MAIA; SOUZA; MENDES, 2020), em que reside o recém-nascido, situação na qual o agente comunitário pode intervir, com ações de educação sanitária periódicas. Por razões assim, nos municípios em que a ESF já adentrou, espera-se a melhora de diversos indicadores, sendo dos mais importantes o CMI (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Identificar um ou mais fatores de risco a que família e o recém-nascidos podem estar expostos é de extrema importância, para que abordagem e intervenção sejam dispensadas pela equipe de maneira eficaz, com vistas à prevenção da morbimortalidade infantil (MAIA; SOUZA; MENDES, 2020), pois a ESF promove ações que combatem grande parte dos determinantes e das causas da mortalidade infantil.

Ações fortalecidas pelas equipes da ESF e a redução dos índices de mortalidade infantil

Assistência pré-natal

De acordo com Maia, Souza e Mendes (2020), a análise evidenciou que o baixo número de consultas de pré-natal esteve relacionado ao óbito infantil, independentemente do nível de completude do serviço nas capitais estudadas. A importância do controle pré-natal nos resultados da gestação é relacionada aos amplos objetivos, pois, mediante acompanhamento rigoroso, conseguem-se identificar as situações de risco precocemente.

A gestante deverá participar, no mínimo, de seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro, duas no segundo e três, no terceiro trimestre de gestação, com a garantia de acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro e realização de exames laboratoriais (BRASIL, 2012).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e infantil (BRASIL, 2006).

O vínculo estabelecido entre a equipe da ESF e gestante se constitui fonte de grande satisfação e determinante na adesão integral ao acompanhamento pré-natal, sendo o ACS o grande elo dessa corrente (BRASIL, 2012).

Incentivo à amamentação

O incentivo ao aleitamento materno também é fortalecido com a presença da ESF, pois, como se sabe, o leite materno representa o melhor alimento para criança nos primeiros meses de vida. Estudo desenvolvido, em 2001, demonstrou que o risco de óbito por diarreia para crianças desmamadas precocemente foi 14,2 vezes maior do que o de crianças em aleitamento materno sem suplemento lácteo, e o risco de óbito por doenças respiratórias foi 3.6 vezes maior (HUFFMAN; ZEHNER; VICTORA, 2001). Assim, o estímulo à prática da amamentação é a estratégia mais exequível de redução da mortalidade infantil, sendo comprovada pelas experiências que a literatura registra (ESCUDER; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003).

As ações de promoção ao aleitamento materno acontecem por meio da orientação individual, durante a consulta ou na visita domiciliária, em grupos de educação em saúde,

realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou comunidade, com grande aceitação de puérperas, pois é notória a adesão à prática, devido ao vínculo estabelecido entre equipe, mãe e família, tendo mais uma vez a participação fundamental de agentes comunitários, por ser mais envolvido com a comunidade e as atividades de promoção ao aleitamento materno, funções e orientações habituais que a estes competem (COSTA *et al*., 2019).

Aumento da cobertura vacinal

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais de saúde infantil, representa o procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. De acordo com Starfield (2002), o declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreviníveis, nas décadas recentes, no Brasil e em escala mundial, serve de prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações, por intermédio das vacinas.

De forma semelhante, Guimarães, Alves e Tavares (2009) afirmam que a ESF realiza ações de imunização efetiva, pois, em estudo realizado em Olinda, Pernambuco, identificou-se que, após a adoção da estratégia no município, a cobertura vacinal aumentou significativamente e houve a redução notória das taxas de internação por infecções respiratórias agudas, em menores de cinco anos.

Em estudo realizado em 2003, Santos *et al*. (2004) concluíram que 100% das UBS pesquisadas dispunham de todas as vacinas, faziam esquema vacinal completo e apresentavam envolvimento multiprofissional; 98% efetuavam busca de faltosos e 70% realizavam educação em saúde, confirmando a efetividade das ações de imunização pela ESF. Destaque para busca de faltosos, atividade desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde que tem apresentado grande efetividade no combate ao abandono dos esquemas vacinais.

Visita domiciliária

O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde, como saneamento e moradia, é de singular relevância no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades (AZEREDO *et al*., 2007).

Para Quirino *et al*. (2020), é por meio da visita domiciliar que o profissional de saúde poderá realizar ações de educação em saúde, avaliar as condições socioambientais e habitacionais em que vive o indivíduo e respectiva família, bem como proceder à busca ativa, planejar e executar as medidas assistenciais adequadas para concretizar atos de saúde centrados no cuidado e na melhora das condições de saúde da população.

A visita domiciliar também se constitui o momento em que os ACS das equipes, que adentram periodicamente aos lares, verificando as carteiras de vacinação, podendo, desta forma, colaborar na busca de faltosos, reintegrando-os ao programa de imunização local, além de realizar

a busca ativa de gestantes faltosas no acompanhamento pré-natal e identificar determinantes de risco para saúde da criança recém-nascida e comunicar aos demais profissionais as situações de maior risco (OLIVEIRA; RAMOS; 2007; BRASIL, 2018).

CONCLUSÃO

O reconhecimento dos efeitos da ESF sobre a mortalidade infantil permite perceber que esta política de saúde se fundamenta na lógica de evitabilidade dos óbitos redutíveis pelas ações de atenção primária, quais sejam: garantia da assistência pré-natal; incentivo à amamentação; aumento da cobertura vacinal; e prática da visita domiciliária.

Os autores pesquisados se posicionaram de maneira positiva ao apresentar dados que comprovaram que a presença da Estratégia Saúde da Família é fator impactante na redução dos índices de mortalidade infantil, quando adotado por município. Diante de tais constatações, pode-se considerar que a presença dessa estratégia é fator impactante na redução da taxa de mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M., MAIA, T. M.; MARQUES, E. M. **Avaliação das condições de habitação e saneamento:** a importância da visita domiciliar no contexto no Programa de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade**. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia Prático do PSF**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.** Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Indicadores de Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cursos/mortalidade_epid.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. **Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições [...] do Agente Comunitário de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.** Brasília, DF. 2018. Disponível em:

http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108. Acesso em 31 de julho de 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento de Mortalidade Infantil e Fetal. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/. Acesso em 29 de julho de 2020. Acesso em: 28 jul. 2020.

COSTA, F.S. et al. Promoção do aleitamento materno no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Rede de Cuidados em Saúde,** v.13, 2019. Disponível em: http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/5546/2949. Acesso em: 27 jul. 2020.

COSTA, G.D. *et al*. Saúde da família: desafios no programa saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**., v.1, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf. Acesso em: 30 de julho de 2020.

CUNHA, C.R.H. *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n.25, v.4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019. Acesso em 28 jul. 2020.

ESCUDER, M. M. L.; VENANCIO, S. I., PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n.37, v.3, 2003. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/268289133.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

FACCHINI, L.A. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Portal EPSJV/Fiocruz.** 2018. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios. Acesso em: 30 jul. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al*. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.3, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219. Acesso em: 29 jul. 2020.

GOMES, C.B.S.; GUTIÉRREZ, A.C. SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2020.
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2020.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 jul. 2020.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

HUFFMAN, S. L.; ZEHNER, E. R., VICTORA C. **Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries?** Midwifery, v.17, n.2, p.80-92, 2001.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.42, n.spe, pp.18-37, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 jul. 2020.

MAIA, L.T.S.; SOUZA, W.V.; MENDES, A.C.G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, n.36, v.2, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000205012&script=sci_arttext. Acesso em: 27 jul. 2020.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.23, n.6, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903. Acesso em: 30 jul. 2020.

QUIRINO, T.R.L. *et al*. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v.8, n.1. 2020. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50869. Acesso em 31 jul. 2020.

SANTOS, D. M., DUBEUX, L. S., FRIAS, P. G., VANDERLEI, L. C. **Avaliação normativa da ação programática de imunização nas equipes de saúde da família de Olinda**, 2033. In: VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Livro de Resumos [CD-ROM]. Olinda: ABRASCO,2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura / Ministério da Saúde, 2002.

Capítulo 33

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL

EVOLUTION OF OBSTETRIC NURSING IN BRAZIL

Ana Pedrina Freitas Mascarenhas [1]
Aldaires Peixoto da Silva[2]
Diógenes de Medeiros Araújo [3]
Juliana Maria Azevedo Pessoa da Silva [4]
Klessiane Mendes de Fontes[5]
Luana Vitória da Costa Silva [6]
Mariana Pereira Barbosa Silva[7]

RESUMO- A adoção de práticas baseadas em evidências configura importante passo para a efetiva qualificação e trabalho das enfermeiras na atenção obstétrica brasileira. Neste cenário, objetivou-se caracterizar a evolução histórica da Enfermagem Obstétrica no Brasil por meio de uma revisão integrativa de literatura, realizada no mês de abril de 2020. A busca foi realizada em bases eletrônicas totalizando 13 artigos que evidenciaram avanços consideráveis nesta área de atuação e principais contribuições para a gestão do cuidado da Enfermagem obstétrica. Na história do percurso da enfermagem obstétrica no Brasil, observam-se a criação de leis e outros mecanismos que asseguram o exercício da profissão, entendendo o quanto essa categoria cresceu e conquistou autonomia nos espaços de assistência obstétrica, onde o profissional deve ser qualificado, detentor de conhecimento teórico e prático para prestar um cuidado baseado em evidências, tendo sua formação como especialista na área.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica. História. Saúde da Mulher.

ABSTRACT- The adoption of evidence-based practices is configured as a crucial step for the effective qualification and work of nurses in Brazilian obstetric care. In this scenario, the objective was to characterize the historical evolution of Obstetric Nursing in Brazil by means of an integrative literature review, carried out in April 2020. The search was carried out on an electronic basis totaling 13 articles that evidenced considerable advances in this area of performance and main contributions to the management of obstetric nursing care. In the history of obstetric nursing in Brazil, the creation of laws and other mechanisms that ensure the exercise of the profession is observed, understanding how much this category has grown and gained autonomy in obstetric care spaces, where the professional must be qualified, holder theoretical and practical knowledge to provide evidence-based care, with training as a specialist in the field.
KEYWORDS: Obstetric Nursing. Story. Women's Health.

Introdução

A assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, de uma forma geral, teve início com mulheres leigas que exerciam esta atividade de forma empírica baseadas na vivência do dia a dia e no conhecimento repassado de mãe para filha ou de mulher para mulher, estas eram conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras leigas. (GREGÓRIO *et al*, 2012)

A formação de parteiras no Brasil foi oficializada a partir de 1832, nas Academias Médico-Cirúrgicas, por meio de decreto governamental, do Rio de Janeiro e da Bahia, sendo denominado de “Curso Particular para Parteiras”, mesmo sem a determinação legal acerca das disciplinas oferecidas nesses cursos, sendo reconhecida então como uma carreira de caráter liberal. (MOTT, 2005)

Não obstante, a base epistemológica da Enfermagem enquanto profissão remete a situações dificultadoras, com um trabalho de sacrifício, influenciado por diferentes contextos,

exercido pelos mais variados agentes, dentre eles, mulheres, escravos e religiosos ganham destaque. (SOUZA *et al*, 2010)

A enfermagem recebe maior destaque a partir dos trabalhos de Florence Nightingale na Guerra da Criméia, sendo ela considerada a criadora da Enfermagem moderna, pautada em componentes como honestidade, sobriedade, religiosidade e devoção, a habilidade de observação minuciosa e a delicadeza, como atributos de uma enfermeira confiável, fizeram com que esta fosse considerada um modelo de enfermeira em todo mundo. (COSTA *et al*, 2009)

A primeira escola de Enfermagem foi criada em 1890; em 1931 o exercício legal da profissão foi regulamentado pelo Decreto Nº 20.109 de 15 de junho de 1931. A Lei Nº 2.604/55, que "regula o exercício da enfermagem profissional" engloba agora todos os que exerciam atividades de enfermagem, classificando-os em categorias distintas que incluíam as enfermeiras, as obstetrizes ou enfermeiras obstétricas e todo o pessoal auxiliar, menos os atendentes. (KURCGANT, 1976)

A Enfermagem Obstétrica, regulamentada pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, no que diz respeito às atribuições do Enfermeiro Obstetra (COFEN/86), viveu ao longo dos anos, avanços científicos, que refletiram na redução do número de óbitos maternos e infantis, na qualificação dos serviços de saúde e na assistência à mulher no processo parturitivo, contribuindo para melhoria da saúde materna. (REIS *et al*, 2015)

Entendendo que o trabalho das Enfermeiras Obstetras, com adoção de práticas de cuidados baseadas em evidências, se configura como um dos passos mais importantes para a efetiva qualificação na atenção obstétrica brasileira, considerando a relevância da temática, surgiu o interesse em desenvolver um estudo tendo como fio condutor a seguinte questão norteadora: quais os principais marcos da evolução da Enfermagem Obstétrica no Brasil? Como também, caracterizar os artigos que abordem essa temática e sumarizar as principais contribuições para a gestão do cuidado de Enfermagem em obstetrícia, encontradas em cada artigo.

Metodologia

O estudo foi realizado a partir da elaboração de uma revisão integrativa da literatura, a fim de elencar a bibliografia com diferentes abordagens metodológicas sobre a evolução da Enfermagem obstétrica no Brasil, com foco na evolução dessa especialidade. Para executar a revisão, foi cumprido um percurso metodológico norteador constituído por seis segmentos segundo Marcone & Lakatos (2010): 1. Identificação do tema; 2. Seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 3. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragens e busca na literatura; 4. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 5. Avaliação dos estudos incluídos; 6. Interpretação dos resultados, apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A temática escolhida e a questão a ser respondida abordaram o conhecimento científico produzido, a história e evolução da enfermagem obstétrica. Nas publicações da área da saúde, foram investigadas as evidências disponíveis na literatura, discutidos os principais aspectos

relacionados ao objeto de estudo. A coleta de dados aconteceu no mês de abril de 2020, objetivando selecionar as publicações para a análise e posterior estudo. Utilizou-se das plataformas da biblioteca virtual em saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), base de dados em enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), utilizando os descritores: Enfermagem Obstétrica, História, Saúde da Mulher.

Os critérios de inclusão foram artigos científicos disponíveis nos principais sites de pesquisa científica da internet, na íntegra, com acesso gratuito, nos idiomas português, espanhol ou inglês e que abordassem a Enfermagem Obstétrica, com sua história e evolução no Brasil. De acordo com os critérios, entre os trabalhos destacados, foram excluídos aqueles que não responderam ao objetivo desta revisão, além de capítulos de livros, manuais, editoriais, resenhas, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações. Não houve estabelecimento de limite quanto ao ano de publicação dos artigos. A seleção, leitura e avaliação dos estudos foram realizadas de forma criteriosa, por meio de títulos, resumos e, por fim, da íntegra, para agrupar os estudos que atendiam aos critérios de inclusão citados. O método utilizado para o agrupamento dos dados foi um instrumento contendo informações sobre título do periódico, autores, ano de publicação e título do periódico.

A síntese final foi apresentada na forma descritiva, considerando os objetivos, resultados e conclusões obtidos em cada estudo. O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos primários transcorreu em três etapas. Na primeira etapa, foram 120 artigos encontrados, dos quais foram excluídos 68 artigos, por não atenderem as necessidades da pesquisa; na segunda etapa, realizou-se a seleção de 58 artigos após a leitura dos títulos e resumos; na terceira etapa, a da leitura criteriosa e na íntegra destes artigos, foram eliminados 45, por não responderem à questão norteadora desta revisão. Portanto, constam desta amostra final 13 artigos pertinentes.

Resultados

Para melhor apresentação dos resultados desta pesquisa, os artigos selecionados foram apresentados no quadro 01 considerando título do artigo, autores, ano de publicação e periódico.

Quadro 01 Caracterização dos estudos analisados, quanto ao título do artigo, autores, ao ano de publicação e periódico.

Artigo	Título	Autor (es)	Ano de publicação	Revista
1	Práticas obstétricas de uma parteira: contribuições para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente	Fabrizzio GC, *et al*	2019	RECOM
2	O processo de criação da associação brasileira de obstetrizes e enfermeiros obstetras	Mouta RJO, Progianti JM	2017	Texto Contexto Enfermagem
3	Conhecendo a constituição da relação saber-poder das enfermeiras em um	Gregório VRP, *et al*	2015	História da enfermagem: Revista eletrônica

	centro obstétrico			
4	Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil	Sena CD, *et al*	2012	REUSFM
5	História do cuidado à mulher na maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001)	Gregório VRP, Padilha MICS	2012	REBEN
6	Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)	Progianti JM, Porfírio AB	2012	Esc. Anna Nery
7	Escola de obstetrícia da Universidade de São Paulo: a história contada no livro de atas (1912-1970)	Riesco MLG, Tsunechiro MA, Leister N	2011	Texto Contexto Enfermagem
8	A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no Rio de Janeiro (1988-1992)	Progianti JM, Mouta RJO, Santos SP	2011	HERE
9	Formação da enfermeira obstetra na Universidade de Pernambuco, Brasil: 35 anos de história	Costa AANM*et at,*	2009	Acta Paulista de Enfermagem
10	As parteiras e o cuidado com o nascimento	Acker JIBV, *et al*	2006	REBEN
11	Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas	Asawa RH, Riesco MLG, Tsunechiro MA	2006	REBEN
12	Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920)	MOTT, ML	2001	Revista da Escola de Enfermagem da USP
13	Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira	RIESCO, M.L.G	1988	Revista latino-americana de enfermagem

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2020.

O quadro a seguir descreve as principais contribuições para a gestão do cuidado de Enfermagem em obstetrícia, encontradas em cada artigo.

Quadro 02: Principais contribuições para o cuidado de Enfermagem em obstetrícia.

ARTIGO	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
Práticas obstétricas de uma parteira: contribuições para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente	Como contribuições para a gestão do cuidado de Enfermagem, ressaltam-se práticas obstétricas que contribuíram para a humanização do parto e nascimento, para o encorajamento e empoderamento feminino, bem como para desfechos maternos e fetais positivos com práticas de segurança do paciente. Para tanto, foi possível constatar que, mesmo desconhecendo os aspectos relacionados à gestão do cuidado, a assistência prestada pela parteira sustentou-se nas dimensões do cuidado individual, familiar, profissional e sistêmico.
O processo de criação da associação brasileira de obstetrizes e enfermeiros obstetras1	Relata a criação da ABENFO- Nacional num cenário brasileiro de grandes transformações nos campos político, da saúde e da saúde da mulher, por enfermeiras obstétricas se organizaram, preservando sua memória, pois sem isso não haveria história. Nesse sentido, basta dizer que as interpretações da história da enfermagem, além de dar visibilidade aos não dominantes do campo da saúde, ajudam a compreensão do presente e consequentemente, nos orienta para as tomadas de decisão.
Conhecendo a constituição da relação saber-poder das enfermeiras em um centro	Responde ao questionamento do porquê do surgimento e da importância dos saberes das enfermeiras e como estes se transformam em ações positivas para os sujeitos

obstétrico	envolvidos dentro do campo de obstetrícia
Avanços e retrocessos da enfermagem Obstétrica no Brasil	O percurso da enfermagem no campo da obstetrícia, observam-se avanços consideráveis nessa área de atuação do enfermeiro no Brasil, sendo confirmado principalmente pela criação da lei do exercício profissional e pelos programas nacionais que incentivam a inserção de enfermeiros obstetras em várias áreas da saúde. Sua formação, como especialista, tem sido cada vez mais requerida, incentivada e confirmada pela diminuição da mortalidade materno-infantil no país.
História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001)	O fortalecimento da identidade das enfermeiras e sua contribuição para construir a profissão, demonstrando a sua participação ativa no processo sócio histórico, político e cultural em uma maternidade estudada. Essas práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras expressavam uma nova ordem e disciplina do cuidado e do desenvolvimento da Enfermagem como uma profissão de cuidado à saúde nos diferentes espaços e tempos históricos.
Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade alexander fleming (1998-2004)	As estratégias de luta simbólica utilizadas pelas enfermeiras contribuíram para a conquista de espaços que as distinguiram no campo pelo desenvolvimento de práticas humanizadas que estavam de acordo com seu *habitus*
Escola de obstetrícia da universidade de são paulo: a história contada no livro de atas (1912-1970)	As atas registram aspectos do seu funcionamento, como seleção e desempenho das alunas, exames, programas de ensino, mudanças no currículo, corpo docente, calendário escolar, revalidação de diplomas estrangeiros, movimento financeiro e outras questões disciplinares, administrativas e legais do curso. Pode-se inferir que o projeto original de criação da Escola estava "afinado" com o projeto mais amplo da elite médica e social.
A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no Rio de Janeiro (1988-1992)	As enfermeiras obstétricas embora possuidoras de um capital cultural diferente do médico não deixaram de conquistar, ocupar e permanecer no seu espaço de atuação do campo obstétrico.
Formação da enfermeira obstetra na Universidade de Pernambuco, Brasil: 35 anos de história.	A evolução histórica da experiência na formação das enfermeiras obstétricas vem demonstrar como a Universidade pode formar no corpo docente a consciência social de seu papel na melhoria da qualidade de vida de gestantes e conceptos, resgatando-lhes o direito do exercício da cidadania neste aspecto.
As parteiras e o cuidado com o nascimento	As parteiras realizavam seu trabalho com muita dedicação e empenho, cuja compensação, na maioria das vezes, dava-se pelo reconhecimento social e pela alegria do parto e nascimento saudáveis, entendendo o momento do nascimento descrito como sendo individual e único, podendo ser carregado de simbolismos, tanto para a mãe como para a pessoa que presta o cuidado. Dessa forma, entendemos ser este um objeto de contínuos estudos, nas mais diferentes abordagens.
Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas.	No contexto de crítica ao modelo altamente intervencionista de assistência e busca de revitalização das boas práticas no parto e nascimento, percebemos o ressurgimento do Curso de Obstetrícia, um curso não mais tutelado pela medicina e tampouco pela enfermagem sendo o momento de respeitar as lições da história.
Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920)	O artigo se detém nos primeiros cursos para formação de parteiras e na fiscalização da profissão, apontando que no início do século XX, já se pode perceber uma associação entre parteiras e enfermeiras, não apenas em alguns cursos para formação profissional, como também no cotidiano de trabalho. Passa a existir a expectativa de que a parteira fosse também enfermeira.
Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira	A representação social da enfermeira obstetra vem se formando ancorada no universo retificado de mudança na legislação de ensino.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2020.

Discussão

Os estudos delineados com diversificadas metodologias mostram a versatilidade de suas ideias, sendo possível identificar que as raízes da assistência à mulher durante o parto, permeiam entre parteiras, médicos e enfermeiras, sofrendo transformações sociais, culturais e políticas importantes ao longo dos séculos.

Na década de 1960, no contexto mundial, sob força do movimento feminista, questões relativas às políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna, direitos sexuais e reprodutivos, como aborto e esterilização foram analisadas além dos limites do saber dos médicos, como crítica reflexiva sobre as intervenções do modelo de assistência ao parto adotado por vários países e utilizadas na tentativa de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. (WHO, 1985)

Seguindo o movimento mundial, as práticas obstétricas intervencionistas consolidadas e desenvolvidas em maternidades e instituições hospitalares brasileiras, começaram a ser vistas como autoritárias, sem evidências científicas que fossem seguras e necessárias. (SCAVONE, 2004)

Os dados mostram que o início da atuação de parteiras, de forma empírica, foi oriundo da necessidade advinda das comunidades, que necessitavam de uma pessoa que atendesse a mulheres no ciclo gravídico-puerperal, passando a oferecer um cuidado aliado às vivências e experiências consolidadas, sendo reconhecida pelo importante papel desempenhado no cuidado à saúde daquelas pessoas. (RIESCO TSUNECHIRO, 2002)

A educação profissional das parteiras foi formalizada no Brasil, junto às escolas médicas, que controlaram sua formação até meados do século XX. Em 1832, surgiu o primeiro documento legal sobre o ensino de parteiras quando as Academias Médico - Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina. Anteriormente a esse fato, as parteiras deveriam ter posse de uma 'carta de examinação', cedida pelo Físico- Mor ou Cirurgião-Mor do Império e uma licença da Chancelaria. Até então todo o controle sobre o exercício dessa profissão era exercido pelos médicos (RIESCO & TSUNECHIRO, 2002), sendo Madame Marie Josephine Mathilde Durocher, a primeira parteira diplomada pelo curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1834, segundo Vieira, 1946.

Com a criação das maternidades, as parteiras diplomadas foram aproveitadas nesses estabelecimentos, passando a atuar de forma subordinada à autoridade médica. No final do século XIX, associação do trabalho da parteira e da enfermeira vinha sendo cogitada quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com essa medida, buscavam limitar sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida às enfermeiras, especialmente, no hospital. (RIESCO &TSUNECHIRO, 2002)

O ensino formal de enfermagem surge no Brasil em 1890, com destaque para o século atual, principalmente a década de 20. Com a reforma universitária de 1968, houve a absorção da profissão e formação obstetriz pela enfermagem, emergente enquanto profissão universitária. Com o currículo implantado em 1972, e que vigorou até 1994, a graduação em obstetriz foi extinta e as modalidades de formação passaram a ser a habilitado e especializado em enfermagem obstétrica, cursadas pelo enfermeiro já graduado. Na atualidade, a especialização se mantém como via para qualificação na área. (RIESCO, 1998)

No Brasil, a partir da década de 80, a Saúde das Mulheres procurou contemplar os campos da contracepção, aborto, pré-natal, parto, câncer de mama e de colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, dentro de um contexto marcado pela democratização, participação social, e com uma concepção mais humanitária e inclusiva nas políticas de saúde, base da Reforma Sanitária, que deu origem ao Sistema Único de Saúde, culminando na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. (SCHMALFUSS *et al*, 2015)

Segundo a Lei 7498/86 que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN/86), é atribuição do enfermeiro prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, fazer o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução do parto.

Desde então, as enfermeiras obstetras estão inseridas na estratégia para mudança no modelo de atenção obstétrico e neonatal do país. Em 2011, a Rede Cegonha vem como um programa com diferentes ações voltadas para a formação e capacitação de Enfermeiras Obstétricas nas modalidades de Residência, Especialização e Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica. Inserindo em suas normativas a atenção ao parto de baixo risco por enfermeiras obstétricas como um dos pilares da mudança de modelo obstétrico no Brasil, baseada nas melhores evidências científicas, trouxe o desafio de ampliar, a curto prazo, a disponibilidade destas profissionais aos serviços de atenção ao parto, tendo em vista a sua insuficiência no território nacional. (BRASIL, 2015)

A enfermeira, ao ser qualificada para uma assistência especializada, pode contribuir para a redução da ocorrência de distócias, sofrimento fetal e complicações pós-parto (Ferreira et al, 2009). Tendo as instituições formadoras desempenhado importante papel na seleção e capacitação de enfermeiras obstetras contando com financiamento público.

Outro aspecto de reconhecimento da importância da enfermagem obstétrica a ser considerado foi a inserção, na tabela de pagamento do SUS, do parto realizado pela enfermeira Obstetra (BRASIL, 2020), além disso, apesar da cultura cesarista que rege o Brasil, as Casas de Parto foram criadas como estratégia governamental de humanizar a assistência ao parto no país, sob a coordenação de Enfermeiras Obstétricas os Centros de Parto Normal (nome oficial) são ambientes para partos normais de baixo risco, com equipes capacitadas para lidar com situações de emergência. (BRASIL, 2000)

Estudo realizado por Campos *et al* (2016) aponta que a enfermeira obstétrica desenvolve diversas práticas de humanização do parto, como o direito a ter um acompanhante, orientar sobre o parto, orientar sobre as formas de relaxamento para alívio da dor, manter uma boa relação com a parturiente e seus familiares, respeitar a hora de ouro, faz com que a usuária valorize e respeite esse profissional.

A enfermeira obstétrica, com a utilização de tecnologia de cuidado, permite promover a humanização da assistência ao parto e nascimento respeitando as mulheres, além de promover um ambiente satisfatório para o cuidado nelas centrado. Essas tecnologias estão centradas em

técnicas não invasivas ao fisiológico do corpo da mulher no processo de gestar e parir conferindo saúde mental e física, fomentando a necessidade destes profissionais na equipe. (DUARTE *et al*, 2019)

Outro avanço para a classe é tocante à normativa 398/2015 que prevê o credenciamento de enfermeiros obstetras por operadoras de planos privados de saúde e hospitais credenciados. Ainda com foco no empoderamento da categoria para realização de partos, o Governo Federal lança em 2017 novas diretrizes para assistência ao parto normal de baixo risco no Brasil, possibilitando que o parto seja feito pela enfermeira obstetra, considerando que o acompanhamento da Enfermagem é essencial na humanização da assistência. (BRASIL, 2017)

É imprescindível e fundamental, a participação do enfermeiro obstetra como membro atuante da equipe de saúde no acompanhamento da gestação e parto de forma humanizada e baseada em evidência, colocando a gestante como o ser protagonista de suas escolhas.

Conclusão

Após análise das interpretações da história do percurso da enfermagem obstétrica no Brasil, observam-se avanços consideráveis nesta área de atuação, assegurados pela criação de leis e outros mecanismos que asseguram o exercício da profissão.

Para tanto o profissional deve ser qualificado, detentor de conhecimento teórico e prático no intuito de prestar um cuidado baseados em evidências, tendo sua formação como especialista na área.

Pode-se ainda refletir o processo de evolução da enfermagem obstétrica no campo de assistência direta ao parto, entendendo o quanto a enfermagem obstétrica cresceu enquanto categoria e a autonomia conquistada nos espaços de assistência obstétrica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 572, DE 1º DE JUNHO DE 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 04 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Manual de acolhimento e de classificação de risco em obstetrícia [manual na Internet]. Brasília: Coordenação de Gestão Editorial; 2014. Disponível em: http://www.saude.ba.gov. br/dae/ManualObstetricia.pdf. Acesso em: 05 abr 2020.

BRASIL. Portaria Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 04 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 51 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 04 abr 2020.

CAMPOS, N.F.; MAXIMINO, D.A.F.M.M.; VIRGÍNIO, N.A.; SOUTO, C.G.V. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança.** 2016;14(1):47-58. Disponível em: https://doi.org/10.17695/10.17695/issn.2317-7160.141a201647-58. Acesso em: 07 abr 2020.

Conselho Federal de Enfermagem. Lei Nº 7498 de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ): COFEn; 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 06 abr 2020.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; COSTA, E.; BOCK, L.F. El legado de Florence Nightingale: un viaje en el tiempo. **Texto & Contexto-Enfermagem**. 2009;18(4): 661-9. Disponível em:https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007. Acesso em: 05 abr 2020.

DUARTE, M.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; SOUZA, K.V.; PEREIRA, A.V; PIMENTEL, M.M. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enferm**. 2019; 24. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164. Acesso em: 12 abr 2020.

FERREIRA, S.L.; ROCHA M.M.S.; NUNES, I.M. Atuação de enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde (SUS-BA): estudo entre as egressas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica da EEUFBA. **Revista Baiana de Enfermagem.** 2009; 22(1) 23-32. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/1817. Acesso em: 08 abr 2020.

GREGÓRIO, V.R.P.; PADILHA, M.I.C.D.S. Historia del cuidado a la mujer en la Maternidad Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2012; 65(5), 767-774. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500008. Acesso em: 18 abr 2020.

KURCGANT P. Legislação do exercício de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 1976, 29(1): 88-98. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-71671976000100010. Acesso em: 08 abr 2020.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2010.

MOTT, M.L.B. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista Gênero**. 2005; 6(1). 117-140. Disponível em: https://doi.org/10.22409/rg.v6i1.200. Acesso em: 09 abr 2020.

REIS, T.R.; ZAMBERLAN, C.; QUADROS, J.S.; GRASEL, J.T.; MORO, A.S.S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 2015; 36(esp):94-101.Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393. Acesso em: 20 abr 2020.

RIESCO, M.L.G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 1998; 6(2) 13-15. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000200003. Acesso em: 17 abr 2020.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas.** 2002; 10(2) 449-459. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014. Acesso em: 15 abr 2020.

SCAVONE L. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais, São Paulo: UNESP, 2004.

SCHMALFUSS, J.M.; BONADIMAN P.O.B.; Prates, L.A. Cuidado de enfermagem na saúde da mulher adulta. In: Hammerschmidt KSA (Org). **Cuidado de enfermagem: Interfaces teóricas e práticas no ciclo vital do ser humano**. Curitiba: CRV; 2015.

SOUSA, F.E.M.; OLIVEIRA, E.N.; NUNES, J.M.; LOPES, R.E.; AMARAL F.G. Percepção de estudantes de enfermagem acerca da profissão**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** 2010; 11(4), 110-117. Disponível em: www.rev istarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a12v11n4.pdf. Acesso em: 13 abr 2020.

SOUTO, L.H.V. Madame Durocher e a obstetrícia de seu tempo. **Rev Syniatrica**. 1916; 9(8) 113-32.

World Health Organization . Appropriate technology for birth. **Lancet**. 1985; 2(esp) 436-437. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3. Acesso em: 20 abr 2020.

Capítulo 34

EXPOSIÇÃO A ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS (AUP) E O AMBIENTE ALIMENTAR PROMOTOR DA OBESIDADE ENTRE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS ATENDIDAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

EXPOSURE TO ULTRAPROCESSED FOODS (UPF) AND THE FOOD ENVIRONMENT PROMOTING OBESITY AMONG CHILDREN UNDER TWO YEARS ASSISTED BY PRIMARY HEALTH CARE

Isabela Barroso Paixão[1]
Mikaela Raphael Guerreiro Santos[2]
Claudia Valéria Cardim da Silva[3]
Jorginete de Jesus Damião Trevisani[4]

RESUMO: A alimentação adequada nos primeiros anos de vida é fundamental para prevenir desvios nutricionais, incluindo o excesso de peso. O trabalho visou identificar a oferta de alimentos promotores de obesidade na infância, representados pelos AUP, entre mães e cuidadores de crianças menores de dois anos. Trata-se de estudo realizado numa população de um serviço de saúde subdividida em microáreas 1 e 2 (melhores e piores condições socioeconômicas respectivamente), do município do Rio de Janeiro (n=31). Adotou-se questionário, entrevista semiestruturada e grupo focal para coleta de dados. O consumo de AUP foi observado de forma predominante na microárea 2. No grupo focal, observou-se a exposição das mães aos AUP desde a infância, influenciando na escolha desses alimentos. Os achados sugerem uma relação inversa na exposição das crianças aos AUP em relação ao nível socioeconômico nessa população, expondo crianças de níveis mais baixos de renda a uma alimentação promotora da obesidade.
Palavras-chave: Alimentação infantil; Alimentos ultraprocessados; Obesidade infantil; Práticas alimentares.

ABSTRACT: Adequate nutrition in the first years of life is essential to prevent nutritional desviations, including overweight. The work aimed to identify the supply of obesity promotion foods in childhood, represented by UPF, among mothers and caregivers of children under two years of age. This is a study carried out in a population of a health service subdivided into micro areas 1 and 2 (better and worse socioeconomic conditions, respectively), in the city of Rio de Janeiro (n=31). A questionnaire, semi-structured interview and focus group were adopted for data collection. The consumption of UPF was observed predominantly in micro area 2. In the focus group, mothers exposure to UPF since childhood was observed, influencing the choice of these foods. The findings suggest an inverse relationship in children's exposure to UPF in relation to socioeconomic level in this population, exposing children with lower income levels to an obesity promoting diet.
Keywords: Infant feeding. Ultraprocessed foods. Childhood obesity. Food practices.

Introdução

As condições nutricionais nos primeiros dois anos de vida da criança, desempenham um papel crucial na dinâmica de saúde-adoecimento nessa fase, dado o ritmo de crescimento e desenvolvimento acelerado. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), o aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês e a introdução da alimentação complementar deve ser iniciada após esta idade com alimentos in natura ou

[1] Nutricionista formada pela UERJ e Pós-graduanda em Nutrição Clínica - UFRJ. E-mail: isabelaa.barroso@gmail.com
[2] Nutricionista formada pela UERJ e Especialista em Saúde da Família pela ENSP - Fiocruz. E-mail: mikaelaguerreiro@yahoo.com.br
[3] Nutricionista formada pela UFRJ, Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS - UERJ e Professora Associada do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição - UERJ. E-mail: claudiavaleria.cardim@gmail.com
[4] Nutricionista formada pela UFF, Doutora em Saúde Pública pela USP e Professora Associada do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição - UERJ. E-mail: jjdamiao@yahoo.com.br

minimamente processados (WHO, 2001; BRASIL, 2019). No entanto, observa-se que esta etapa nem sempre é realizada no tempo oportuno e da forma adequada. No Brasil, estudos apontam para a alta prevalência na introdução precoce de alimentos antes do sexto mês de vida (SCHINCAGLIA et al., 2015; BRASIL et al., 2012).

Nos últimos anos houve uma mudança no padrão alimentar com maior participação de alimentos ultraprocessados na dieta familiar brasileira, um marco significativo na transição nutricional (FERREIRA et al, 2014). Estes alimentos são definidos como formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos, ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (BRASIL, 2014). E, quando introduzidos na alimentação complementar podem acarretar vários problemas como o comprometimento do crescimento e desenvolvimento da criança, além de propiciar a diminuição da proteção imunológica e o desencadeamento de processos alérgicos, distúrbios nutricionais como deficiências de micronutrientes, obesidade e diarreia, além de contribuir para a formação de hábitos alimentares não saudáveis que poderão estar presentes na fase adulta. (TOLONI et al, 2011, BRASIL, 2009).

A grande disponibilidade de alimentos com baixo valor nutricional, os preços acessíveis, e a grande disseminação de publicidade e propaganda dos mesmos também são fatores importantes que contribuem com o aumento do consumo (FERREIRA et al., 2014). Associada à esta mudança no padrão alimentar, houve um aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade nas últimas décadas, cerca de uma a cada três crianças são acometidas com o excesso de peso (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de enfrentar este cenário e promover a saúde, o Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014) e o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (BRASIL, 2019) incentivam o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados como a base para a alimentação, além disso, recomendam limitar o consumo de alimentos processados e evitar os ultraprocessados.

Portanto, analisar as práticas alimentares como uma prática social se faz importante para compreender não somente os alimentos consumidos, mas também às condições que os favorecem, pois são determinados pela disponibilidade, por influências culturais, pelo modo de vida, pela promoção de novos alimentos através da mídia, entre outros (ROTENBERG et al, 2004). Além disso, conhecer a percepção de mães quanto à alimentação complementar dos seus filhos propicia ao profissional de saúde o direcionamento para ações de promoções de práticas corretas e nutritivas da alimentação complementar (BARROS et al, 2014).

Considerando a alta prevalência da interrupção do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar de forma precoce, a mudança na dieta brasileira, o grande consumo de AUP pelo público infantil levando em conta os prejuízos acarretados à saúde, entre esses a obesidade, o presente estudo objetivou identificar a oferta de alimentos promotores de obesidade na infância, representados pela oferta dos AUP para crianças menores de dois

anos, entre suas mães e cuidadores residentes numa área adscrita a um serviço de atenção primária à saúde.

Percurso Metodológico

Contexto

O presente estudo foi realizado no elenco de atividades desenvolvidas pelo Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC) que agrega uma opção de estágio curricular e também um projeto de extensão universitária do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

População e desenho do estudo

O estudo foi realizado numa população usuária de um serviço de atenção primária à saúde localizado no bairro de Vila Isabel, do município do Rio de Janeiro. Trata-se de um serviço de saúde tradicional com a inserção de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é dividida em seis microáreas com condições socioeconômicas heterogêneas. Deste modo, foi escolhida uma microárea de melhores condições socioeconômicas (microárea 1) e uma microárea de piores condições socioeconômicas (microárea 2).

Foram selecionadas aleatoriamente através do prontuário eletrônico 20 crianças com a faixa etária entre zero e 24 meses de idade, cadastradas em cada microárea, e que atendiam aos critérios de inclusão no estudo.

Trata-se de um estudo de metodologia mista, que agrega dados quantitativos e qualitativos, podendo ser classificado como pesquisa explicativa, quanto aos fins (VERGARA, 2013).

Coleta de dados e aspectos éticos

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi realizada aplicação de um questionário e na segunda, foi aplicada a técnica do grupo focal e uma entrevista semiestruturada. A aplicação do questionário na primeira etapa teve a finalidade de identificar previamente as práticas alimentares das crianças, através de uma entrevista semiaberta em visitas domiciliares (VD) ou em sala de espera para consultas. Foram coletadas informações das mães, das crianças e características socioeconômicas das famílias.

Das 20 crianças selecionadas de cada microárea, foram localizadas e aplicados o questionário à mães ou responsáveis de 16 crianças da microárea 1, e 15 da microárea 2.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ pelo parecer 285.451. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os participantes.

Técnica do grupo focal e entrevista semiestruturada

Foram realizados dois encontros com participantes diferentes de cada microárea e em dias distintos. No primeiro encontro, foi realizado um grupo focal que contou com a participação de quatro mães da microárea 1 e no segundo encontro, apenas uma mãe da microárea 2. Para este foi realizada uma entrevista semiestruturada, uma vez que para um grupo focal é preciso de no mínimo quatro participantes (GONDIM, 2003).

Para registro do grupo focal e da entrevista semiestruturada foram utilizados gravadores de vozes, autorizado pelos participantes através do TCLE, em diferentes pontos da sala e registro manual. Para a realização do grupo foi elaborado um roteiro que era composto por três momentos principais que tinha como finalidade: conhecer quais alimentos são ofertados para as crianças menores de dois anos, entender o porquê da oferta de cada alimento e como é preparar a comida para a criança, conhecendo as habilidades culinárias desde a etapa da compra dos alimentos até a limpeza.

Transcrição, organização e análise de dados

Os dados coletados através do questionário foram digitados em planilha no Excel versão 2016. Em relação ao grupo focal e a entrevista semiestruturada, as gravações feitas foram transcritas e utilizadas junto com as anotações feitas durante o grupo. O material foi submetido à análise de conteúdo, privilegiando a análise temática, adotando-se o enfoque de Bardin (1979) e Minayo, Deslandes e Gomes (2009).

Os temas identificados foram: práticas alimentares, alimentos consumidos pelas crianças e presença de AUP na alimentação das crianças e motivações da oferta dos alimentos. Para efeito de análise no presente manuscrito foram selecionados os alimentos marcadores de exposição ao excesso de peso, os AUP, entretanto outros aspectos que regem as escolhas e práticas alimentares que contribuem potencialmente para obesidade também foram observados.

Resultados

Análise da aplicação do questionário

Do total de crianças avaliadas (31), observou-se que a maioria era do sexo masculino (64,5%) e maiores de seis meses (71,0%). Em relação às características de mães e responsáveis pelos cuidados das crianças destaca-se quanto ao nível de escolaridade, que os responsáveis da microárea 2 apresentaram quase o dobro de pessoas apenas com o ensino fundamental comparados aos da microárea 1. Quanto à situação conjugal, destaca-se na microárea 2 maior frequência de responsáveis com união estável. Neste grupo observou-se maior número de filhos e menor frequência de trabalho das mães e responsáveis fora do lar (Tabela 1). Observou-se uma diferença socioeconômica importante nas duas microáreas, destacando-se a microárea 2 como a que apresenta maior prevalência de marcadores de desigualdade social.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas das crianças e mães/cuidadores participantes do estudo,

	Microárea 1		Microárea 2	
	n	%	n	%
Variáveis da criança				
Sexo				
Masculino	11	68,7	9	60,0
Feminino	5	31,3	6	40,0
Idade				
< 6 meses	7	43,7	2	13,3
6-24 meses	9	56,3	13	86,7
Variáveis mães/cuidadores				
Nível de escolaridade				
Fundamental	4	25,0	7	46,7
Ensino médio incompleto	2	12,5	8	53,3
Ensino médio completo	7	43,7	0	0
Ensino superior	3	18,8	0	0
Situação conjugal				
Unidas	7	50,0	13	86,7
Solteira	8	50,0	2	13,3
Viúva	0	0	0	0
Separada/Divorciada	0	0	0	0
Número de filhos				
1	10	62,5	4	26,7
2	5	31,3	5	33,3
3	1	6,2	3	20,0
4	0	0	3	20,0
Ocupação				
Estudante	1	6,2	1	6,7
Do lar	9	56,3	10	66,6
Trabalha fora	6	37,5	4	26,7

Fonte: elaborada pelas autoras.

A análise do consumo alimentar nas últimas 24 horas anterior à entrevista mostrou que das 31 crianças analisadas, 67,7% consumiram AUP, sendo mais frequente e de maior variedade na microárea 2 (93,3%) que na microárea 1 (43,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição dos tipos de alimentos ultraprocessados presentes na alimentação das crianças e o número de citações feitas pelas mães de cada equipe.

Alimentos	Microárea 1 (n)	Microárea 2 (n)
Achocolatado	2	0
Biscoitos doces e salgados	4	9
Bolo	0	1
Carne de hamburguer	0	1
Farinhas para mingau	7	9
Geléia de mocotó	1	0
Macarrão instantâneo	0	1
Queijo *petitsuisse*	1	4
Refrigerante	0	1
Sucos artificiais	1	4

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os achados do presente estudo referentes à oferta de AUP foi maior entre mães/responsáveis pelos cuidados das crianças de piores condições socioeconômicas. Entretanto

cabe também refletir sobre o acesso aos alimentos frescos na população do estudo, uma vez que as mães da microárea 2, em maioria, residia numa comunidade marcada pelo difícil acesso próximo à frutas, verduras e legumes frescos.

Outro achado que chamou atenção foi a oferta de grande variedade de AUP oferecidos às crianças, visto que, a oferta precoce desses alimentos, além de favorecer o acometimento de agravos à saúde, expõe as crianças ao maior risco de desenvolver obesidade nos anos subsequentes.

Construindo as práticas alimentares – ontem e hoje

Neste tema, estão lembranças da construção das práticas alimentares desde a infância das mães e as principais pessoas que as inspiraram e ensinaram. Quando o assunto foi qual alimento era mais presente na infância das mães, observou-se a presença de frutas como maçã e goiaba, porém, a maior lembrança é dos alimentos considerados por elas como “besteiras", como biscoitos, achocolatados, queijo do tipo *petit suisse*, geleias, como pode ser observado nas seguintes falas das mães:

“Mãe 1: É.... maçã, goiaba... (...) e outras coisas também.”

“Mãe 2: Danoninho, toddynho, biscoito recheado.”

“Mãe 5: Geléia de Mocotó...”

Os alimentos considerados de criança pelas mães, através do resgate que fizeram à memória, estão presentes no hábito alimentar delas até os dias de hoje. Foi possível notar expressões e falas que remetiam uma sensação de prazer e alegria ao relembrar os alimentos mais consumidos na infância, principalmente com relação aos AUP, como pode ser observado a seguir:

“Mãe 5: O que eu gosto muito, faço até de vez em quando é leite com biscoito maisena misturado. Geleia de mocotó. Amo! Adoro!”

“Mãe 3: Geléia de mocotó! É verdade! (Risos)... Engraçado que vai trazendo, você vai começando a lembrar né? É muito bom!”

Conhecendo um pouco sobre as habilidades culinárias, observou-se que as mães, em sua maioria, perceberam mudança após o nascimento dos filhos na organização das compras dos alimentos para a casa.

No presente estudo, uma mãe relatou que possuía dificuldades financeiras e que conseguia comprar apenas o básico para alimentação de todos os integrantes da família ou pegava doações, sendo assim, não havia a possibilidade de diversificar muito a alimentação.

Em relação ao preparo, a maior parte das mães relatou que costumava preparar a alimentação das crianças separadas do restante da família e também utilizavam diferentes ingredientes nas preparações. Apenas uma relatou que a comida da criança era a mesma preparada para a família.

Além disso, a hora da oferta da alimentação foi vista como um momento difícil para a mãe que estava iniciando a alimentação complementar e menos desafiadora para as mães das crianças maiores.

Alimentos consumidos pelas crianças e a presença de ultraprocessados

Foi observada nos relatos das mães uma variedade de AUP ofertada às crianças, como: salsicha, biscoitos, geleias, queijo do tipo *petit suisse*, refrigerantes, salgadinhos e outros. Observado nas seguintes falas:

"Mãe 1: ... Sardinha e salsicha."

"Mãe 5: Biscoitinho de maisena... rs. E é isso... Mas as vezes eu ofereço a banana com a geleia de mocotó."

"Mãe 4: Fandangos é culpa do pai. Esqueci de uma coisa, refrigerante." "Pega dois danoninho por dia."

Motivações da oferta dos alimentos

As motivações nas falas das mães mostraram mais uma vez a percepção que elas possuem do que é "saudável", diferente das próprias experiências da infância, e a intenção de estimular o consumo de alimentos *in natura*, ainda que esta prática pareça não acontecer no cotidiano:

"Mãe 2: Então eu sei que eu vou passar um dobrado dentro de casa mas eu... essa lembrança que a gente tem de danoninho né, e geleia de mocotó, de biscoito de maisena, pelo menos na primeira infância, na primeira fase alimentar dela, eu pretendo que ela não tenha essa lembrança. Eu falo, eu quero que a minha filha chegue pra mim já com quatro anos, fale "mãe, me dá uma maçã?" no meio da tarde do que ela falar "mãe, me dá biscoto?", sabe? Eu não quero incentivar isso antes, porque vai comer"

"Mãe 3: Ah.. o meu tá entre o que eu tenho de expectativa e realidade. Eu também assim como todas aqui, eu tenho a intenção de dar uma alimentação mais saudável possível."

O maior acesso à informação e através das mídias sociais, a orientação profissional e a praticidade, mostraram ser elementos motivadores da oferta de alguns alimentos. O que pode ser observado nas seguintes falas das mães:

"Mãe 2: Depois de ter engravidado ou talvez um pouco antes quando eu comecei a pensar em gravidez e ver páginas de facebook, pessoas compartilhando textos, então passei já a acompanhar várias páginas de mães, de estilo de maternidade, e você começa a ter acesso a certas coisas, então você começa a quebrar alguns tabus, né?"

""Mãe 5: Eu dou porque é prático e pra variar também. (...) Por exemplo, a geleia de mocotó, as vezes você tá na rua e não dá tempo de planejar e levar uma fruta picadinha, eu dou a geleia."

Foi possível observar à despeito das práticas alimentares identificadas, que as mães se preocupam com o que as crianças consomem, apesar dos desafios encontrados no dia a dia. Nesse sentido, as limitações financeiras relatadas, exercem grande impacto na diversidade de

alimentos oferecidos, fazendo com que muitas vezes, a família tenha condições de adquirir apenas alimentos básicos.

Discussão

Como observado nos resultados acima, os achados do presente estudo referentes à oferta de AUP foi maior entre mães/responsáveis pelos cuidados das crianças de piores condições socioeconômicas e encontram consonância com a bibliografia. Toloni et al. (2011), observou uma associação estatisticamente significante entre o menor nível de escolaridade materna e a introdução precoce de alimentos ultraprocessados. Neste estudo, o autor observou que a baixa escolaridade materna está associada com um menor poder aquisitivo, falta de acesso a informações em saúde e como consequência, maior a chance de escolhas incorretas dos alimentos para as crianças.

Outro achado de destaque, foi a oferta de grande variedade de AUP oferecidos às crianças. O Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos preconiza que nenhum alimento ultraprocessado seja oferecido para crianças dessa faixa etária, dando preferência aos alimentos frescos, in natura ou minimamente processados (BRASIL, 2019).

Pesquisas apontam em grande parte dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a substituição de alimentos minimamente processados e preparações culinárias por produtos prontos para consumo. Essas mudanças no padrão alimentar da população mundial têm sido acompanhadas do aumento significativo na prevalência de obesidade, de diabetes e de várias outras enfermidades crônicas relacionadas à alimentação (MONTEIRO et al., 2016). A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008-2009), mostrou que os alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias elaboradas com esses alimentos correspondem a quase dois terços da alimentação dos brasileiros (BRASIL, 2014), tendência que pôde ser confirmada a partir dos achados do presente estudo.

Quando o assunto foi *"qual alimento era mais presente na infância das mães*", apesar de ser observada a presença de frutas na alimentação como maçã e goiaba, estas tiveram menos destaque, quando comparada as falas sobre a presença de AUP, caracterizando a exposição à esses alimentos desde a infância. A maior lembrança é dos alimentos considerados por elas como "besteiras". Através das falas das mães participantes do estudo, foi possível constatar essa transformação no perfil alimentar consonantes às mudanças já relatadas nos principais inquéritos nacionais nos últimos 30 anos (IBGE,2014).

As falas sobre os alimentos considerados *"da época de criança"* pelas mães vinham acompanhadas de expressões de alegria no momento do resgate dessas lembranças. Segundo Bogado e Freitas (2016), a alimentação imprime marcas na memória, na identidade e na história de cada um. A infância representa um momento marcante na experiência alimentar, sendo guardados na lembrança saberes, sabores, aromas, afetos e também valores vinculados às práticas alimentares vivenciadas.

Outro debate importante oriundo do estudo, foi a menção de algumas dificuldades de mães/cuidadoras em estabelecer rotinas na preparação dos alimentos. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), as habilidades envolvidas com a compra, seleção, pré-preparo, tempero, cozimento, combinação e apresentação dos alimentos e limpeza dos utensílios podem ser consideradas como habilidades culinárias. No Brasil e em muitos outros países, o processo de transmissão de habilidades culinárias entre gerações vem perdendo força e as pessoas mais jovens possuem cada vez menos confiança e autonomia para preparar os alimentos. As razões para isso são complexas e envolvem a desvalorização do ato de preparar, combinar e cozinhar alimentos como prática cultural e social, a multiplicação das tarefas cotidianas e a incorporação da mulher no mercado formal de trabalho, além da oferta massiva e da publicidade agressiva dos alimentos ultraprocessados. A preocupação com a destruição das habilidades culinárias e a redução dos encargos do trabalho doméstico das mulheres, é a possível criação de uma dependência de alimentos ultraprocessados e insegurança alimentar à longo prazo. Por outro lado, com a chegada dos filhos no ambiente familiar, as mães, muitas das vezes, precisam reorganizar seu tempo e desenvolver habilidades para que ocorra todo o processo de preparo da comida da criança. Aspectos como diversidade dos alimentos, modo de preparo, consistência, entre outros, estão fortemente presentes nas orientações dadas às mães e tornam complexo esse processo (MONTE e GIUGLIANI, 2004; IBFAN, 2009).

De acordo com os resultados encontrados sobre a condição financeira familiar, não se pode desconsiderar das análises que ainda há famílias que vivem em situação de insegurança alimentar e nutricional, onde o Direito à Alimentação Adequada e Saudável é violado devido à falta de acessibilidade econômica que gera impedimento ao acesso de alimentos em quantidade e em qualidade suficiente para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (BURITY et al., 2010). Esse aspecto na atualidade, face à crise econômica em decorrência da COVID-19, tende a se agravar, uma vez que cresce o contingente da população sem renda e com dificuldades de aquisição dos alimentos em quantidade e qualidade adequadas (SIPIONI et al., 2020).

Quando o assunto é preparo dos alimentos, as diretrizes nacionais que orientam a alimentação de crianças menores de dois anos (BRASIL, 2019), apresentam a recomendação que no início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela, devendo ser bem cozidos. A partir dos oito meses, algumas preparações da casa como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com condimentos artificiais, excesso de sal e temperos picantes.

Além disso, a hora da oferta da alimentação deve ser uma prática alimentar que leve em consideração o respeito ao mecanismo fisiológico de autorregulação do apetite da criança, ajudando-a a se alimentar até estar saciada, e requer sensibilidade da mãe ou do cuidador às indicações de fome e de saciedade da criança. As refeições devem ser prazerosas, com troca amorosa entre a criança e quem a está alimentando, por meio de contato visual, toques, sorrisos e conversa. Se a criança recusar muitos alimentos, pode-se experimentar diferentes combinações,

sabores, texturas e métodos de encorajamento que não distraiam a criança da refeição (BRASL, 2019).

As falas que demonstram uma maior variedade de AUP ofertados às crianças, corroboram com os achados já identificados nos inquéritos nacionais sobre a maior participação desses alimentos na dieta familiar brasileira, que sustentam a identificação de alguns comportamentos e preferências alimentares infantis. Tais preferências dão ênfase a presença de alimentos pré-fabricados, produtos da indústria, com altos índices calóricos e altas concentrações de sódio e açúcar. Este estilo de comer, juntamente com o sedentarismo urbano, traz como consequência, o surgimento precoce nas crianças e nos adolescentes, de doenças mais prevalentes na população adulta como a obesidade, síndrome metabólica, depressão e ansiedade, assim como, contribuem para a formação de hábitos alimentares não saudáveis que poderão estar presentes na fase adulta (DUTRA, 2015 e BRASIL, 2009). Esta realidade tem sido vivenciada pelos pais de forma conflituosa, primeiro porque a necessidade de uma educação alimentar envolve toda a família, exigindo uma alteração dos hábitos de vida do grupo e dos ambientes alimentares (DUTRA, 2015; SWINBURN, 1999).

Estudos como o realizado por Dutra (2015) reforçam os relatos encontrados com relação às falas das mães que demonstram suas percepções do que é considerado saudável. O autor afirma que, por preocupação com a saúde existe uma melhor escolha dos alimentos como também um cuidado maior na maneira de prepará-los e consumi-los, observando-se a difusão da orientação ao consumo de frutas, verduras e legumes na rotina alimentar infantil. Porém, a hiperpalatabilidade dos alimentos ultraprocessados e as sofisticadas e agressivas estratégias de marketing que estimulam sua aquisição fazem com que o seu consumo baixo ou moderado sejam improváveis, provocando a gradativa substituição das dietas tradicionais por dietas compostas por esses alimentos (MONTEIRO et al., 2013 e BRASIL, 2014).

Conteúdos semelhantes ao das falas foram vistos no estudo de Rotenberg e De Vargas (2004), onde mostram que as práticas alimentares na infância provém de conhecimentos, vivências e experiências que são construídas por diversos fatores, como pelas condições de vida, cultura, redes sociais e saber científico de cada época histórica e cultural. Toloni et al (2011), também afirmam que a substituição dos alimentos tradicionais, caseiros e naturais por alimentos ultraprocessados, pode ser atribuída por vários fatores, dentre eles a globalização, a influência do mercado publicitário, o ritmo acelerado de vida nas grandes cidades e o trabalho da mulher fora do lar.

Além disso, a violação de direitos experimentada pelas famílias que vivem em situação de pobreza impede o acesso aos alimentos de qualidade suficientes para atender as necessidades nutricionais, embasando contextos pelos quais as crianças são alimentadas de forma inadequada (IBFAN, 2009).

Considerações Finais

O presente estudo mostrou que os AUP fazem parte das rotinas alimentares de crianças menores de dois anos, afetando sobretudo as crianças de baixo nível socioeconômico, que passam a receber de forma precoce alimentos com grande potencial de promover o ganho excessivo de peso e outros agravos à saúde. Esses dados merecem atenção, tendo em vista, que crescem as estimativas de sobrepeso e obesidade em todos as faixas etários da população.

O desafio de promover a segurança alimentar e nutricional que alcancem essa população passam pelo fortalecimento das políticas públicas promotoras de saúde, a melhoria do acesso aos alimentos frescos e o cerceamento da ação das indústrias de alimentos que formam opiniões e induzem as famílias a adquirirem alimentos que tem implicações a curto, médio e longo prazo para a saúde.

Cabe ainda o empreendimento de ações educativas junto à população e de educação permanente que atinjam os profissionais de saúde no sentido de contribuir para a formação voltada ações de cuidado na alimentação e nutrição adequada e saudável, incluindo restrição ao consumo de AUP na atenção primária e em todos os níveis de atenção à saúde desde a infância.

Referências

BARDIM, L. *Análise de conteúdo*. **Lisboa: Edições 70**, 1979.

BARROS, T. S; GUEDES, T. G; BARROS, J. N. S; SOUZA, F.E.P; SANTOS, H.L; ALBUQUERQUE, G.A. *A percepção de mães quanto a alimentação complementar em crianças de seis meses a dois anos de idade.* Faculdade de Juazeiro do Norte. **VI Semana de Iniciação Científica.** 2014. Disponível em: http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-vi-semana/wp-content/uploads/2015/01

BOGADO, A. M; FREITAS, B. *A reconstrução de memórias da alimentação na formação inicial de professores de ciências: um reencontro com saberes, sabores, aromas e afetos.* **ETD – Educ. Temat. Digit.** Campinas, SP v.18 n.3 p.670-689 jul./set.2016.

BRASIL, L. M. B. F; NEVES, O. M. D; AMORIM, C. S. C; LOPEZ, F. A; Arias, E. H.L;PIANI, P. P. F. *Introdução de alimentos complementares em lactentes*. **Universidade Federal do Pará,** 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar***.** Brasília**;** 112p. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde**,** 156 p.: il. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.. *Guia alimentar para as crianças brasileiras menores de 2 anos* – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde**,** 265 p.: il. 2019.

BURITY, V; FRANCESCHINI, T; VALENTE, F; RECINE, E; LEÃO, M; CARVALHO, M. *Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.* Brasília, DF: **ABRANDH**, 204p. 2010.

DUTRA, R, C, A. *Consumo alimentar infantil: quando a criança é convertida em sujeito.* **Revista Sociedade e Estado** - Volume 30 Número 2 Maio / Agosto 2015.

FERREIRA, J. S. G.; SILVA, Y.; MORAES, O. M. G.; TANCREDI, R. P. *Marketing de alimentos industrializados destinados ao público infantil na perspectiva da rotulagem.* **Rev. Visa em Debate.** FIOCRUZ. 2014.

GONDIM, S.M.G. *Grupos focais como técnica de investigação qualitative: desafios metodológicos*. **Universidade Federal da Bahia. Paidéia**, 2003,12(24), 149-161.

IBFAN - International Baby Food Action Network. *What is complementary feeding? A philosophical reflection to help a policy process.* A discussion paper developed for the International Baby Food Action Network (IBFAN) by Gabrielle Palmer,2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* 2008-2009 – POF. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.* 28. Ed. **Petrópolis, RJ: Vozes**, 2009.

MONTE, C. M. G; GIUGLIANI, E. R. G. *Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.* **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº5(supl), 2004.

MONTEIRO, C. A, CANNON, G, LEVY, R. B, et al. *Classificação dos alimentos. Saúde Pública. NOVA. A estrela brilha*. **World Nutrition**. Volume 7, Número 1-3, Janeiro-Março 2016.

MONTEIRO, C. A, MOUBARAC, J. C, CANNON, G. N. S. W, POPKIN, B. *Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system.* **Obesity Review**s 14 Suppl 2, 2128. 2013.

ROTENBERG, S. ; DE VARGAS, S**.** *Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família.* **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.** Recife, 4 (1): 85-94, jan./março., 2004.

SCHINCAGLIA, R. M; OLIVEIRA, A. C; SOUZA, L. M; MARTINS, K. A. *Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiâni*a. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 24(3):465-474, jul-set 2015.

SIPIONI, M.E.; RIQUEIERI, M.R.L; BARBOSA, J.P.M. et al. *Máscaras cobrem o rosto, a fome desmascara o resto: COVID-19 e o enfrentamento à fome no BRASIL.* Maio 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/660/866/909. >Acesso em 21 jul de 2020.

SWINBURN, B. EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. Preventive Medicine, vol. 29, p. 563-570, 1999.

TOLONI, M. H. A; LONGO-SILVA, G.; GOULART, R. M. M.; TADDEI, J. A. A. C. *Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo.* ***Rev. Nutr.*** **[online].** Vol.24, n.1, pp. 61-70. 2011.

VERGARA, S.C. *Projetos e Relatórios de Pesquisas em Administraçã*o. 14. Ed **São Paulo: Atlas**, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The optimal duration of exclusive breastfeeding* – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001.

Capítulo 35

FATORES CORRELACIONADOS AO GANHO PONDERAL GESTACIONAL COM CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS

GESTATIONAL WEIGHT GAIN FACTORS CORRELATED WITH NEWBORN BIRTH CONDITIONS
FACTORES DE AUMENTO DE PESO GESTACIONAL CORRELACIONADOS COM CONDICIONES DE NACIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS

Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana[1]
Caio César Ferreira Alverga[2]
Nadjeanny Ingrid Galdino Gomes[3]
Antônio Carlos dos Santos[4]
Nayara Mussi Monteze[5]

RESUMO: Objetivo: Analisar as correlações do ganho de peso gestacional com indicadores de aumento da pressão arterial no período da gestação. **Métodos**: Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com a utilização da técnica de observação indireta por meio da análise retrospectiva dos prontuários de atendimento do serviço de pré-natal e acompanhamento de recém-nascidos. Os dados foram coletados no período de 2014 a julho de 2016. Os dados coletados foram a idade, peso, altura e valores mensurados da pressão arterial sistólica e diastólicas das puérperas. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva com auxílio do software IBM SPSS Statistics. **Resultados**: Quanto ao estado nutricional, 56,8% das puérperas iniciaram a gestação com obesidade, 29,5% com excesso de peso e 38,6% nasceram com peso inadequado. **Conclusão**: Conclui-se que houve aumento de peso durante a gestação, apresentando correlação significativa com o aumento da pressão arterial sistólica.
Palavras-chave: Puerpério, Peso Gestacional, Recém-nascido.

ABSTRACT: Objective: To analyze the correlations of gestational weight gain with indicators of increased blood pressure during pregnancy. **Methods:** A descriptive cross - sectional study was carried out from 2014 to July 2016 with a quantitative approach, using the technique of indirect observation through retrospective analysis of medical records of prenatal care and monitoring of newborns. Data collected were age, weight, height and measured values of systolic and diastolic blood pressure of the postpartum period. The data were analyzed by descriptive statistics with the IBM SPSS Statistics software. **Results:** Regarding nutritional status, 56.8% of the postpartum period began pregnancy with obesity and 29.5% overweight and 38.6% were born with inadequate weight. **Conclusion:** It could be observed significantly weight gain during pregnancy correlated with the increase in systolic blood pressure.
Keywords: Postpartum Period, Gestational Weight, Newborn.

INTRODUÇÃO

A saúde materno infantil precisa de manutenção e expansão de práticas na atenção básica, visto que, o pré-natal e o atendimento à puérperas são primordiais para a saúde do binômio mãe e filho durante e após a gestação. No entanto, analises de indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) demonstram que 85% das gestantes receberam atenção inadequada no Brasil, durante o pré-natal (TOMASI E, et al., 2017).

[1] Doutoranda em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: m.augustamagno@hotmail.com
[2] Bacharel em Nutrição pela Uninassau. E-mail: caioalverga@outlook.com
[3] Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba E-mail: nadjeanny_ingrid@hotmail.com
[4] Bacharel em Nutrição pela Uninassau. E-mail: karlos.nutri6@gmail.com
[5] Docente do Centro Universitário UNA – Belo Horizonte/MG. E-mail: mayaramonteze@gmail.

Quando pesquisado essa relação da qualidade do pré-natal especificamente no Nordeste, observou-se que 77% das gestantes obtiveram um atendimento pré-natal inadequado, além de baixas prevalências de exames realizados e de estratégias educativas (SILVA EP, et al., 2019). Correlacionado ao atendimento de forma inadequada durante o pré-natal está o aumento das síndromes hipertensivas, que estão associadas a alguns fatores, como: ganho de peso, índice de massa corporal e número de consultas realizadas durante o pré-natal (SBARDELOTTO T, et al., 2018).

A partir da deficiência observada no atendimento à saúde durante o pré-natal na atenção básica, e percebendo essa correlação de impulsão à fatores propícios para síndromes hipertensivas, é necessário demonstrar a associação de tais fatores, como ganho de peso durante a gestação, o aumento da pressão sanguínea e retenção de peso; e possíveis consequências após a gestação e até mesmo ao recém-nascido. Além de, observar se há utilização de educação em saúde como prática preventiva dessas correlações à saúde materno-infantil. Estabelecendo assim relação de importância para prevenir agravos posteriores para os partícipes, e custos adicionais ao sistema único de saúde. Diante do exposto o presente trabalho teve como objetivo averiguar correlações do ganho de peso gestacional com indicadores de aumento da pressão arterial no período da gestação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com a utilização da técnica de observação indireta por meio da análise retrospectiva dos prontuários de atendimento do serviço de pré-natal e acompanhamento de recém-nascidos realizado na Unidade Mista de Saúde de Tiradentes- Minas Gerais (MG). O acompanhamento do pré-natal, no período da coleta, contava com a participação de uma equipe multiprofissional: clínico geral, ginecologista, enfermeiro e agente comunitário de saúde, sendo a única equipe que atende esta demanda específica na cidade de Tiradentes-MG. A coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos prontuários das parturientes e seus respectivos bebês que foram acompanhados no período de 2014 a julho/2016. Como critérios de exclusão foram adotados: prontuários que estavam incompletos, que não se enquadravam no período predeterminado, bebês nascidos pré-termo e intercorrências gestacionais e dos recém-nascidos.

Os dados obtidos foram divididos em variáveis maternas e dos recém-nascidos. Foram coletados dados como: idade, peso, altura e valores mensurados da pressão arterial sistólica e diastólicas das puérperas. A classificação do estado nutricional foi definida segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir do peso (kg) e dividido pela estatura elevada ao quadrado (m^2). Os pontos de corte do IMC seguiram os valores preconizados pelo *Institute of Medicine*, para a classificação do estado nutricional antes da gestação sendo estes: baixo peso (<18,5), peso adequado (18,5 – 24,9), sobrepeso (25,0-29,9) e obesidade (≥30,0). Para a identificação da Pressão Arterial (HAS), foi adotado como parâmetro os pontos de corte definidos pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, que correspondem aos valores de pressão

arterial sistólica (PAS ≥ 140 mmHg) e pressão arterial diastólica (PAD ≥ 90 mmHg). Com relação aos dados de nascimento do bebê foram avaliadas as variáveis: sexo (masculino/feminino); peso ao nascer, conforme os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) em: baixo peso (< 2.500g), peso insuficiente (2.500 - 2.999g), peso adequado (3.000 - 3.999g) e excesso de peso (≥ 4.000g); comprimento ao nascer, caracterizado conforme as curvas de crescimento da OMS (2006); perímetro cefálico ao nascer, o qual seguiu os padrões adotados pela OMS, conforme score-nascidos até 13 semanas caracterizados em: abaixo do esperado (≤ 31,5cm), adequado para a idade (31,5 – 37cm) acima do esperado (> 37cm) e o índice de apgar no 5º minuto (asfixia grave 0-3, asfixia intermediária 4-6, sem asfixia 7-10).

O banco de dados foi construído e organizado no Excel e posteriormente os dados foram transferidos para o pacote estatístico IBM SPSS versão 19.0. A análise estatística foi realizada inicialmente através da descrição do perfil da amostra utilizando-se frequências absolutas e relativas e para as variáveis quantitativas, medidas de tendência central e de dispersão. Para a averiguação de normalidade da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e para as análises referentes à correlação das variáveis foi utilizada a correlação de Pearson considerando significância estatística quando valor de $p<0,05$.

A pesquisa foi autorizada pela Diretoria Municipal de Saúde/PSF local, conforme carta de anuência da responsável pela unidade tendo como representante legal a Coordenadora da Unidade Mista de Saúde de Tiradentes.

RESULTADO

Foram analisados 88 prontuários, divididos entre puérperas (n=44) e seus respectivos bebês (n=44). A idade mediana das mães foi 29 anos, tendo uma variação entre 18 e 46 anos. A primeira tabela apresenta a classificação do índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e as variáveis clínicas que constavam nos prontuários. Conforme o IMC, 56,8% das puérperas iniciaram a gestação obesas, somente 29,5% estavam com peso adequado e 70,4% apresentaram estado nutricional inadequado. Observou-se que as variações dos valores máximos da pressão arterial sistólica e diastólica no final da gestação apresentaram valores elevados (tabela 1).

Com relação aos recém-nascidos, 54,5% eram do sexo masculino, 38,6% nasceram com peso inadequado, 65,9% com perímetro cefálico adequado para a idade e 40,9% com comprimento ao nascer inadequado. Todos apresentaram índice de apgar no 5º minuto sem asfixia.

As demais tabelas apresentam os resultados relacionados à correlação das variáveis maternas e dos recém-nascidos. A segunda tabela demonstra que houve correlação significativa entre o peso no final da gestação e a pressão diastólica no final da gestação ($r=0,727$, $p<0,001$). Ademais observa-se uma forte correlação entre a variável ganho de peso gestacional e o peso ao nascer ($r=0,774$ $p<0,001$) (tabela, 2 e 3).

Tabela 1. Características das puérperas atendidas na Unidade Mista de Tiradentes - Minas Gerais.

Variáveis	
IMC	**n (%)**
Baixo peso	3 (6,8)
Peso adequado	13 (29,5)
Sobrepeso	3 (6,8)
Obesidade	25 (56,8)
Dados clínicos	**Mediana (mín.-max.)**
Peso início da gestação	48,5 (64-95)
Peso final da gestação	72,5 (52-115)
Pressão arterial sistólica início da gestação	109,55 (90-130)
Pressão arterial sistólica final da gestação	111,82 (90-150)
Pressão arterial diastólica início da gestação	68,18 (50-80)
Pressão arterial diastólica final da gestação	69,55 (60-90)

Variáveis expressas como frequência absoluta e relativa, mediana e valores mínimos (mín.) e máximos (máx.).
Fonte: Viana, MACBM, et al., 2020.

Tabela 2. Correlação entre peso no início e final da gestação com variáveis de pressão arterial no final da gestação. Puérperas atendidas na Unidade Mista de Saúde de Tiradentes – Minas Gerais.

Variáveis	**Peso início da gestação r (valor-p)***	**Peso final da gestação r (valor-p)***
Pressão arterial sistólica no final da gestação	0,471 (0,042)	0,536 (0,012)
Pressão arterial diastólica no final da gestação	0,657 (0,002)	**0,727 (<0,001)***
Ganho de peso total	-	0,664 (0,002)

*Correlação de Pearson

Fonte: Viana, MACBM, et al., 2020.

Tabela 3. Correlação entre variáveis materna no início e final da gestação e peso ao nascer. Puérperas atendidas na Unidade Mista de Saúde de Tiradentes – Minas Gerais.

Variáveis	**Peso ao nascer r (valor-p)***
Materna	
Peso no início da gestação	0,590 (0,004)
Peso no final da gestação	0,680 (0,001)
Ganho de peso total	**0,774 (<0,001)***
Pressão arterial sistólica no final da gestação	0,484 (0,02)
Pressão arterial diastólica no final da gestação	0,510 (0,015)

*Correlação de Pearson

Fonte: Viana, MACBM, et al., 2020.

DISCUSSÃO

Comparando nossos resultados com estudos correlatos e agregadores, observa-se que o ganho de peso gestacional excessivo se associa com níveis pressóricos elevados no início do terceiro trimestre gestacional, com média – Sistólica: 111,1; Diastólica: 66,1 (CAMPOS CAS, et al., 2019). Além disso, Moreira M et al. (2015) demonstra que o ganho excessivo de peso durante a gestação também provoca retenção de peso entre o 6° à 12° mês após a gestação, induzindo provavelmente à obesidade e ou sobrepeso, no qual é um fator de risco independente associado a prevalência para síndromes hipertensivas, como demonstra Oliveira ACM e Graciliano NG (2015) em seu estudo.

Corroborando com estes achados, Lei Q et al. (2017) demonstram que a cada 200 g de aumento de peso por semana, acrescenta-se também a significância para aumento da pressão arterial diastólica em 1,27% (Chance multivariável) e de 1,20% (Chance multivariável) para ocorrência de pré hipertensão diastólica após 37 semanas de gravidez. Salienta-se que não somente o ganho de peso total ou trimestral pode aumentar a prevalência de síndromes hipertensivas, como também o índice de ganho de peso por altura, com expõe Zhou A et al. (2015), demonstrando que mulheres com ganho de IMC gestacional > 10 kg / m² durante a gravidez apresentaram maior risco para distúrbios hipertensivos.

Ademais, Adane AA et al. (2017) relatam que o ganho de peso pré gestacional é importante nessa correlação, pois demonstram em um estudo de coorte, em que acompanhou mulheres em idade fértil por 9 anos, que o aumento de peso antes da gravidez apresentara risco elevado para distúrbios hipertensivos durante a gravidez. Em uma meta-analise, Ren M et al. (2018), evidenciam que mulheres com ganho de peso excessivo durante a gravidez apresentavam maior risco para distúrbios hipertensivos, hipertensão na gravidez e pré-eclâmpsia.

Numa perspectiva de consequências pós-parto, o ganho de peso gestacional (GPG) inter-relacionado com a retenção de peso, demonstra efeito de alta magnitude na retenção de Peso Pós-Parto (RPPP) tanto a curto, como em longo prazo, provocando invariavelmente a obesidade (CHAGAS DS, et al., 2017).

De forma mais detalhada, Walter JR et al. (2015), evidenciam que ao aumento de peso no primeiro trimestre da gestação têm a maior significância para aumento de peso pós-parto, quando comparado a outros trimestres da gravidez e além disso, demonstra que a cada 1 desvio padrão na taxa de ganho de peso total correspondeu a 0,85 kg de ganho de peso após 3 anos e 2,08 kg de ganho de peso após 7 anos do parto. Observou-se também correlação com aumento de pressão arterial sistólica. O inverso da correlação também acontece, mulheres com distúrbios hipertensivos ganham aproximadamente 5,2 kg de peso corporal no pós-parto, próximo ao 6° mês, segundo Cazarotto BR et al. (2019).

Numa relação de consequências para o recém-nascido, Morais SS et al. (2018), evidenciam que, em suma, as gestantes partícipes do estudo classificadas com obesidade, na primeira consulta do pré-natal, apresentavam maior risco para partos cesarianos e para recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG), e além disso, as gestantes que tinham sido

classificadas em peso adequado, quando foram adquirindo peso em excesso durante a gestação, posteriormente, também aumentaram os riscos para GIG.

Em um estudo de coorte mais detalhado, Karachaliou M, et al. (2015), demonstram que mulheres com excesso no ganho de peso gestacional obtém riscos consistentes dos recém-nascidos apresentarem aumento rápido do IMC nos primeiros 6 meses e também de obterem sobrepeso e obesidade no 2°,3° e 4° ano de vida. Além disso, também há correlação com aumento na circunferência da cintura e com aumento nas espessuras das dobras cutâneas, ambos, aos 4 anos de idade. Quando observado os fatores cardio-metabólicos, observa-se que o excesso no ganho de peso gestacional no 1° trimestre associa-se com pressão arterial diastólica aumentada aos 4 anos de idade.

Quando observado um estudo mais recente, busca-se outros parâmetros para avaliar essa relação de peso da gestante versus consequências no peso ao nascer da prole, nesse intuito, Lecorguillé M, et al. (2019), em um estudo de coorte francês, demonstra que a perda de peso 1 ano antes da gestação em mulheres com sobrepeso/obesidade não tem correlação com o peso ao nascer da prole, no entanto, foi observado que a perda de peso 1 ano antes da gravidez gera um ganho de peso rebote durante a gestação, representado em 2kg a mais nessas mulheres, provocando um efeito negativo no peso ao nascer, mas não consistentemente associado a GIG.

Uma forma de avaliar as consequências do excesso de ganho de peso gestacional de forma especifica e inata seria estudos com métodos genéticos, nesse contexto, Warrington NM, et al. (2018), evidenciam que aproximadamente, apenas 20% do ganho de peso gestacional é marcado por variantes genéticas maternas comuns, além do que, variantes próximas ao gene da glicoproteína beta-1 específica da (PSG5) atingiram significância em todo o genoma, mas não foi possível replicar.

Neste contexto de discussão, é necessário evidenciar a importância da educação em saúde para promoção da saúde e prevenção do ganho excessivo de peso durante a gestação, e não apenas com a verbalização das práticas, pois pode não apresentar efeito, já que existe a dificuldade inerente de alguns sujeitos estarem inseridos em um contexto de problemas educacionais e econômicos. Isto posto, em uma amostra de iranianas gravidas, em um cenário de modelo de crenças de saúde, em resultados estatísticos, o aumento do conhecimento, a gravidade percebida das possíveis consequências, reduziu as barreiras para o comportamento da alimentação saudável, e melhorou o desempenho nutricional das mulheres durante a gravidez (KHORAMABADI M, et al., 2015). No Brasil, segundo Silva EP et al. (2016), práticas educativas contribuem para resultados positivos durante o pré-natal, como forma de empoderamento do saber e do autocuidado, porém, sendo estritamente necessário continuar a educação em saúde até o pós-parto, para benefício seguro, devendo inclusive, ser incorporado pelos profissionais de saúde em um cenário de interdisciplinaridade.

Em uma metanálise, O'Brien EC, et al. (2019), demonstra que mulheres com baixa escolaridade apresentam maiores riscos para ganha de peso gestacional excessivo, e estas, assim como as com mais escolaridade conseguem a partir de intervenções baseada em dieta

reduzir o risco para o excesso no ganho de peso, porém, também houve redução do risco com intervenções mistas como dieta mais atividade física e educação em saúde em kg/semana.

Observando essa relação da educação em especifico versus o excesso de ganho de peso gestacional, Asiabar AK, et al. (2018), apresenta um estudo dividido em grupos A, B e grupo controle (Grupo A, as mulheres receberam educação com a participação de seus cônjuges; no Grupo B, as mulheres recebiam educação, mas sem a participação de seus cônjuges; e no Grupo controle, as mulheres recebiam pré-natal de rotina), pós métodos estatísticos, observou-se que a média do ganho de peso gestacional em excesso foi significativamente menor nos grupos A e B, quando comparado ao grupo controle, no entanto, os grupos A e B não apresentaram diferenças, demonstrando que a participação do cônjuge não provoca melhora no ganho de peso gestacional.

Há também uma relação importante da educação nutricional para reduzir o excesso de ganho de peso gestacional, como uma forma de educação em saúde especifica, nesse contexto, Goodarzi-Khoigani M, et al. (2018), demonstraram em seu estudo, dois grupos, um intervenção, no qual as gestantes receberam uma dieta individualizada e três sessões de educação nutricional de 45 a 60 minutos durante trimestres da gestação, e o grupo controle, no qual as gestantes receberam apenas a dieta individualizada, mas não as sessões de educação nutricional, após métodos estatísticos, observou-se que a proporção de ganho de peso excessivo durante a gestação diminuiu no grupo intervenção, além disso, a média do peso gestacional, diminuiu significativamente no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle.

No entanto, Oliveira SC, et al. (2018), demonstram numa revisão sistemática, que no Brasil há poucos estudos envolvendo a educação nutricional como estratégia importante para gestantes, concluindo que há uma verdadeira lacuna de estudos que utilizem diferentes métodos, como vídeos interativos, folhetos e verbalização da educação, isto posto, os que foram encontrados demonstraram resultados satisfatórios, com aumento de ingestão de frutas, legumes e alimentos ricos em fibras.

É necessário observar também nesse contexto o conhecimento dos profissionais de saúde sobre educação em saúde, para que seja repassado da forma mais efetiva possível para as gestantes durante o pré-natal, nessa observância com os profissionais de saúde de São Paulo, Malta MB, et al. (2016) demonstraram que uma intervenção (Houve um grupo controle, no qual não houve intervenção – esta que consiste em curso introdutório e três oficinas durante 1 ano) nos conhecimentos e práticas de enfermeiros e médicos de saúde da família, resultara em maior conhecimento em alimentação saudável – educação nutricional e atividades físicas básicas, como caminhada e ritmo, e também, numa melhor satisfação das pacientes gestantes, pós obtiveram com mais frequência tais informações.

O presente estudo apresentou algumas limitações que repercutiram nos resultados. Nem todas as gestantes compareceram as todas as consultas de pré-natal. Os dados referentes à anamnese como: aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, ginecológicos e obstétricos, assim como resultados dos dados do exame físico não constavam nos prontuários. Delimitando aprofundar no conhecimento da população estudada. Os dados referentes às condições de

nascimento dos recém-nascidos, durante o processo de seleção dos prontuários, encontravam-se incompletos. Impactando no tamanho amostral que mesmo sendo uma pesquisa retroativa de corte temporal, poderia ter tido um número maior de análises. A relevância das informações que constam nos prontuários é justificada pela gestora local como sendo sinais vitais exigidos pela equipe que presta atendimento as gestantes e seus respectivos bebês. Apesar das limitações apontadas, destacam-se nesse trabalho resultados significativos que podem ser utilizados para a reformulação do atendimento de pré-natal no local, assim como em outros locais que não possuem uma equipe multiprofissionais que visem além dos aspectos clínicos, mais um planejamento familiar, a educação em saúde, a educação nutricional para a gestante, bem como orientações para o cuidado com o bebê, com a amamentação e a introdução alimentar da criança. Sabe se que esse tipo de pesquisa é fundamental para indicar aspectos de melhorias em unidades de saúde. Uma vez que faltam resultados consistentes para embasar solicitações e reformulações em atendimentos voltados para a área da saúde, principalmente em locais públicos que precisam comprovar aos órgãos de distribuição de verba do município as prioridades e consequências das possíveis melhorias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostrou as variações de peso pré-gestacional, seu aumento no período da gravidez apresentando correlação significativa com o aumento da pressão arterial sistólica e diastólica das gestantes, e, além disso, expos a relação com o peso ao nascer dos recém-nascidos, sendo um fator de risco para o indicador de recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG).

Reconhecendo este problema, é importante um pré-natal de qualidade na atenção primária associado a ações educativas junto com o adequado monitoramento do peso e do estado nutricional das mulheres no sentido de evitar que a gestação seja fator de risco para sobrepeso e obesidade para o binômio mãe e filho.

REFERÊNCIAS

1. ADANE AA, et al. Adult Pre-pregnancy Weight Change and Risk of Developing Hypertensive Disorders in Pregnancy. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2017; v. 31, n. 3, p. 167–175.

2. CAMPOS CAS, et al. Gestational weight gain, nutritional status and blood pressure in pregnant women. Revista de Saúde Pública, 2019; v. 53, p. 57.

3. CAZAROTTO B, et al. Maternal Weight Variation in Different Intrauterine Environments: An Important Role of Hypertension. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics, 2019; v. 41, n. 04, p. 220–229.

4. CHAGAS DC, et al. Efeitos do ganho de peso gestacional e do aleitamento materno na retenção de peso pós-parto em mulheres da coorte BRISA. Cadernos de Saúde Pública, 2017; v. 33, n. 5.

5. FOR THE EARLY GROWTH GENETICS (EGG) CONSORTIUM et al. Maternal and fetal genetic contribution to gestational weight gain. International Journal of Obesity, 2018; v. 42, n. 4, p. 775–784.

6. GOODARZI-KHOIGANI M, et al. Prevention of Excessive Gestational Weight Gain by Nutrition Education Intervention: A Randomized Controlled Trial. Health Scope, 2018; v. 7, n. 3, p. 14

7. KARACHALIOU M, et al. Association of trimester-specific gestational weight gain with fetal growth, offspring obesity, and cardiometabolic traits in early childhood. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2015; v. 212, n. 4, p. 502.e1-502.

8. KHORAMABADI M, et al. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women. Global Journal of Health Science, 2015; v. 8, n. 2, p. p230.

9. KIANI ASIABAR A, et al. The effect of an educational intervention in early pregnancy with spouse's participation on optimal gestational weight gain in pregnancy: a randomized controlled trial. Health Education Research, 2018; v. 33, n. 6, p. 535–547.

10. LECORGUILLÉ M, et al. An association between maternal weight change in the year before pregnancy and infant birth weight: ELFE, a French national birth cohort study. PLOS Medicine, 2019; v. 16, n. 8, p. e1002871.

11. LEI Q, et al. Trimester-Specific Weight Gain and Midpregnancy Diastolic Blood Pressure Rebound During Normotensive Pregnancy. Hypertension, 2017; v. 70, n. 4, p. 804–812.

12. MALTA, MB, et al. Educational intervention regarding diet and physical activity for pregnant women: changes in knowledge and practices among health professionals. BMC Pregnancy and Childbirth, 2016; v. 16, n. 1, p. 175.

13. MORAIS S, et al. Body Mass Index Changes during Pregnancy and Perinatal Outcomes - A Cross-Sectional Study. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics, 2018; v. 40, n. 01, p. 011–019.

14. MOREIRA M, et al. A importância do peso na gravidez: antes, durante e depois. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2015; v. 10, n. 2, p. 147–151.

15. O'BRIEN, EC, et al. Impact of maternal education on response to lifestyle interventions to reduce gestational weight gain: individual participant data meta-analysis. BMJ Open, 2019; v. 9, n. 8, p. e025620.

16. OLIVEIRA ACM, GRACILIANO NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2015; v. 24, n. 3, p. 441–451.

17. OLIVEIRA SC, et al. Educational interventions for a healthy diet promotion during pregnancy. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2018; v. 12, n. 4, p. 962.

18. REN M, et al. Excessive gestational weight gain in accordance with the IOM criteria and the risk of hypertensive disorders of pregnancy: a meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 2018; v. 18, n. 1, p. 281.

19. SBARDELOTTO T, et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais*. Cogitare Enfermagem, 2018; v. 23, n. 2.

20. SILVA EP, et al. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. Ciência & Saúde Coletiva, 2016; v. 21, n. 9, p. 2935–2948.

21. SILVA EP, et al. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil. Revista de Saúde Pública, 2019; v. 53, p. 43.

22. TOMASI E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cadernos de Saúde Pública, 2017; v. 33, n. 3.

23. WALTER JR, et al. Associations of trimester-specific gestational weight gain with maternal adiposity and systolic blood pressure at 3 and 7 years postpartum. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2015; v. 212, n. 4, p. 499.e1-499.e12.

24. ZHOU A, et al. Pre-Pregnancy BMI, Gestational Weight Gain, and the Risk of Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Cohort Study in Wuhan, China. PLOS ONE, 2015; v. 10, n. 8, p. e0136291.

Capítulo 36

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GRAVIDEZ

RISK FACTORS ASSOCIATED TO URINARY INCONTINENCE DURING PREGNANCY

Weslley Morais de Araújo[1]
Amanda Lídia Dantas Targino[2]
Hugo Leandro Andrade Paiva[3]
Lia Maristela da Silva Jacob[4]

RESUMO: Objetivou-se revisar e descrever, com base na literatura nacional e internacional, os fatores de risco ao desencadeamento da incontinência urinária em gestantes. Trata-se de revisão integrativa, realizada entre julho e agosto de 2020. Os artigos foram selecionados das bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed); e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), escritos em inglês ou português, publicados entre 2016 e 2020. Selecionaram-se 12 estudos para discussão. Observou-se que a incontinência urinária na gestação tem causas multifatoriais que podem estar relacionadas à idade avançada, ao tabagismo, à constipação intestinal, ao excesso de peso, à multiparidade, ao terceiro trimestre gestacional, a histórias prévias de incontinência urinária, à episiotomia e/ou parto cesárea e a morbidades gestacionais, como diabetes e distúrbios hipertensivos.
Palavras-chave: Incontinência Urinária. Gestação. Fatores de Risco.

ABSTRACT: The aim of this study was to review and describe the factors for risks of triggering urinary incontinence in pregnant women, in national and international literature. This work is an integrative review carried out between July and August 2020. The papers were selected from Scientific Electronic Library Online (SciELO), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), and Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) databases, which were written in English and Portuguese during the years of 2016 and 2020. 12 studies were selected for discussion. It is shown that UI during pregnancy has multifactorial causes and they can be related to advanced age, smoking, constipation, overweight, multiparity, third trimester of pregnancy, previous histories of UI, episiotomy and/or cesarean delivery and gestational morbidities, such as diabetes and hypertensive disorders.
Keywords: Urinary Incontinence. Pregnancy. Risk Factors.

Introdução

A Incontinência Urinária (IU) tem etiologia multifatorial, relaciona-se à idade, cor da pele, multiparidade, constipação, álcool e drogas ilícitas, comorbidades (como diabetes mellitus e hipertensão), bem como ao alto índice de massa corporal pré-gestacional e às adaptações gestacionais (SANTINI, 2019).

A IU é designada pela Sociedade Internacional de Continências como qualquer perda involuntária de urina (D'ANCONA *et al*., 2019). Pode ser classificada em Incontinência Urinária de Urgência (IUU), sendo a perda de urina acompanhada por sensação de necessidade súbita de urinar; Incontinência Urinária de Esforço (IUE), perda de urina decorrente de esforço que aumente

[1] Graduando em Medicina pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN. E-mail: weslleysp@hotmail.com
[2] Graduando em Medicina pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN. E-mail: amandantast@gmail.com
[3] Graduando em Medicina pela Escola Multicampi de Ciências Médicas/UFRN. E-mail: hugopaiva@live.com
[4] Doutora em Ciências da Saúde pela UNICAP. Docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas/ UFRN e Departamento de Enfermagem- UERN/ Caicó- RN. E-mail: lia_maristela@hotmail.com.

a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou exercícios físicos; e a Incontinência Urinária Mista (IUM), quando há queixa de perda associada à urgência e aos esforços (CARVALHO, 2014).

A prevalência de IU aumenta consideravelmente na gravidez, representada, principalmente, pela incidência de IUE, ao correr, pular, tossir ou rir, seguida pela IUM. A incidência de IU é baixa no primeiro trimestre, aumentando rapidamente no segundo trimestre, embora mais lentamente, no terceiro trimestre (SOLANS-DOMENECH *et al*., 2010). Nessa conjuntura, a gestação, como processo fisiológico, com alterações hormonais e ganho de peso, e de reorganização anatômica, como aumento no volume uterino e disfunções no assoalho pélvico, agrega fatores específicos que contribuem para queixa de perda urinária, tornando-se mais prevalente com o avanço do período gestacional, principalmente no segundo trimestre (WESNES; RORTVEIT, 2012).

Embora a incontinência urinária não exponha a pessoa a alto risco, o efeito na qualidade de vida pode ser substancial. Mulheres com incontinência urinária moderada a grave podem sofrer de ansiedade, depressão, constrangimento social, perda de autoestima e dificuldades de relacionamento sexual. É necessário avaliar medidas de redução de riscos ao desenvolvimento de IU, a exemplo, por meio do exercício do assoalho pélvico, no período pré-natal, e também de medidas de melhora aos sintomas da incontinência urinária, quando já existente (PELAEZ *et al*., 2014).

Assim, objetivou-se revisar e descrever, com base na literatura nacional e internacional, os fatores de risco ao desencadeamento da incontinência urinária em gestantes.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de revisão integrativa, que agrupa pesquisas do mesmo tema e orienta a aplicação com base em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Trilharam-se seis etapas: identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; escolha dos critérios de inclusão e exclusão; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A questão norteadora da pesquisa foi: quais fatores de risco desencadeiam incontinência urinária durante a gestação?

O levantamento bibliográfico para o estudo foi realizado entre julho e agosto de 2020, nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed); e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

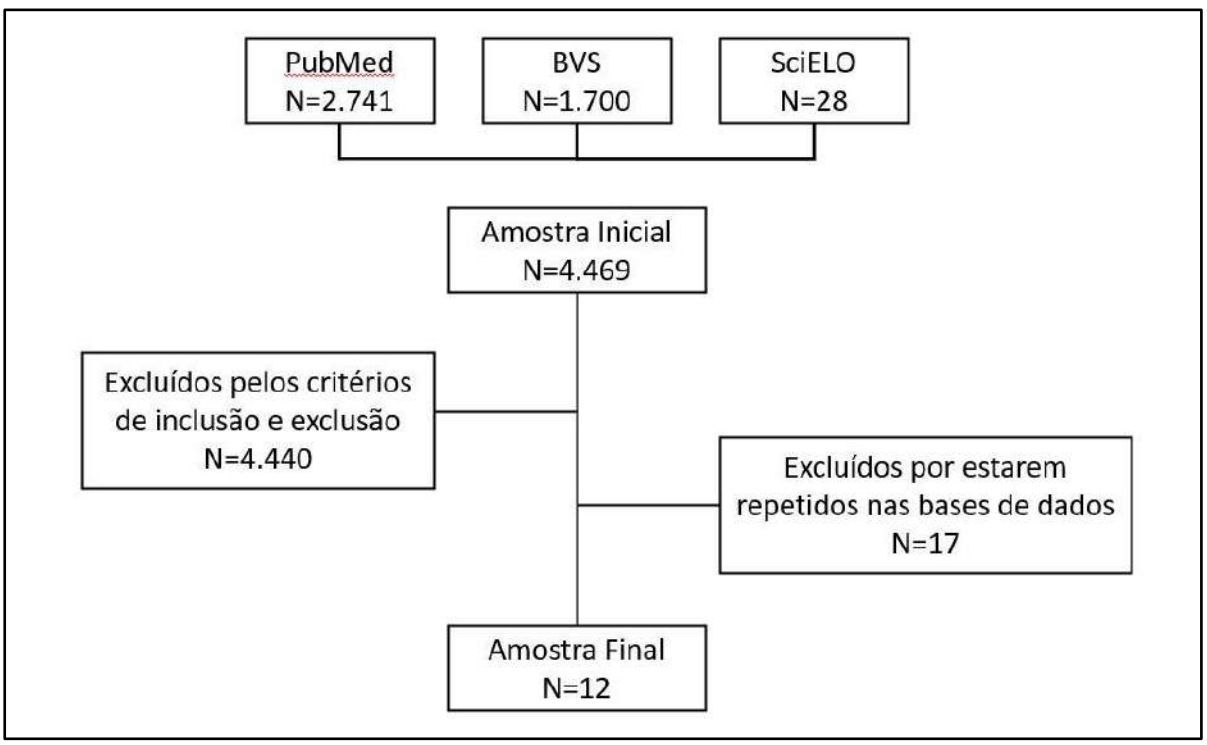
O Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: fatores de risco; incontinência urinária e gestação. Para busca de artigos em inglês, utilizaram-se do *Medical Subject Headings* (MeSH): risk factors; urinary incontinence; pregnancy. Os descritores foram cruzados com o operador booleano *AND*, durante as pesquisas nas bases de dados.

Os critérios de inclusão selecionados foram: artigos nos idiomas português e inglês, publicados entre 2016 e 2020, que respondessem à questão norteadora. Excluíram-se os artigos

repetidos, os que não estavam disponíveis na íntegra e os que não respondiam à questão norteadora do estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram 12 artigos para discussão (Figura 1).

Utilizou-se do gerenciador de referências Mendeley, após seleção e agrupamento dos artigos em categorias de análise. Para discussão dos resultados, elaborou-se quadro sintético contendo tópicos de relevância sobre os artigos: títulos, países de publicação, objetivos dos estudos, delineamentos metodológicos, níveis de evidência e principais resultados.

Figura 1. Fluxograma de busca e critérios de seleção da amostra de estudos.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Resultados

Selecionaram-se 12 (100%) artigos para discussão. Dois (16,7%) estudos incluíram fatores relacionados à IU, em período prévio ou posterior à gravidez. Dois (16,7%) analisaram os fatores em mulheres jovens e/ou adolescentes grávidas. Um (8,3%) analisou a prevalência e os fatores associados à IU, em primigestas, e um (8,3%), em multíparas.

Foram nove (75%) estudos internacionais e três brasileiros, distribuídos entre oito países. Em relação aos continentes, constataram-se três (25%) sul-americanos (Brasil), dois (16,7%) africanos (Nigéria e Etiópia), dois asiáticos (Malásia e Taiwan), um (8,3%) norte-americano (Estados Unidos), um europeu (Irlanda) e três transcontinentais (Turquia - Europa e Ásia).

Ao considerar o delineamento metodológico, observou-se prevalência de oito (66,7%) estudos transversais, além de dois (16,7%) de coorte, uma (8,3%) revisão sistemática e um (8,3%) caso-controle.

O Quadro 1 sumariza as características relevantes dos estudos selecionados, em relação aos títulos, países, objetivos, métodos, níveis de evidência e resultados.

Quadro 1. Demonstrativo dos artigos relacionados aos fatores de risco à IU, de acordo com títulos, países, objetivos, métodos, níveis de evidência e resultados.

Títulos	Países	Objetivos	Métodos	Níveis de evidência	Resultados
Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors	Turquia	Investigar a prevalência de incontinência urinária durante a gravidez e os fatores de risco associados.	Estudo transversal e descritivo	Muito baixo	A IUE foi o tipo mais comum de incontinência durante a gravidez, com maior prevalência em nulíparas. Os fatores significativamente associados incluíram faixa etária, idade gestacional, paridade, IU prévia, constipação, modo de parto anterior, infecção prévia do trato urinário, IMC, durante a gravidez.
Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament	Malásia	Determinar a prevalência de incontinência urinária entre primigestas no terceiro trimestre, os fatores de risco e o efeito na qualidade de vida.	Estudo transversal	Muito baixo	A enurese na infância e a história de incontinência urinária foram fatores de risco à IU na gestação.
Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence During Pregnancy	Turquia	Determinar a frequência de LUTS* e incontinência urinária durante a gravidez e os fatores de risco associados.	Estudo transversal prospectivo	Baixo	Idade avançada, tabagismo e multiparidade foram fatores de risco associados à incontinência urinária e LUTS.
Factors associated with urinary incontinence in pregnant adolescents: a case-control study	Brasil	Avaliar os fatores associados à incontinência urinária (IU), em adolescentes grávidas.	Estudo de caso-controle	Muito baixo	Fatores associados referem-se a primigestas de 10 a 14 anos de idade, com relação ao histórico de IU e / ou constipação.
Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis	Brasil	Validar a hipótese de que multiparidade, idade igual ou superior a 35 anos e IMC alto (pré-gestação e durante a gravidez) são fatores de risco para ocorrência de IU em gestantes.	Revisão sistemática	Baixo	Os fatores de exposição investigados são fatores de risco para IU na gravidez, com base em qualidade de evidência muito baixa.
Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia	Etiópia	Determinar a prevalência de incontinência urinária e fatores associados entre mulheres grávidas, após o pré-natal, no Hospital da Universidade de Gondar.	Estudo transversal	Muito baixo	Associação significativa de incontinência urinária com história prévia de episiotomia, constipação, IMC materno e problemas respiratórios.
Urinary incontinence in nulliparous women	Irlanda	Explicar as associações com o	Estudo de coorte	Muito baixo	Mulheres com idade ≥35 anos, IMC pré-gestacional 25

before and during pregnancy: prevalence, incidence, type, and risk factors		vazamento urinário pré-gravidez.	prospectivo		a 29,99 kg / m2 e que vazaram urina menos de uma vez por mês, tiveram probabilidade significativa de relatar novo início de IU na gravidez.
Urinary Incontinence in Pregnant Young Women and Adolescents: An Unrecognized At-Risk Group	EUA	Determinar a prevalência de incontinência urinária (IU), em mulheres jovens e adolescentes grávidas, caracterizar o subtipo de IU e identificar características associadas à IU.	Estudo transversal	Muito baixo	Não houve diferença estatística detectada nas características demográficas (como idade, paridade, modo de parto, raça, educação e trimestre da gravidez) entre gestantes continentes e incontinentes. Não foram apreciadas diferenças entre adolescentes grávidas e mulheres adultas jovens com IU.
Urinary Incontinence in Pregnant Women Prevalence, Associated Factors, and Its Eff ects on Health-Related Quality of Life	Turquia	Determinar a prevalência e os fatores de risco para IU durante a gravidez e avaliar o efeito na qualidade de vida relacionada à saúde.	Estudo descritivo, transversal.	Muito baixo	Idade, paridade e semana gestacional foram associadas a uma maior probabilidade de IU durante a gravidez. O uso prévio de hormônios contraceptivos foi associado a um risco reduzido de IU durante a gravidez.
Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study	Taiwan	Investigar a prevalência e os fatores de risco da incontinência urinária de esforço (IUE) e o impacto desta na qualidade de vida, durante a gravidez e 12 meses após o parto.	Coorte	Baixo	IUE persistente é mais prevalente no grupo de parto vaginal que no grupo cesáreo. Os fatores de risco de IUE durante a gravidez incluíram peso corporal e índice de massa corporal, na primeira consulta.
Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ikere-Ekiti, Nigeria	Nigeria	Determinar a prevalência e os fatores de risco associados à IU entre os participantes da clínica pré-natal, em ambiente com poucos recursos, na Nigéria.	Estudo prospectivo transversal	Baixo	Excesso de peso, obesidade terceiro trimestre, parto vaginal, instrumental prévio, etnia da tribo Ibo e da tribo Ebira, da Nigeria, foram associados à IU na gravidez.
Prevalência e fatores associados à ocorrência de incontinência urinária na gestação	Brasil	Estimar a prevalência de incontinência urinária (IU) na gestação, identificar e quantificar fatores associados à IU gestacional.	Estudo transversal	Baixo	Uso de drogas ilícitas, tabagismo e morbidades gestacionais, como a DHG e o DMG, associam-se fortemente à IU, além de pelo menos um parto por via cesárea, mais que dobra a chance de IU em gestação subsequente.

*Lower Urinary Tract Symptoms.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Discussão

A incontinência urinária no período gestacional é uma condição comum e tem sido alvo de estudos, os quais apresentaram prevalências consideráveis em espaços amostrais. Parte das

pesquisas apresentou valores acima de um quarto da população avaliada (DINÇ, 2018; BALIK *et al*., 2016; OKUNOLA *et al*., 2018; SANTINI *et al*., 2019).

O estudo de Dinç (2018) analisou grupo de 750 mulheres, das quais 300 apresentaram IU, sendo a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) o principal tipo. Apesar da idade ser reconhecidamente fator de risco para a IU, o mesmo estudo não encontrou relação entre essas variáveis durante a gestação. Contudo, outros autores encontraram evidências de que há relação entre a idade mais avançada e a incontinência urinária, durante a gravidez (BALIK *et al*., 2016; BARBOSA *et al*., 2018a; KOK *et al*., 2016).

Houve aumento na prevalência de IU, conforme a idade gestacional avançava, sendo o terceiro trimestre o principal período relacionado (DINÇ, 2018; KOK *et al*., 2016; OKUNOLA *et al*., 2018).

O estudo de Dinç (2018) também evidenciou que mulheres multíparas e que tiveram três ou mais gravidezes, também, apresentaram aumento significativo na prevalência para IU. Corroboram esse estudo pesquisas realizadas por Barbosa *et al*. (2018a), Kok *et al*. (2016) e Santini *et al*. (2019). Balik *et al.* (2016) também apresentaram resultados estatisticamente significantes relativos à paridade, sendo as multíparas com maior prevalência, no entanto, referiram-se apenas à IUE.

O excesso de peso, a obesidade e o IMC também foram alvos de pesquisas e apresentaram relação com a prevalência de IU (DINÇ, 2018; BARBOSA, 2018a; BEKELE *et al*., 2016; OKUNOLA *et al*., 2018; LIN *et al*., 2018).

No tocante aos hábitos de vida, o tabagismo foi o principal fator de risco estudado. Estudo transversal com 950 mulheres, realizado no Brasil, por Santini *et al*. (2019), na cidade de Botucatu-SP, apontou que as gestantes com hábito de fumar apresentaram chance 4,5 vezes maior de apresentar IU do que aquelas que não fumavam, resultado semelhante ao de Balik *et al*. (2016). Em contrapartida, o estudo realizado por Dinç (2018) não apresentou relação significativa com a IU entre gestantes fumantes e não fumantes.

Santini *et al.* (2019) também encontraram associação entre morbidades gestacionais, como distúrbios hipertensivos na gestação e diabetes mellitus gestacional, e o aumento na chance de adquirir IU durante o período de gravidez. No mesmo estudo, destacou-se o achado de que histórias prévias de parto cesárea se enquadram como fator de risco. Dado importante, porém, não fora evidenciado nos outros estudos, carecendo, assim, de maior atenção nas próximas pesquisas sobre o tema.

Além disso, constataram-se associações relevantes encontradas entre IU e constipação intestinal (DINÇ, 2018; BEKELE *et al*., 2016; SANTINI *et al.,* 2019). A pesquisa de Bekele *et al*. (2016), com 422 mulheres grávidas, evidenciou que histórias prévias de episiotomia seriam fator de risco para IU, porém, nos demais estudos analisados, demonstrou-se que esta constatação necessita de maiores investigações.

A análise da incontinência urinária em gestantes adolescentes considerou fatores próprios da faixa etária, de alterações corporais e psicológicos, cognitivos e sociais e de que forma se assemelham à ocorrência de IU em gestantes adultas (Barbosa *et al*., 2018b).

Em estudo de caso-controle, Barbosa *et al*. (2018b) analisaram grupos com idade média de 17,09 anos e 17,28 anos, respectivamente. Nesse contexto, identificou-se associação entre a IU em adolescentes grávidas e as variáveis: idade, principalmente 10 a 14 anos, IU anterior na infância, na gravidez ou no pós-parto e a constipação. Contudo, o maior número de gestações diminui a probabilidade de desenvolver IU, durante a gravidez, em 50%.

Outro estudo, porém, avaliou grupos de adolescentes e jovens adultas grávidas e não detectou diferença significativa na faixa etária, paridade, raça/etnia, nível de escolaridade ou trimestre da gravidez entre mulheres continentes e incontinentes. Da mesma forma, não houve diferença identificável nessas características entre adolescentes grávidas com IU e grávidas adultas com IU (JEAN-MICHEL *et al*., 2017).

Ao considerar gestantes primigestas, a prevalência de IU se refere ao terceiro trimestre, constatando-se que a maioria das mulheres com incontinência têm IUE, ao tossir e espirrar, principalmente, seguido por IUM e IUU (ABDULLAH, 2016; DALY; CLARKE; BEGLEY, 2018). Os fatores que se mostraram significativamente relacionados à incontinência urinária foram enurese na infância e história prévia de incontinência urinária (ABDULLAH, 2016).

A IU pré-gestacional, nos 12 meses prévios à gestação, foi referenciada como fator de novas ocorrências de IU durante a gestação. Estudo de coorte com nulíparas mostrou que mulheres com histórico de enurese na infância ou obesas, além de idade ≥ 35 anos ou vazar ao menos uma vez por mês antes da gravidez, são fatores de risco significativos para o desenvolvimento de novos eventos de incontinência urinária na gravidez (DALY; CLARKE; BEGLEY, 2018).

A despeito dos potenciais achados desta revisão, este estudo apresenta limitações, como a escassez de pesquisas robustas, com alto nível de evidência, pois se observaram apenas estudos com nível de evidência baixo ou muito baixo. Ainda, pode-se considerar que a metodologia de busca, realizada em apenas três bases de dados e idiomas português e inglês, foi também outra restrição desta pesquisa, visto que outras fontes de dados e outros idiomas de publicação forneceriam mais estudos.

Considerações Finais

Estabeleceu-se análise e elencaram-se os fatores de risco para o desenvolvimento da IU em gestantes, conforme literatura nacional e internacional, baseando-se nos estudos mais recentes publicados. Observou-se que a IU na gestação tem causas multifatoriais e que podem estar relacionadas à idade avançada, ao tabagismo, à constipação intestinal, ao excesso de peso, à multiparidade, ao terceiro trimestre gestacional, às histórias prévias de IU, à episiotomia e/ou parto cesárea e às morbidades gestacionais, como diabetes e distúrbios hipertensivos.

Apesar da multifatoriedade observada, deve-se observar a baixa amostra populacional dos estudos. Desta forma, para assegurar o potencial dos fatores descritos, são necessários estudos com maiores populações e delineamento metodológico de maior evidência.

Por fim, espera-se, com este estudo, que mais pesquisas sejam encorajadas. Além disso, almeja-se contribuir com profissionais e estudantes da área da saúde que buscam informações para compreender o tema e/ou otimizar as condutas na prática clínica.

Referências

ABDULLAH, B. *et al*. Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 198, p. 110-115, 2016. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.01.006

BARBOSA, L. *et al*. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **International urogynecology journal**, v. 29, n. 10, p. 1413-1427, 2018a. https://doi.org/10.1007/s00192-018-3656-9

BARBOSA, L. *et al*. Factors associated with urinary incontinence in pregnant adolescents: a case-control study. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 31, n. 4, p. 382-387, 2018b. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.131

BALIK, G. *et al*. Lower urinary tract symptoms and urinary incontinence during pregnancy. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 8, n. 2, p. 120-124, 2016. https://doi.org/10.1111/luts.12082

BEKELE, A.; ADEFRIS, M.; DEMEKE, S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 333, 2016. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1126-2

CARVALHO, M. P. *et al*. The impact of urinary incontinence and their associated factors in elderly women. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 721-730, 2014. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135.

DALY, D.; CLARKE, M.; BEGLEY, C. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, type, and risk factors. **International urogynecology journal**, v. 29, n. 3, p. 353-362, 2018. https://doi.org/10.1007/s00192-018-3554-1

D'ANCONA, C. *et al*. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. **Neurourology and urodynamics**, v. 38, n. 2, p. 433-477, 2019. https://doi.org/10.1002/nau.23897.
DINÇ, A. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 10, n. 3, p. 303-307, 2018. https://doi.org/10.1111/luts.12182

JEAN-MICHEL, M. *et al*. Urinary incontinence in pregnant young women and adolescents: an unrecognized at-risk group. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 24, n. 3, p. 232, 2018. https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000445

KOK, G. *et al*. Urinary incontinence in pregnant women. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 43, n. 5, p. 511-516, 2016. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000262

LIN, Yi-Hao *et al*. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 57, n. 3, p. 340-345, 2018. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.04.003

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

OKUNOLA, T. O. *et al*. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ikere-Ekiti, Nigeria. **Neurourology and urodynamics**, v. 37, n. 8, p. 2710-2716, 2018. https://doi.org/10.1002/nau.23726

PELAEZ, M. *et al*. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. **Neurourology and urodynamics**, v. 33, n. 1, p. 67-71, 2014. https://doi.org/10.1002/nau.22381.

SANTINI, A. C. M. *et al*. Prevalence and factors associated with the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 4, p. 967-974, 2019.

SOLANS-DOMÈNECH, Maite; SÁNCHEZ, Emília; ESPUÑA-PONS, Montserrat. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 3, p. 618-628, 2010.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134- Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.

WESNES, S. L.; HUNSKAAR, S.; RORTVEIT, G. Epidemiology of urinary incontinence in pregnancy and postpartum. **Urinary incontinence [Internet]. Rijeka: InTech**, p. 21-40, 2012. Disponível em: http://www.intechopen.com/books/urinary-incontinence/

Capítulo 37

FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL PARA MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

RISK FACTORS AND ASSISTANCE STRATEGIES IN MENTAL HEALTH FOR WOMEN IN THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE

Ana Clara Oliveira Alves[1]
Amanda Gabriela Araújo da Silva[2]
Isaac Jacob da Silva[3]
Rômulo Mágnus de Castro Sena[4]
Lia Maristela da Silva Jacob[5]

RESUMO: Objetivou-se revisar e descrever estudos nacionais e internacionais que apontem fatores de risco e estratégias assistenciais em saúde mental para mulheres na gravidez e no pós-parto. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, utilizando bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados em Enfermagem, com os Descritores em Ciências da Saúde: gravidez; saúde mental; período pós-parto, com textos de 2015 a 2020. Após a avaliação dos critérios de inclusão foram selecionados 10 artigos. A vulnerabilidade psicológica na gravidez e puerpério está relacionados à fragilidade da rede de apoio, histórico de traumas, violência, baixas condições socioeconômicas; dependência química, indesejo da gravidez, complicações e insatisfação corporal. Os profissionais devem prestar assistência às mulheres fortalecendo-a com a multidisciplinaridade, incluindo a família, oferecendo apoio e buscando contribuir para melhor qualidade de vida das mulheres nesses ciclos da vida.
Palavras-chave: Gravidez. Saúde Mental. Período Pós-parto.

ABSTRACT: The objective was to review and describe national and international studies that point out risk factors and assistance strategies in mental health for women in pregnancy and in the postpartum period. This is an integrative literature review study, using Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences databases and Nursing Database, with Health Sciences Descriptors: pregnancy; mental health; postpartum period, with texts from 2015 to 2020. After evaluating the inclusion criteria, 10 articles were selected. Psychological vulnerability in pregnancy and the puerperium is related to the fragility of the support network, history of trauma, violence, low socioeconomic conditions; chemical dependency, unwanted pregnancy, complications and body dissatisfaction. Professionals should assist women by strengthening them with multidisciplinarity, including the family, offering support and seeking to contribute to a better quality of life for women in these life cycles.
Keywords: Pregnancy. Mental health. Postpartum period.

Introdução

A gravidez e o período pós-parto são fases relevantes na vida das mulheres, marcadas por diversas mudanças, entre elas, sociais, culturais, biológicas, hormonais, psicológicas,

[1]Graduanda em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: anaclaraoliveira1026@gmail.com.
[2]Nutricionista, pós-graduada na modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da EMCM/UFRN. E-mail: ag.amandagabriela@gmail.com
[3]Fisioterapeuta no Hospital Regional de Pombal Senador Rui Carneiro. E-mail: isaac_jacob24@hotmail.com
[4]Enfermeiro Doutorando em Ciências Médicas/Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. E-mail: enfermagnus@gmail.com
[5]Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde - Unicamp. Docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas-EMCM/UFRN- Caicó-RN. Docente na Universidade Estadual do Rio Grande do Norte/ Enfermagem/ UERN- Caicó-RN. E-mail: liamaristela@gmail.com

emocionais, deixando-as mais sensíveis e influenciando na saúde mental. Além disso, surgem cobranças socioculturais, familiares e pessoais relacionadas ao desenvolvimento adequado das funções maternas. Todos esses fatores são geradores de estresse, desgaste físico e emocional intensos na mulher, tornando-se fundamental uma maior atenção e suporte psíquico, pois ela estará mais suscetível a alterações que poderão influenciar diretamente na sua saúde mental e interferir no vínculo com o filho (DELL'OSBEL, GREGOLETTO, CREMONESE, 2019; MACIEL et al., 2019; MELO et al., 2019).

Nesse sentido, as condições de saúde mental são complicações comuns no ciclo gravídico-puerperal, sendo uma causa subjacente para aproximadamente 9% das mortes relacionadas à gravidez (CDC, 2019). Dentre eles, a depressão é conhecida por ser a mais comum e está associada a menores taxas de início da amamentação, pior vínculo materno-infantil e maior probabilidade de bebês apresentarem atrasos no desenvolvimento, e quando não tratada, a depressão pós-parto pode afetar adversamente a saúde da mãe e causar problemas de sono, alimentação e comportamento ao bebê; todavia, quando efetivamente tratados e gerenciados, tanto a mãe quanto o filho são beneficiados (BAUMAN et al., 2020).

O baby-blues ou tristeza puerperal é o transtorno mental de maior prevalência durante o período puerperal, acomete cerca de 85% das mulheres, apesar disso, ainda é subnotificado pela dificuldade em reconhecê-lo como doença e de ser confundido com uma adaptação natural da puérpera. A tristeza puerperal quando é mais intensa e duradoura pode levar a uma Depressão Pós-Parto (DPP), que consiste em um quadro clínico severo e agudo cujo tratamento dar-se por acompanhamento psicológico e psiquiátrico; ou a uma Psicose Puerperal, um distúrbio de humor psicótico com perturbações mentais graves (MACIEL et al., 2019).

Nesse contexto, evidencia-se que os fatores de risco associados à depressão na gravidez e a sua continuação pela vida da mulher são, principalmente: antecedentes psiquiátricos, sobretudo com história prévia de depressão; fatores relacionados com a pobreza, como baixa renda e escolaridade, desemprego; carência de apoio social familiar ou marital, instabilidade das relações; eventos de vida estressantes; gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco ou outras drogas; e história de violência doméstica (MOJICA- PERILLA, REDONDO-RODRIGUEZ, OSMA- ZAMBRANO, 2019).

As pesquisas sugerem que as chances de sofrer ansiedade na gravidez aumentam em caso de comorbidade psiquiátrica, eventos estressantes, desvantagem social, histórico de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro ou morte neonatal precoce, histórico prévio de doença mental e uma história de tratamento psiquiátrico durante uma gravidez anterior ou em qualquer momento da vida (SILVA et al., 2017).

Alguns fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, faltam de suporte social, gestação não planejada, dificuldades em amamentar e eventos estressores aumentam a probabilidade de desenvolver algum transtorno puerperal (MACIEL et al, 2019). Ademais, alguns fatores contribuem para a puérpera sofrer ansiedade: situações de estresse; comorbidades psiquiátricas; baixa condição financeira; histórico de aborto; óbito fetal, parto prematuro ou morte

neonatal precoce; situações de violência; histórico de doença mental e uma história de tratamento psiquiátrico durante a gravidez anterior ou em qualquer momento da vida (FIOROTTI et al, 2019).

Nesse contexto, a ação da equipe multiprofissional é decisiva para alcançar o bem-estar físico e mental favorável, porque se promove intervenções em todas as dimensões que envolvem o ser holístico (SILVA et al., 2017).

Dessa forma, a atenção integral no processo de prestar assistência na gestação, no parto e no puerpério, ou seja, o olhar para os fatores psicossociais pessoais e familiares nos quais a mulher está inserida, impacta integralmente no bem-estar materno e infantil. Essa visão deve estar presente na prática clínica de todos os profissionais da saúde, dentre eles destaca-se o enfermeiro, que deve aproveitar-se dessa conduta nas consultas de pré-natal e puerpério, buscando possíveis sinais de adoecimento psíquico ou fatores de risco à saúde mental materna nesse ciclo da vida, e fundamentando o diagnóstico de enfermagem, tomando, assim, medidas mais assertivas nas demais fases do processo da assistência (CARDILLO et al, 2016; LUCCHESE et al, 2017; MACIEL et al, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, e com o intuito de conseguir o Objetivo Cinco dos Desafios do Milênio, é necessário melhorar a saúde materna, e para isto, medidas precisam ser incluídas para prevenir e gerenciar os problemas de saúde mental durante a gravidez e depois do parto (MOJICA- PERILLA; REDONDO-RODRIGUEZ; OSMA-ZAMBRANO, 2019).

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo revisar e descrever estudos nacionais e internacionais que apontem fatores de risco relacionados a transtornos mentais em gestantes e puérperas, e estratégias assistenciais em saúde mental para mulheres nesses ciclos da vida, a partir de uma revisão integrativa.

Metodologia

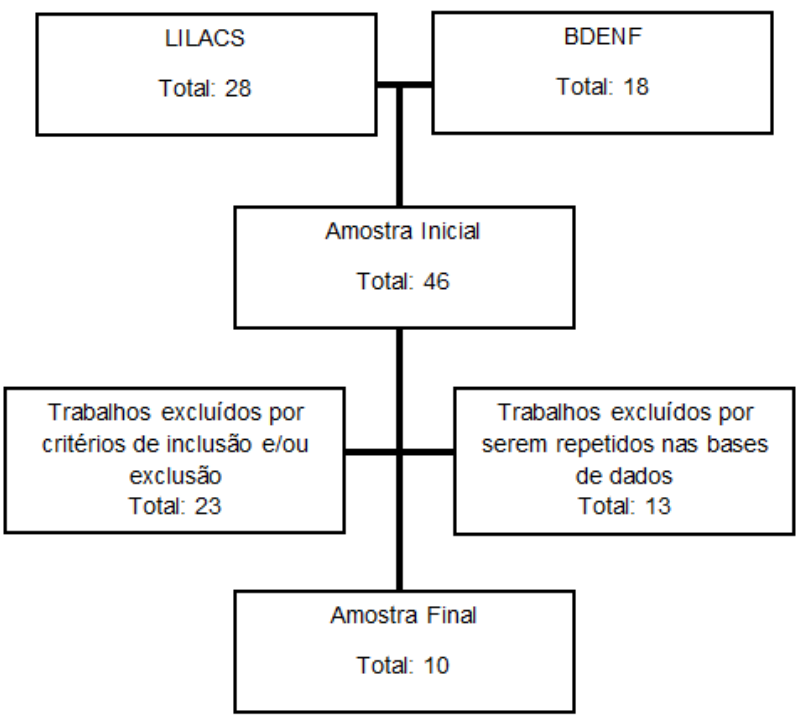
Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, método que tem sido muito importante diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, uma vez que, proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, sendo apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Como guia metodológico, essa revisão integrativa foi caracterizada pelas seguintes etapas: 1) identificação do tema e questionamento de revisão determinada pela pergunta norteadora; 2) busca na literatura de estudos que integrem os critérios de inclusão e exclusão para compor a amostra; 3) categorização dos estudos que define as informações a serem utilizadas; 4) avaliação e análise dos estudos incluídos; 5) interpretação e discussão dos resultados; 6) síntese do conhecimento apresentado e conclusão (GALVÃO; PEREIRA, 2014). Seguindo esse fluxo, a pergunta norteadora foi estabelecida como “Quais os fatores de risco e estratégias assistenciais relacionadas a transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal?”.

Utilizaram-se as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), a busca foi realizada a partir dos Descritores em Ciências da Saúde(Decs): gravidez; saúde mental; período pós-parto, e foram considerados os textos publicados entre o período de 2015 a 2020. A partir dessa busca obteve-se um total de 46 documentos. Foram selecionados apenas artigos publicados em português, inglês e espanhol, cujos conteúdos abordassem o tema investigado com acesso livre aos textos completos no periódico, esses estudos deveriam abordar explicitamente fatores de risco e/ou estratégias assistenciais relacionadas aos transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal. Desse modo, as amostras dos estudos deveriam incluir gestantes ou puérperas, baseados em pesquisas empíricas e/ou ensaios clínicos.

Foram excluídos textos de monografias, dissertações, teses, livros, artigos de opinião, bem como os artigos repetidos nas bases de dados. Procedeu-se então uma leitura minuciosa dos títulos e resumos dos artigos, atentando-se para sua relação com a questão norteadora e os critérios adotados. Após a avaliação dos 46 textos, verificou-se que 36 não atendiam aos critérios de inclusão, portanto, foram selecionados 10 artigos para esta revisão integrativa (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da busca e critérios de seleção da amostra dos estudos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados

A maioria dos artigos analisados são estudos do tipo transversal (100%) e de abordagem quantitativa (80%). É possível observar que os estudos selecionados a maioria deles foi publicado nos anos 2017 (30%) e 2019 (30%), verifica-se também uma predominância de publicação em revistas brasileiras, tal fato pode ser explicado em virtude da escolha das bases de

dados, como a LILACS, a qual contém muitos trabalhos da América Latina. Destaca-se a publicação de 2 (20%) dos artigos analisados na Revista Online de Pesquisa O Cuidado é Fundamental (Tabela 1)

Tabela 1. Análise dos artigos selecionados de acordo com autores, ano, título, objetivo, tipo de estudo, principais resultados e revista de publicação.

AUTOR/ ANO	TÍTULO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	REVISTA
Henrique et al., 2015	Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil	Estimar a magnitude de transtorno do estresse pós-traumático no puerpério e identificar subgrupos vulneráveis	Estudo transversal, abordagem quantitativa	O TEPT mostrou-se mais prevalente entre mulheres com três ou mais partos, com histórico de agravo mental antes ou durante a gravidez, que sofreram violência física ou psicológica por parceiro íntimo na gravidez	Cadernos de Saúde Pública
Cunha et al., 2016	Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes	Verificar o impacto do momento do diagnóstico de malformação congênita sobre a saúde mental de gestantes	Estudo transversal, abordagem quantitativa	A notícia de malformações congênitas no primeiro trimestre associou-se ao momento da comunicação do diagnóstico aos indicadores de depressão e ansiedade, e somente a indicadores de depressão quando no segundo trimestre	Estudos de psicologia
Alvarenga et al., 2017	Eventos de Vida Estressores e a Saúde Mental da Mulher na Gestação e no Puerpério	Investigar relações entre variáveis sociodemográficas, estressores durante a gestação e a saúde mental da mulher na gestação e no puerpério	Estudo transversal, abordagem quantitativa	O escore de transtornos mentais comuns na gestação foi o único preditor significativo da depressão pós-parto e apenas a renda permaneceu como preditor significativo	Paidéia
Lucchese et al., 2017	Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal	Estimar a prevalência de probabilidade de transtorno mental comum em gestantes e os fatores associados	Estudo transversal, abordagem quantitativa	A prevalência de probabilidade do desfecho transtorno mental comum em gestantes e esteve associada com as variáveis estado civil, idade gestacional, gravidez planejada e sangramento	Escola Anna Nery
Silva et al., 2017	Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados	Avaliar a ocorrência da ansiedade em gestantes; avaliar os possíveis fatores associados entre as medidas de ansiedade em gestantes	Estudo transversal, abordagem quantitativa	A ansiedade foi mais frequente no terceiro trimestre, com associação significativa com ocupação, complicações em gestações anteriores, histórico de abortamento/ ameaça de parto prematuro, desejo em relação à gravidez, uso de cigarros e de drogas.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Melo et al., 2018	Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família	Identificar a depressão pós-parto (DPP) entre mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF)	Estudo transversal, abordagem quantitativa	Os quadros sugestivos de DPP apresentaram associação com a escolaridade	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Cremonese et al., 2019	Vivências do Período Gravídico-Puerperal na Perspectiva de Mulheres Adolescentes	Conhecer como a mulher adolescente vivencia o período gravídico-puerperal.	Estudo transversal, abordagem qualitativa	As mães adolescentes sentiram insegurança, medo e rejeição durante os estágios iniciais da gravidez, enfrentaram abandono e tiveram que reorganizar seus planos de vida, mas, prevaleceu o sentimento de felicidade de ter filhos juntos	Revista Online de Pesquisa O Cuidado é Fundamental

Fiorotti et al., 2019	Ansiedade em puérperas em maternidade de alto risco	Identificar a média do traço e o estado de ansiedade entre puérperas e verificar sua relação com as características sociodemográficas, reprodutivas e a experiência de violência	Estudo transversal, abordagem quantitativa	O estado de ansiedade teve maior média entre as mulheres de menor renda familiar e que não desejaram a gravidez	Revista de Enfermagem UFPE online
Maciel et al., 2019	Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde	Compreender os riscos e os mecanismos de enfrentamento apresentados pelas puérperas diante dos transtornos mentais no pós-parto	Estudo transversal, abordagem qualitativa	Os fatores como gravidez precoce ou não planejada, carência de apoio do companheiro, instabilidade familiares, baixas condições socioeconômicas podem contribuir como agentes facilitadores no surgimento de algum transtorno mental em puérperas	Revista Online de Pesquisa O Cuidado é Fundamental
Mojica-Perilla, et al., 2020	Triagem de sintomas de depressão, ansiedade pré-natal e fatores de risco psicossociais associados, em mulheres usuárias do serviço de controle pré-natal. Reflexões em relação à elaboração do protocolo	Apresentar um protocolo de triagem para depressão e ansiedade pré-natal e fatores de risco psicossociais associados, direcionado a usuárias do serviço de controle pré-natal de um hospital no leste da Colômbia	Protocolo clínico	O protocolo inclui a aplicação de instrumentos para identificação de sintomas de ansiedade, depressão e fatores de risco psicossociais associados, como variáveis sociodemográficas, a identificação de apoio social e a qualidade do relacionamento do casal, antecedentes psicológicos e psiquiátricos pessoais e familiares, fatores relacionados à gravidez, características da personalidade e vivência de eventos adversos	Revista de La Facultad de Ciencias de la Salud

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Fatores psicossociais que conferem risco à saúde mental materna no ciclo gravídico-puerperal

É imprescindível conhecer os fatores que podem conferir risco à ocorrência de transtornos mentais às mulheres durante o período da gestação e puerpério. As autoras Mojica- Perilla, Redondo-Rodriguez e Osma-Zambrano (2019), em sua revisão de literatura sobre depressão e ansiedade na gravidez, ressaltam que o conhecimento das variáveis psicossociais associadas a transtornos mentais das mulheres contribuem para criação e implantação de programas de promoção e prevenção em saúde materna, e também para a realização de estratégias por atores do Sistema Único de Saúde (SUS) que devem focalizar esforços nas populações de risco com base em informações válidas e confiáveis, para assim poder desenhar ações de acordo com a realidade da população a qual serão dirigidas (MOJICA- PERILLA; REDONDO-RODRIGUEZ; OSMA-ZAMBRANO, 2019), corroborando com a reflexão do presente estudo.

Nesse contexto, engravidar na adolescência é uma situação facilitadora para desenvolver depressão tanto na gravidez quanto no puerpério, frequentemente em razão da menor escolaridade e, consequentemente, das baixas condições socioeconômicas sustentarem o medo

de não suprir as necessidades materiais do filho. Além disso, as mães adolescentes desfrutam de rede de apoio social reduzida, muitas vezes as responsabilidades não são compartilhadas com um parceiro. Além disso, ter sintomas depressivos na gestação aumenta em 75% o risco de ter depressão no pós-parto, conforme afirma CARDILLO et al, (2016). Maciel et al (2019) e Melo et al (2018), Cremonese et al (2019) e Avarenga e Frizzo (2017) apresentam apontamentos semelhantes.

Dell'osbel, Gregoletto e Cremonese (2019), em pesquisa, levantaram, além desses pontos, fatores como ter histórico de complicações obstétricas (associado ao medo de recidiva); sofrer compulsão alimentar (em razão de insatisfações com a imagem corporal); ao uso de álcool e, ou abstinência de drogas; insegurança alimentar, (em decorrência de preocupações com manter uma alimentação adequada na gestação); mudanças corporais comuns na gravidez (vinculadas a distorção da imagem corporal).

Silva et al (2019) também enfatizam a dependência de drogas lícitas e ilícitas assim como a falta de ocupação trabalhista. Além disso, os autores apresentaram uma pesquisa que aponta as mulheres donas de casa como mais propícias ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade na gravidez, devido à monotonia, à falta de distração e de lazer.

Cunha et al (2016) observaram que o diagnóstico de malformações congênitas propicia ansiedade e depressão (CUNHA et al, 2016).Estudo de Lucchese et al (2017) ressaltou a preocupação excessiva com a saúde dos filhos, traumas ao longo da vida, experiência de violência; gravidez não planejada, ter preferência pelo sexo do bebê e as intercorrências obstétricas. Fiorotti et al (2019) acrescentam o fato de ter comorbidade psiquiátrica.

Henriques et al (2015) percebeu que a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático no puerpério está mais intensamente vinculada a vivência de eventos traumáticos antes e durante a gestação, no parto ou em relação a saúde do neonato (HENRIQUES et al,2015). Mojica-Perilla, Redondo-Rodriguez e Osma-Zambrano (2019) apresentam que fatores psicológicos relacionados com dificuldades no trabalho, tratamentos para infertilidade, medo do parto, assim como autoestima negativa geram atritos psíquicos característicos de transtornos mentais no período da gravidez e no resguardo.

Estratégias para a assistência psicossocial materna na gravidez e no período pós-parto

Considerando a importância de prevenir doenças e promover saúde às gestantes e puérperas, Silva e colaboradores (2017) discorrem que é preciso, primeiramente, buscar na população assistida os fatores de risco à saúde mental no gestar e após o parto, com o propósito de que o profissional passe a estratificar seu público, sinalizando aquelas pacientes que necessitam de mais atenção e de intervenções. Afirma-se, desse modo, que o conhecimento da ocorrência e de fatores associados às alterações mentais permite a realização de triagem para

identificar grupos de risco de mulheres com necessidade de intervenção, e assim realizar estratégias assistenciais eficazes (SILVA et al., 2017).

Nesse contexto, a equipe multiprofissional é fundamental para atuação e emprego de medidas preventivas aos transtornos mentais. O pré-natal, por exemplo, caracteriza-se como um espaço potente e oportuno para o desenvolvimento de ações integradas e articuladas pela equipe multiprofissional, uma vez que o alcance do bem-estar físico e mental favorável requer um olhar ampliado e integral, considerando todas as dimensões que envolvem o sujeito (SILVA, et al., 2017)

A busca dos fatores de risco a saúde mental materna precisa acontecer também no puerpério, segundo Maciel e colaboradores (2019), é essencial buscar identificar e agir nos fatores de risco, buscando, durante a assistência, elucidar dúvidas, colaborar na resolução de distúrbios precoces e contribuir na melhoria da qualidade de vida da puérpera (MACIEL et al., 2019).

Mojica-Perilla, Redondo- Rodriguez e Osma-Zambrano ratificam o uso de escalas, como a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, e instrumentos específicos de saúde mental junto com a triagem dos fatores de risco, configurando um protocolo de atenção, com direcionamento sobre o tratamento de cada caso.

Com base na literatura, recomenda-se que os profissionais participem de processos de educação permanente em saúde e aprofundem-se nas possíveis alterações de estado emocional gestacionais e puerperais que podem acontecer na ciclo gravídico-puerperal; orientem o autocuidado físico (exercício físico, boa alimentação, sono de qualidade e outros hábitos saudáveis) e emocional, como estar na companhia de pessoas importantes afetivamente que possam ajudá-las. Ademais, preconiza a atuação multidisciplinar, com ênfase no psicólogo clínico e no psiquiatra. O psicólogo clínico atuaria para aprofundar essa triagem por meio da entrevista clínica e para aplicar provas específicas que permitam confirmar ou descartar o diagnóstico do transtorno. Nos casos em que os sintomas são graves e existe risco à saúde da mãe e do bebê, deve-se encaminhar imediatamente ao psiquiatra (MOJICA- PERILLA; REDONDO-RODRIGUEZ; OSMA-ZAMBRANO, 2019).

O pré-natal psicológico, que é um acompanhamento pré-natal com ênfase na psicoprofilaxia; a psicoterapia, terapia que visa ao realinhamento cognitivo, prevenção de recaídas e melhora dos sintomas dos transtornos; bem como avaliação rotineira da saúde mental de gestantes e puérperas, através do uso de escalas e instrumentos avaliativos, lembram Teixeira et al (2017), devem ser aproveitadas para fortalecer a assistência psicossocial, pincipalmente, às portadoras de transtornos mentais. Com essas estratégias, minimiza-se a carência em identificar a sintomatologia de novos transtornos advindos da gravidez e, ou dificuldades em prescrever o psicotrópico mais adequado para a mulher nesse momento da vida.

Também se recomenda, tanto na atenção básica quanto na hospitalar, que as mulheres sejam orientadas a identificar sintomas depressivos e de baixa autoestima em si mesmas, sensibilizando-as quanto à importância deste autocuidado, tornando-as coparticipes no seu estado de saúde e auxiliando na intervenção em tempo oportuno (TEIXEIRA et al, 2017).

Diante da influência marcante da violência por parceiro íntimo no desenvolvimento de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e outros tipos de transtornos mentais comuns no puerpério, Henriques et al (2015) e Fiorotti et al (2019) complementam sobre a importância de incluir a família na assistência psicossocial na gravidez e puerpério e abordar os relacionamentos entre seus integrantes. Além disso, uma maior integração e comunicação entre as equipes que assistem a mulher e a criança em seus primeiros meses de vida também poderia ajudar na suspeição e tratamento precoces nos casos de transtorno de estresse pós-traumático (HENRIQUES et al, 2015).

No atendimento ao público adolescente, o diálogo aberto visando a retomada do apoio social e familiar e a desconstrução de preconceitos deve ser realizado, empreendendo-se ações de promoção à saúde em ambiente escolar. Soma-se que tanto no pré-natal quanto no puerpério, é essencial que os profissionais tenham sensibilidade para incluir em suas ações de saúde, temas como evasão escolar, afastamentos sociais, além da função e participação da família nessa experiência de vida. E mais, que o diálogo nas consultas perpasse, também, as orientações sobre o futuro das adolescentes e preparo delas para o cuidado com o bebê no puerpério, para auxiliar na autoestima e na possibilidade de conseguirem conduzir essa nova vivência com mais segurança. Estes aspectos, embora subjetivos, demarcam grande diferença na qualidade e satisfação de tal vivência às adolescentes (CREMONESE et al, 2019).

Nesse sentido, levar conhecimento as gestantes no pré-natal referente as mudanças fisiológicas e psicossociais vividas no pós-natal é uma estratégia proativa efetiva para esclarecer e, assim, prevenir dificuldades de enfrentamento ou transtornos puerperais, proporcionando bem-estar psíquico e preservando a afetividade com o bebê. Poder-se-ia, então, criar programas pré-natais de cuidado à saúde mental materna e para a redução de estresse na maternidade. Estas atividades se tornam mais eficazes a partir da busca inicial dos fatores de risco à saúde mental materna (MACIEL et al, 2019; MOJICA- PERILLA; REDONDO-RODRIGUEZ; OSMA-ZAMBRANO, 2019).

É imprescindível empregar as habilidades de comunicação terapêuticas em qualquer situação, principalmente na informação do diagnóstico de malformação congênita. Tal condição afeta o estado mental da gestante e da família, então, o profissional deve atuar como suporte para o atravessar dessa condição difícil, aconselhando com instruções terapêuticas claras, priorizando uma relação acolhedora com o paciente (CUNHA et al, 2016).

A assistência puerperal precisa consolidar-se também à mãe, isto é, compreender a realidade que esse público vive, estimulá-la a falar de si, questionar o que ela sente, quais são as suas insatisfações, suas dúvidas e, com isso, mostrar-se à disposição para apoiá-las (MACIEL et al, 2019).

Especialmente os profissionais devem reservar atenção ao modo como eles conduzem a relação com a paciente e sua família, ou seja, o relacionamento profissional-paciente deve estar assentado no entendimento da vulnerabilidade psíquica materna na gravidez e no período pós-parto, na dedicação de tempo, no esclarecimento de dúvidas, no interesse sobre o estado

emocional, na empatia e na avaliação da sua rede de apoio (MOJICA- PERILLA; REDONDO-RODRIGUEZ; OSMA-ZAMBRANO, 2019).

Nesse sentido, a relação profissional de saúde com a mulher e seu grupo familiar deve incluir aspectos como a confiança, mutualidade, escuta ativa e empoderamento. Além disso, aos profissionais de saúde cabe compreender as mudanças de emoções na gestação e puerpério, buscar melhor identificar os sintomas de depressão, dispor de tempo suficiente para avaliar, escutar e criar vínculos, estimulando as mulheres a expressarem seus sentimentos sobre a gravidez e a maternidade, mantendo uma atitude de não julgar, avaliando os sistemas de apoio das mulheres e a disponibilidade de sua rede de apoio primária (MOJICA- PERILLA; REDONDO-RODRIGUEZ; OSMA-ZAMBRANO, 2019).

Considerações Finais

Pode-se afirmar que a vulnerabilidade psicológica na gravidez e puerpério está enraizada no frágil enfrentamento psíquico aos fatores psicológicos e sociais relacionados a falta ou pouco apoio social, marital e familiar; histórico de traumas; experiência de violência; baixas condições socioeconômicas; dependência química ou consumo de substancias psicoativas na gestação; menor adaptação psicológica à maternidade; comorbidades psiquiátricas; complicações obstétricas e alterações corporais.

Esses fatores explicitam a importância do olhar psicossocial na assistência durante o pré-natal e no pós-parto, a fim de preservar a saúde e o vínculo do binômio mãe-filho. Logo, deve-se identificar o risco psiquiátrico, incluindo nesse processo a família; outrossim, incentivar o autocuidado integral, a participação em psicoterapia; realizar a educação em saúde, abordando eventos da gestação e do puerpério; participar de atividades de educação permanente, sobretudo, ser empático, respeitoso, compreensivo sobre as adversidades do ser mãe, buscar oferecer ajuda e contribuir para melhor qualidade de vida das mulheres nesses ciclos da vida.

Referências

AVARENGA, Patrícia.; FRIZZO, Giana Bitencourt. Eventos de vida estressantes e saúde mental da mulher na gravidez e pós-parto. In.:**Paidéia**. Jan-abr 2017. Disponível em: www.scielo.br/pdf/paideia/v27n66/0103-863X-paideia-27-66-00051.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020

BAUMAN, Brenda L. et al. Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression – United States, 2018. In.: **Morbidity and Mortality Weekly Report,** v. 69, n.19, p. 575-581, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2. Acesso em 31jul 2020.

CDC. Pregnancy-related deaths: data from 14 U.S. maternal mortality review committees, 2008–2017. Atlanta, GA: In.: **US Department of Health and Human Services, CDC**; 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/mmr-data-brief.html. Acesso em 31 jul. 2020.

CREMONESE, Luiza et al. Vivências do Período Gravídico-Puerperal na Perspectiva de Mulheres Adolescentes. In.: **Revista On line de pesquisa Cuidado é fundamental**. Out./dez. 2019. V.11, n.5. Disponível em: http://dx.doi. org/10.9789/2175-5361. Acesso em: 17 jul. 2020.

CUNHA, Ana Cristina Barros da et al. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. In.: **Estudos de Psicologia**. Outubro – dezembro, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400601. Acesso em 17 jul. 2020.

FIOROTTI, Karina Fardin et al. Ansiedade em puérperas em maternidade de alto risco. In.: **Revista de enfermagem UFPE on line**. Maio, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a237827. Acesso em 17 jul. 2020.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v.23, n.1, p. 183-184, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5123/s1679-49742014000100018. Acesso em 31 jul., 2020

HENRIQUES, Tatiana et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. In.: **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00030215. Acesso em 17 jul. 2020.

LUCCHESE, Roselma et al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. In.: **Escola Anna Nery**. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300201. Acesso em 17 jul. 2020.

MACIEL, Luciana Pessoa et al. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. In.: **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. Julho, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6988/pdf. Acesso em 17 jul. 2020

MELO, Synara Barbosa de. et al. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em unidades de saúde da família. In.: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Jan. -Mar., 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100163. Acesso em 13 jul. 2020.

MOJICA-PERILLA, Mónica.; REDONDO-RODRIGUEZ, Sol; OSMA-ZAMBRANO, Sonia Esperanza. Triagem de sintomas de depressão, ansiedade pré-natal e fatores de risco psicossociais associados, em mulheres usuárias do serviço de controle pré-natal. Reflexões em relação à elaboração do protocolo. In.: **Revista de La Facultad de Ciencias de la Salud**. Dez. 2019-mar.2020. Disponível em: https://doi.org/10.29375/01237047.2867. Acesso em 22 jul. 2020.

MOJICA-PERILLA, Mónica.; REDONDO-RODRIGUEZ, Sol; OSMA-ZAMBRANO. Sonia Esperanza. Depressão e ansiedade pré-natal: uma revisão de literatura. In.: **Revista de La Facultad de Ciencias de la Salud.** Agosto-novembro 2019. Disponível em: https://doi.org/10.29375/01237047.2820. Acesso em 19 jul. 2020.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. In.: **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2017.Disponível em: http:// dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253. Acesso em 22 jul. 2017.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. In: **Einstein,** v. 8, n.1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134. Acesso em 31 jul 2020.

TEIXEIRA, Camila Soares et al. Aspectos da gestação e puerpério de mulheres com transtornos mentais. In: **Revista de enfermagem UFPE on line**. 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239705. Acesso em 17 jul. 2020.

Capítulo 38

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Maria José Caetano Ferreira Damaceno[1]
Caroline Fernandes[2]
Adalberto de Jesus da Silva[3]
Aline Biondo Alcantara[4]

Resumo: Trata-se de uma revisão bibliográfica, com o objetivo de identificar as concepções sobre humanização do cuidado à criança e as ações propostas e desenvolvidas para este alcance. A busca dos periódicos pautou-se nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): humanização da assistência, criança, humanização e enfermagem. Os critérios de inclusão foram: tipo de trabalho, artigos; idioma português e com o tema humanização à criança. Evidenciou-se que os autores não trouxeram de forma objetiva a concepção de humanização e que a temática envolve questões amplas necessitando de reflexões contínuas acerca do fazer em enfermagem e o processo de formação dos profissionais ainda centrados, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade.
Descritores: Humanização da Assistência. Criança. Humanização. Enfermagem.

Abstract: This is a bibliographic review, with the objective of identifying the conceptions about the humanization of child care and the actions proposed and developed for this purpose. The search for journals was based on the LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) databases, Scientific Electronic Library Online (SciELO), using the Health Sciences Descriptors (DeCS): humanization of care, children , humanization and nursing. The inclusion criteria were: type of work, articles; Portuguese language and with the theme of humanization of children. It was evident that the authors did not objectively bring the concept humanization and that the
theme involves broad issues needing continuous reflections on nursing practice and the training process of professionals still focused, predominantly, on technical, rational and individualized learning. , with often isolated attempts to exercise criticism, creativity and sensitivity.
Keywords: Humanization of Assistance. Child.Humanization. Nursing.

Introdução

No decorrer das décadas a temática humanização das práticas e da atenção à saúde apresenta-se freqüentemente nas discussões sobre o processo do cuidado nas diversas esferas, incluindo nas bases de dados científicos.

Historicamente, em 2003 foi inserida a Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de expandir a práxis de saúde humanizada para usuários, trabalhadores e gestores (MARTINS. 2017). Vislumbrada não mais como programa, mas como política que transpassa as distintas ações e instâncias gestoras do sistema de saúde, uma

[1] Mestre em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA. Docente dos cursos de Enfermagem e de Medicina da Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA. E-mail: marin.mjcf@hotmail.com.
[2] Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz-FIOCRUZ e em Terapia Intensiva do Adulto pela Faculdade de Medicina de Marília-famema FAMEMA. E-mail: carolfer83@hotmail.com.
[3] Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.Docente do curso de Medicina da UniMAX - Centro Universitário Max Planck de Indaiatuba. E-mail: neidamaceno@yahoo.com.br
[4] Mestre em Enfermagem pela FMB UNESP. Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro de Assis/SP. E-mail: aline.bap@hotmail.com.

vez que, não há dissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e de subjetividade (MOREIRA, 2015).

Ramos (2018) contribui ao relatar que a humanização é considerada importante ferramenta de socialização, integração e comunicação nos serviços de saúde. Esta se faz importante em razão da recorrência da mecanicidade da oferta do cuidado, caracterizado pela ausência de vínculo, respeito e valorização da pessoa humana, não proporcionando o cuidado qualificado, este pautado nos princípios e das diretrizes da Lei Orgânica da Saúde.

Diante deste contexto, é válido apresentar que a conceituação da humanização é polissêmica, conglomera distintos enunciados e é interposto por imprecisões. No entanto, a sua compreensão não se diferencia de suas práticas (HECKERT e PASSOS, 2009). A afirmação anterior é legitimada por Ferreiro (1986), ao expor que o significado semântico é atribuído ao verbo humanizar: “tornar humano”, “civilizar”, “dar condições humanas” e que este traz subjacentes concepções sobre o que se considera como condições humanas e como civilidade.

Garcia et al (2010) corrobora ao referir que a humanização além de ser compreendida como prática alicerçada na atitude ética e humana, também é associada à qualidade do cuidado, englobando a valorização dos trabalhadores, a formação permanente dos profissionais, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho.

Ademais, Guido (1996) e Silva et al (2017) refere que a busca pela humanização do cuidado não corresponde a uma necessidade somente do paciente e de sua família, mas também dos profissionais como seres humanos, que pensam, sentem e agem.

A temática humanização vem se constituindo no cenário da saúde, em seus diversos níveis de atenção, partindo da ação caritativa até à uma preocupação atual com a valorização de saúde como direito do cidadão. Essa idéia começou a delinear-se nos anos 80, com o movimento da Reforma Sanitária. Nessa mesma época foi criada a Constituição de 1988, e promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente, que entre outras coisas garantiu a internação com o acompanhamento da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Elsem e Patrício (1985) e Barroso et al (2020) relatam que a internação hospitalizar pode trazer sequelas psicossociais, geralmente submetidos pela própria equipe de saúde, havendo a necessidade de um preparo técnico, científico, ético, político e emotivo da equipe. Nas últimas décadas foram desenvolvidas perspectivas de como ofertar o cuidado à criança no processo saúde-doença, influenciando na visão dos profissionais sobre o ser da criança, o papel da família e da comunidade e os tipos de relacionamento da equipe de saúde (RODRIGUES e CALEGARI, 2016).

Na Atenção Integral da Saúde da criança, é enfatizado o cuidado integral e multiprofissional que possibilite a compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo e que busque estratégias criativas de acordo com a fase do desenvolvimento infantil (VEIGA et al, 2009; CALEFFI et al 2016).

Considerando a relevância da temática acerca da Humanização, é evidente a contribuição de pesquisas com o intento de expandir publicações passíveis de subsidiar e instigar a realização de novas pesquisas, bem como auxiliar na operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Criança. Esta política visa o cuidado da criança sob uma ótica integral, e reúne ações de atenção, promoção e

prevenção em saúde em sete eixos estratégicos, de maneira transversal nos diferentes níveis de atenção (SOUZA, VIEIRA e LIMA JUNIOR, 2019).

Nesse sentido propôs-se buscar a fundamentação teórica que justifique a inclusão da humanização como parte do processo de trabalho na enfermagem, tendo como objetivos, definir a concepção dos autores estudados sobre o processo de humanização e identificar quais são as ações propostas e desenvolvidas para esta forma de oferta do cuidado ao público infantil.

Procedimentos metodológicos

Metodologicamente o estudo tratou-se de uma revisão literária, partindo-se de questões norteadoras, definição da estratégia de busca dos periódicos, estabelecimento dos critérios de inclusão dos estudos, bem como a análise criteriosa da qualidade das pesquisas selecionadas. Delimitado o tema elaborou-se as questões norteadoras: De que maneira os autores definem a humanização do cuidado à criança? Quais ações estão sendo propostas e desenvolvidas para um cuidado qualificado à criança?

Para a busca dos periódicos adotou-se as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): humanização da assistência,criança, humanização e enfermagem. Os critérios para a inclusão dos trabalhos foram o tipo de pesquisa, artigos; em idioma português e com a temática: humanização à criança. As publicações que não atenderam estes critérios foram excluídas. Inicialmente foram encontradas 93 pesquisas, dessas, 28 (30 %) se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos metodologicamente.

Quanto à análise do material, primeiramente realizou-se leitura das publicações na sua íntegra, validando sua inclusão na revisão e caracterizou-se os artigos através de variáveis como a ocorrência da palavra “humanização” no título dos artigos selecionados, a década da publicação, a área de atuação do primeiro autor e o tipo de metodologia. Posteriormente, procederam as leituras consecutivas constatando a relação do conteúdo das publicações, agrupando em categorias as idéias dos autores de acordo com suas discordâncias e analogias, permitindo responder as questões norteadoras desta revisão. Novas interpretações foram realizadas após relacionar as categorias, e finalmente alcançou-se um resultado mais vasto, contribuindo com crescimento do conhecimento do leitor acerca do tema. As categorias elaboradas a partir das questões norteadoras foram: a assistência ao cuidado, sendo subdividida em cuidado integral, físico, emocional, social, legislação e ações que a enfermagem exerce nas áreas de administração, pesquisa, educação e assistência, ficando evidenciado que a temática humanização envolve questões amplas.

Resultado

N	Título	Ano	Autores	Revistas	Concepções de humanização	Análise das ações propostas e desenvolvidas
1	Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade	2009	Camila Aloísio Alves; Suely Ferreira Deslandes; Rosa Maria de Araújo Mitre	Interface	X	
2	Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico.	2020	Maria Clara da Cunha Salomão Barroso; Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos; Antonio Eduardo Vieira dos Santos; Michelle Darezzo Rodrigues Nunes; Eduardo Alexander Júlio Cesar Fonseca Lucas	Acta paul. enferm	X	
3	O lúdico em contexto de saúde: inter-relações com as práticas humanizadas.	2019	Gianca Anceski Bataglion; Alcyane Marinho.	Revista de Educação Física, Esporte e Lazer	X	
4	Humanização: representações sociais do hospital pediátrico.	2009	Carla Bergan; Ivani Bursztyn; Mauro César de Oliveira Santos; Luiz Fernando Rangel Tura.	Rev. Gaúcha Enferm. (Online),	X	
5	As políticas públicas de atenção à criança menor de cinco anos.	2003	Ivone Cabral; Rosana Cordeiro Burla Aguiar.	Rev. enfermagem UERS		X
6	Psicologia da saúde e criança hospitalizada.	2008	Prisla Ücker Calvetti; Leonardo Machado da Silva; Gabriel José Chitó Gauer.	Psic rev. psicol. vetor ed		X
7	Participação dos pais no nascimento em maternidade publica: dificuldades institucionais e motivação dos casais.	2003	Maria Luiza Mello de Carvalho.	Caderno de saúde pública.	X	X
8	A psicologia hospitalar e a pediatria do Hospital Brigadeiro-INAMPS-SP.	1987	Heloisa Benevides de Carvalho Chiattone.	***Boletim de psiquiatria.***		***X***
9	Caminhos para humanização da assistência à criança hospitalizada.	1999	Neusa Collet; Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira.	Rev. Cogitare Enfermagem	X	X
10	Concepção de humanização na visão da enfermagem em oncologia pediátrica.	2010	Thailly Faria Costa; Elza Ribeiro Higa; Nadia Proença Melo.	Rev. nursing.	X	X
11	Assistência humanizada à criança hospitalizada.	2006	Déia Silva Moura Cruz; Geraldo da Costa; Maria Mirian Lima da Nóbrega.	Rev. RENE.	X	
12	A humanização no atendimento ao recém- nascido: a importância das relações interpessoais e a organização neurobiológica.	2007	Saul Cypel.	Rev. Einstein de São Paulo.	X	
13	Humanização em UTI pediátrica: a equipe e a família.	1992	FABRE, ZL et al.	ACM Arquivos catarinense médicos	X	X
14	O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada.	2007	Paula Faquinello; Ieda Harumi Higarashi; Sonia Silva Marcon.	Texto contexto - enferm.,	X	
15	O instituto da criança frente à política nacional de humanização.	2003	Maria José Paro Forte; Aide Mitiko Kudo, Maria Angelica dos Santos Mendes; Valéria Duarte.	Revista de pediatria	X	X
16	Uma boa morte em UTI pediátrica: é isso possível?	2003	Daniel Garros.	Jornal de pediatria		X
17	O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização.	2005	Giovana Calcagno Gomes; Alacoque Lorenzini Erdmann.	Rev. gaúcha de enfermagem	X	X

18	O trabalho de terapia ocupacional na pediatria.	2001	Mario Roberto; Hirschheimer; Jorge Ismael Heberman; Márcia Mansour Tobias; Léa Regina Rizo.	Rev. paulista pediátrica	X	X
19	A visita dos pais na unidade pós-operatória de Bauru: uma busca crescente de humanização.	1991	LINO, H.M.	Rev. paulista hospitalar		X
20	Experiências de Mães Durante a Internação Hospitalar de Seus Filhos	2019	LIMA, Roseli Medeiro Lima; Francisco Meykel Amâncio Gomes; Francisca Allany Rocha Aguiar; Edson Batista dos	Rev Fund Care Online	X	X
			Santos Júnior; João Victor Dourado; Antonio Rodrigues Ferreira Junior.			
21	Aspecto da Humanização no tratamento de crianças na fase terminal.	1999	Luiz Fernando Lopes; Beatriz Camargo; Anamaria Arbo Furrer.	Pediatria moderna.	X	
22	Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura.	2008	Gisele Magnabosco; Ana Lucia Nascimento Fonseca Tonelli; Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.	Rev. cogitare enferm		X
23	Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros.	2015	Gisele Elise Menin; Marinez Koller Pettenon.	Rev. Bioét.	X	
24	Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no Centro Clínico Electra Bonini.	2007	Sandra Barros da Rocha; EL-KHOURI, Roger Naji; Priscila Tassara Streapco.	Rev. pediatria de São Paulo		X
25	A influência do brinquedo na assistência a criança hospitalizada.	1993	Mirian Calíope Dantes Pinheiro; Gertrudes Teixeira Lopes	Rev. brasileira de enfermag	X	
26	O cuidador no contexto da hospitalização de crianças e adolescentes.	2015	Rubia Marques Pyló; Maristela dos Guimarães Peixoto; Kátia Maria Penido Bueno.	Rev. Cad. Ter. Ocup.	X	
27	Percepções da criança acerca do cuidado durante a hospitalização.	2000	Cláucia da Costa Silva; Nair Regina Ritter Ribeiro.	Rev. brasileira de enfermagem.	X	X
28	Um olhar Psicopedagógico sobre o Processo Ensino- Aprendizagem no contexto Hospitalar.	2018	Karina Silva Smerdel; Camélia Santina Murgo.	Rev. Psicopedagogia .		X
29	Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de Enfermagem.	2020	Patricia Rodrigues Soares; Carlos Roberto Lyra da Silva; Thiago Quinellato Louro.	Rev. Bras. Enferm	X	X
30	Humanização na UTI pediátrica em Florianópolis	1986	Leonice Tobias; Lairton Valentim; Rosana Maria Amaral.	Jornal de pediatria.	X	X
31	Humanização do atendimento médico à criança.	1987	Ercília Maria Carone Trezza.	Jornal de pediatria.	X	X
32	Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura.	2009	Noriza Veiga; Juliana Coelho Pinna; Débora Falleiros Mello; Marta Angélica Lossi Silva.	REME rev. min. enfermag		X
33	Para além da humanização.	1985	Maria Lúcia Vieira Violante.	Temas IMECS Soc. Dir. Saúde.	X	

Sistematização dos artigos selecionados

Na análise da ocorrência do termo “humanização” no título dos artigos selecionados, verificou-se que somente 54% apresentaram o termo humanização, dificultando a percepção primária da abordagem dos autores, sendo indispensável nestes casos a leitura dos resumos e dos textos completos.

Relacionando a década de publicação e o número de artigos publicados, encontrou-se crescimento das publicações após a década de 80, sendo que durante a década de 90 as publicações limitavam-se a 22%, já nos últimos 10 anos o número de publicações é 18 (64%) da amostra selecionada. Isto levou a refletir que o aumento das publicações com o tema humanização a partir dos anos 80 pode estar relacionado com o movimento da Reforma Sanitária e com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (Lei 8.069/90), surgindo novo olhar para o cuidado da criança. Ressalta-se também que o aumento extraordinário das publicações com este mesmo tema evidenciado nos últimos dez anos pode estar relacionado com a criação da Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS) e da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança.

Em relação à área de atuação do primeiro autor dos artigos, destaca-se o número de publicações por enfermeiros e médicos pediatras com 43% e 32% respectivamente, há a participação de psicólogos, pedagogo, arquiteto e terapeuta ocupacional. A presença de diferentes áreas de atuação entre os autores evidencia o caráter multiprofissional que o tema possui, provavelmente o envolvimento desses contribuirá para o desenvolvimento do cuidado humanizado, por compartilharem suas experiências e promoverem reflexões do fazer em saúde. Vale ressaltar que a maioria das publicações com autoria da enfermagem vem aumentando, a amostra evidenciou que até o final da década de 90 eram apenas de 11%, e que a partir do ano de 2000 passou a ser 32%, estes a maioria publicados após 2005, num total de 58%.

É instigante perceber que o tema “humanização” tem sido explorado continuadamente por profissionais da enfermagem, geralmente estes acabam ficando mais envolvidos na assistência.

Quanto ao tipo de metodologia empregada, deparou-se que 67% dos autores utilizaram a pesquisa de campo. As pesquisas de campo mostram novos pontos de vista, inovações ocorridas nas áreas estudadas, além de enfocar uma realidade assistencial diferente das teorias literárias, transpondo sempre um confronto experiencial vivenciado.

Concepções de humanização

Destaca-se que a maioria dos artigos abordou a humanização à criança inserida no ambiente hospitalar. De modo geral os autores não explicitaram a concepção de humanização, utilizaram idéias relacionadas a uma diversidade de concepções atribuídas a humanização à criança, dentre elas identificou-se e categorizou-se primeiramente a assistência ao cuidado, sendo subdividida em cuidado integral, físico, emocional e social, sendo a segunda maior concepção a legislação. Este dado nos revela a necessidade de aumentar a realização de pesquisas com abordagem da humanização do cuidado infantil em cenários da Atenção Primária.

Faquinello et al (2007) ressaltou que não só os profissionais têm sua concepção acerca da humanização, a população relaciona o atendimento com a capacidade de abordar o paciente de forma holística e igualitária, de acordo com a comunicação adotada e a falta de atenção, por exemplo. Ao se analisar as concepções relacionadas ao cuidado integral, notou-se abordagens diferentes relacionadas a necessidade de desenvolver ações assistenciais por toda equipe

multiprofissional, visando o bem estar integral não só do paciente, mas também da família e da equipe (TOBIAS et al, 1986; TREZZA, 1987; FABRE et al, 1992; PINHEIRO e LOPES, 1993; COLLET e OLIVEIRA, 1999; SILVA e RIBEIRO, 2000; HIRSCHHEIMER et al, 2001; FORTE et al, 2003; CARVALHO, 2003; SOARES et al, 2018; MENIN e PETTENON, 2015; BARROSO et al, 2020).

Ainda em relação ao cuidado integral, determinadas características essenciais do ser humano precisam ser desenvolvidas para humanizar o cuidar, dentre elas, as que se fazem urgentes em todos os aspectos e setores da vida, isto é, a sensibilidade, o respeito e a solidariedade para com os seus semelhantes, visto que há distorções do relacionamento dos profissionais para com os pacientes, que deixam de assistir o homem na sua integralidade, focando apenas a doença, sendo importante rever de forma paradigmática as práticas de saúde (PINHEIRO e LOPES, 1993; COLLET e OLIVEIRA, 1999; SILVA e RIBEIRO, 2000; BERGAN et al, 2009; CRUZ et al, 2006; SOARES et al, 2018; MENIN e PETTENON, 2015).

Bergan et al (2009) inseriram que o cuidado integral não se alcança apenas com o desenvolvimento das características supracitadas, devem-se desenvolver espaços físicos humanizados, que focam o paciente e sua família, a fim de se sentirem acolhidos e aconchegados. Cruz et al (2006) corroboraram ao relatar que geralmente estes pacientes são crianças, que estão com medo, longe de seu lar e geralmente longe de seus pais. O cuidado integral vai além, neste contexto nosocomial, no qual a criança está hospitalizada, é direito dela a continuidade do seu crescimento e desenvolvimento motor, intelectual, afetivo-emocional e social, sem riscos de traumas oriundos da hospitalização. O conhecimento teórico sobre o desenvolvimento do ser humano deve estar claro para os profissionais de saúde (PINHEIRO e LOPES, 1993; COLLET e OLIVEIRA, 1999; SILVA e RIBEIRO, 2000; BERGAN et al, 2009; CRUZ et al, 2006; SOAREs et al, 2018; MENIN e PETTENON, 2015; BARROSO et al, 2020).

O cuidado integral humanizado infantil também foi abordado de forma que deva ocorrer desde sua vida intra-uterina ao estimular a adoção de práticas e atividades que visem a promoção do parto e nascimento saudável. Inclui, na medida do possível, a participação familiar no ciclo gravídico-puerperal, comprovadamente os vínculos devem iniciar o quanto antes e estes são responsáveis pelo adequado desenvolvimento neurobiológico, relacionados com os comportamentos e ações desta criança (CARVALHO, 2003; CRUZ et al, 2006; CYPEL, 2007; GOMES E ERDMANN, 2005).

Gomes e Erdmann (2005) destacaram a importância do cuidado físico, a ideia da concepção enfoca uma visão voltada para a manutenção da vida; e nem sempre para a prática humanizada é necessário alcançar a cura. Lopes et al (1999), Menin e Pettenon (2015) acrescentaram a essencial do cuidado paliativo para oferecer atenção, conforto e confiança. Os limites do cuidar são mais amplos do que o ato de curar.

Enfocou-se o bem estar emocional como prioridade no tratamento, visto que a doença é ataque a ela como um todo. É importante propiciar ambiente saudável durante a hospitalização, associando ao tratamento da doença ações que minimizam o estresse causado pelo ambiente e

procedimentos desconhecidos a começar por um adequado acolhimento à criança e sua família (TOBIAS et al, 1986; COLLET e OLIVEIRA, 1999; CHIATTONE, 1987; LINO, 1991; ALVES E DESLANDES, 2009, SMERDEL e MURGO, 2018; SOARES et al, 2018; LIMA et al, 2019).

Forte et al (2003) e Alves et al (2009) apresentaram a concepção acerca da humanização as políticas públicas, como o Humaniza - SUS, voltado para a afirmação de princípios do SUS, evidenciando o conceito de saúde que não se reduz à ausência de doenças, mas a vida com qualidade, a promoção de saúde; como também propor nova relação entre os pacientes, os profissionais e os gestores, desenvolvendo princípios norteadores como a autonomia e a co-responsabilidade entre todos..

Os resultados favoráveis e visíveis deste processo de mudança são alcançados em longo prazo, até então as práticas de saúde sempre foram realizadas com base no referencial epistemológico do modelo biomédico, bem como há neste contexto envolvimento de pessoas e estas são seres dotados de necessidades biopsicossociais. Contudo, pela análise dos artigos observou-se que existem lacunas na compreensão de projeto de humanização para o serviço, contemplando gestão e cuidado (FORTE et al, 2003; ALVES et al, 2009).

De acordo com Violante (1985), Carvalho (1992), Pyló et al (2015), Bataglion e Marinho (2019) observou-se que a concepção de humanização nem sempre se baseia no âmbito hospitalar, estando a humanização inserida na sociedade amparada nas leis e diretrizes que amparam crianças e adolescentes, procurando reinstituí-los na mesma.

Análise das ações propostas e desenvolvidas

As ações propostas e desenvolvidas foram identificadas e categorizadas de acordo com as ações que a enfermagem exerce nas áreas de administração, pesquisa, educação e assistência. Em relação às ações administrativas, houve concordância acerca da importância da criança permanecer junto dos pais durante a internação. Nesse sentido o Ministério da Saúde viabilizou programas denominados como *"pais participantes" e "alojamento conjunto"* (TREZZA, 1987; FABRE et al, 1992; COLLET e OLIVEIRA, 1999; FORTE et al, 2003; GOMES e ERDMANN, 2005; Lino, 1991; SOARES et al, 2018; LIMA et al, 2019).

Collet (1999) descreveu que outra ação administrativa para humanização do cuidar é a troca de uniformes brancos dos profissionais por roupas coloridas e com motivos infantis. O uniforme padrão influência no comportamento e na comunicação das crianças com a equipe de saúde. Ação que depende de simples decisão e essencial, capaz de amenizar e transformar a má impressão que a criança tem da roupa branca ao relacioná-la com sofrimentos e procedimentos dolorosos.

Ainda no aspecto das ações administrativas notou-se importância do ambiente hospitalar, carecendo ser apropriado à criança, tendo recreação e leitura, a apresentação das dependências do hospital, brinquedoteca, musicoterapia, e comunicação capaz de abordar a criança/família de forma holística (VEIGA et al, 2009; TOBIAS et al, 1986; FABRE et al, 1992; COLLET e OLIVEIRA,

1999; SILVA e RIBEIRO, 2000; HIRSCHHEIMER et al, 2001; SOARES et al, 2018). Estas medidas favorecem a adaptação, diminuição das tensões emocionais provocadas pelo desconhecido e geralmente não necessitam de recursos financeiros vultosos para implementá-los, mas sim da criatividade da equipe (CHIATTONE, 1987; CARVALHO, 1992; CALVETTI et al, 2008; PICADO et al, 2007; SMERDEL E MURGO, 2018).

Ao analisar as ações relacionadas a pesquisa em geral, percebeu-se que foi pouco abordada, enfocaram apenas a necessidade de se pesquisar, por ser imprescindível na profissão e por carecer o desenvolvimento pesquisas que salientem a participação paterna no período gestacional e durante o aborto e parto(COLLET e OLIVEIRA, 1999; CARVALHO, 2003; SOARES et al, 2018).

Collet e Oliveira (1999) e Soares et al (2018) expuseram a ação educativa enquanto atividade humanizante, esta estratégia que permite as pessoas desenvolverem juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e o ambiente com o qual se interagem com o propósito de prevenir doenças e promover saúde. Carvalho (2003) e Cabral e Agular (2003) também afirmaram que se transforma em indivíduos ativos ao invés de passivos no processo saúde-doença. Deste modo, ao direcionar este pressuposto para o cuidado humanizado à criança analisou-se três modos para se alcançar esta meta, que vai desde a educação continuada e permanente dos profissionais, como para se atingir pais, com o intuito de capacitá-los a cuidar de seus filhos após uma hospitalização, assim como também de forma mais ampla ao oportunizar a participação dos pais nas consultas de pré-natal e através de grupos.

Em comparação à prática averiguou-se que a educação em saúde não é vista como meio de capacitação aos profissionais como deveria ser, com o intuito de apoiá-los nas dificuldades de transformação da prática e da organização de um raciocínio clínico voltado para atender as necessidades de saúde dos pacientes, afetando significativamente a prática.

Na área assistencial, levantaram-se vários enfoques, como o terapêutico, incluindo nesta categoria trabalhos relativos a cuidado paliativo à crianças em fase terminal e relacionados com a preparação para procedimentos e rotinas inserindo-as de forma participativa. O enfoque da assistência aos familiares reuniu artigos que abordaram ações como a permissão da participação ativa dos pais em reuniões, no tratamento e nas tomadas de decisão, maior tempo de visitas, bem como acompanhamento das famílias após a morte de uma criança (VEIGA et al, 2009; TOBIAS et al, 1986; TREZZA, 1987; FABRE et al, 1992; PINHEIRO e LOPES, 1993; SILVA e RIBEIRO, 2000; FORTE et al, 2003; CARVALHO, 2003; LOPES et al, 1999; GARROS, 2003; CHIATTONE, 1987; LINO, 1991; PICADO et al, 2007; COSTA et al, 2010; MAGNABOSCO et al, 2008; SMERDEL e MURGO, 2018; SOARES et al, 2018; LIMA et al, 2019; MENIN e PETTENON, 2015).

Porém, questiona-se se não seria mais conveniente para humanizar o cuidar, disponibilizar mais horários, além de aumentar o tempo de visitas. Outra indagação está articulada ao motivo de não ocorrer como dinâmica da prática o acompanhamento da família após a morte de sua criança. Poderia estar relacionada às dificuldades dos profissionais da saúde em lidar com a morte? E que para efetivar tal práxis poder-se-ia partir da elaboração de um programa inserido

em dada política de saúde?

Considerações finais

O cuidado humanizado visa uma relação voltada para a valorização da afetividade e a sensibilidade entre os indivíduos. No entanto, compreende-se que tal relação não se supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas uma relação saudável, compartilhando saber técnico e popular, poder, além das experiências vividas.

A temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde, calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os micros espaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Portanto, é indispensável compreender a humanização como temática complexa que permeia fazer de distintos sujeitos.

E é através desta pesquisa que se manifestou o desejo de contribuir para o processo de reflexão sobre a práxis humanizada, uma vez que as propostas de humanização em saúde também envolvem o repensar o processo de formação dos profissionais ainda centrados, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade. Além da necessidade do desenvolvimento de mudanças íntimas no modo de ver e sentir o “mundo”, lidando a todo instante com o processo saúde-doença e nascimento-morte.

Aponta-se a partir da prática profissional possíveis caminhos pela busca da humanização do cuidado à criança. É importante que haja flexibilidade para se repensar em modificações e que tenha humildade suficiente para acreditar que muito existe ainda por fazer e que na rotina do processo de trabalho não fundamentalmente carece de projetos financeiros para se obter um cuidado humanizado, pois acima de tudo já são “humanos”.

Referências

ALVES, Camila Aloísio; DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. **Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 581- 594, 2009.

BARROSO, Maria Clara da Cunha Salomão et al . **Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 33, e-APE20180296, 2020.

BATAGLION, Gianca Anceski; MARINHO, Alcyane. **O lúdico em contexto de saúde: inter-relações com as práticas humanizadas**. Revista de Educação Física, Esporte e Lazer. 2019: 1-19.

BERGAN, Carla et al. **Humanização: representações sociais do hospital pediátrico.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 656-661.

BRASIL. Portaria n. 569/GM, de 01 de junho de 2000. **Dispõe sobre a instituição do programa de humanização do Pré Natal e Nascimento**; [acesso em 2019 Dez 10]; Disponível em: http:// www.saude.gov.br.

CABRAL, IE; AGULAR, RCB. **As políticas públicas de atenção à criança menor de cinco anos.** Rev. enfermagem UERS**.** 2003; 11(3): 285-91.

CALEFFI, Camila Cristina Ferreira et al.. **Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas.** Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37 (2): e58131.

CALVETTI, Prisla Ücker; SILVA, Leonardo Machado; GAUER, Gabriel José Chitó. **Psicologia da saúde e criança hospitalizada.** Psic rev. psicol. vetor ed. 2008; 9 (2): 229-34.

CARVALHO, Maria do Carmo Brand. **Repensando a criança e o adolescente como valor de troca: a política de assistência social e o Estatuto da Criança e do Adolescente.** Rev. brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. 1992; 2 (1): 59-70.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. **Participação dos pais no nascimento em maternidade publica: dificuldades institucionais e motivação dos casais.** Caderno de saúde pública**.** 2003**;** 19 (2): 389-98.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. **A psicologia hospitalar e a pediatria do Hospital Brigadeiro-INAMPS-SP.** Boletim de psiquiatria. 1987; 20 (½): 13-6.

COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves. **Caminhos para humanização da assistência à criança hospitalizada.** Rev. Cogitare Enfermagem**.** 1999; 4 (1): 47-52.

COSTA, Thailly Faria; HIGA, Elza Ribeiro; MELO, Nadia Proença. **Concepção de humanização na visão da enfermagem em oncologia pediátrica.** Rev. nursing. 2010; 13 (146): 343-7.

CRUZ, Déia Silva Moura; COSTA, Geraldo da; NÓBREGA, Maria Mirian Lima da.
Assistência humanizada à criança hospitalizada. Rev. RENE. 2006; 7 (3): 98-104.

CYPEL, S. **A humanização no atendimento ao recém-nascido: a importância das relações interpessoais e a organização neurobiológica.** Rev. Einstein de São Paulo. 2007; 5 (1): 69-73.

ELSEM, I; PATRICIO, ZM. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem**.** In: Shimitz EM et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: Atheneu; 1985. p. 169-79.
FABRE, ZL et al. **Humanização em UTI pediátrica: a equipe e a família.** ACM Arquivos catarinense médicos. 1992; 21 (1): 34-7.

FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. **O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 16, n. 4, p. 609- 616, Dec. 2007 .

FERREIRO, ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2 ed. Rio de Janeiro; 1986.

FORTE, Maria José Paro; KUDO, Aide Mitiko, MENDES, Maria Angelica dos Santos, DUARTE, Valéria. **O instituto da criança frente à política nacional de humanização.** Revista de pediatria. 2003; 26 (1): 43-8.

GARCIA, Adimir Valdemar et al. **O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores.** Physis. 2010; 20(3):811-834.

GARROS, Daniel. **Uma boa morte em UTI pediátrica: é isso possível?** Jornal de pediatria**.** 2003**;** 79 (2): 243-54.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização.** Rev. gaúcha de enfermagem. 2005; 26 (1): 20-30.
GUIDO, LA. **Acompanhamento ao cliente cirúrgico ambulatorial fundamentado em King: Relato de experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização.** Revista. SOBECC. 1996; 1 (1): 8-13.

HECKERT Ana Lúcia Coelho, PASSOS Eduardo, BARROS Maria Elizabete Barros de. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate.** Interface (Botucatu). 2009; 13(Supl. 1):493-502.

HIRSCHHEIMER, Mario Roberto et. al. **O trabalho de terapia ocupacional na pediatria.** Rev. paulista pediátrica**.** 2001; 19 (4): 187-94.

LINO, HM. **A visita dos pais na unidade pós-operatória de Bauru: uma busca crescente de humanização.** Rev. paulista hospitalar. 1991; 39 (9/12): 126-37.

LIMA, Roseli Medeiro, et al. **Experiências de Mães Durante a Internação Hospitalar de Seus Filhos.** Rev Fund Care Online.2019. out./dez.; 11(5):1286-1292.
LOPES, Luiz Fernando; CAMARGO Beatriz; FURNER Anamaria Arbo. **Aspecto da Humanização no tratamento de crianças na fase terminal.** Pediatria moderna. 1999; 35 (11): 894-95.

MAGNABOSCO, Gisele et al. **Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura**. Rev. cogitare enferm. 2008; 13 (1): 103-08.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. **Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço.** Rev Interface. 2017; 21(60):13-22.

MENIN, Gisele Elise; PETTENON, Marinez Koller. **Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros.** Rev. Bioét. 2015: 608-614.

MORENO, RLR et. al. **Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização.** Rev. pediatria. 2003; 25(5): 164-9.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles. **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva. 2015, 20 (10):3231-3242

PICADO, SBR; EL-KHOURI, RN; STREAPCO, PT. **Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no Centro Clínico Electra Bonini.** Rev. pediatria de São Paulo. 2007; 29 (2): 99-108.

PINHEIRO, MCD; LOPES, GT. **A influência do brinquedo na assistência a criança hospitalizada.** Rev. brasileira de enfermag. 1993; 41(2): 117-31.

PYLÓ, RM et al. O **cuidador no contexto da hospitalização de crianças e adolescentes .** Rev. Cad. Ter. Ocup. 2015; 855-862. Disponível em: file:///C:/Users/windows/Downloads/1280-4402-1-PB.pdf

RAMOS, Elen Amaral et al. **Humanização na Atenção Primária à Saúde.** Rev Med Minas Gerais 2018;28 (Supl 5): e-S280522

RODRIGUES, Amanda Cunha; CALEGARI, Tatiany. **Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem.** Rev. Reme, Belo Horizonte, vol. 20, e933, 2016.

SILVA, CC; RIBEIRO, NRR. **Percepções da criança acerca do cuidado durante a hospitalização.** Rev. brasileira de enfermagem. 2000; 53 (2): 311-23.

SILVA, Carla Gualberto et al. **A utilização da música em uma unidade pediátrica: contribuindo para a humanização hospitalar.** Revista Enfermagem 2017: 1-5. Disponível em: file:///C:/Users/windows/Downloads/26265-105521-1-PB.pdf

SMERDEL, Karina Silva; MURGO, Camélia Santina**. Um olhar Psicopedagógico sobre o Processo Ensino-Aprendizagem no contexto Hospitalar.** Rev. Psicopedagogia. 2018; 329-339.

SOARES, Patricia Rodrigues; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; LOURO, Thiago Quinellato. **Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de Enfermagem.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 73, n. 4, e20180922, 2020.

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JUNIOR, Cláudio José Ferreira. **A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva. 2019; v. 24, n. 6, p. 2075-2084.

TOBIAS, SL; VALENTIM, L; VALENTIM, RM. A. **Humanização na UTI pediátrica em Florianópolis.** Jornal de pediatria. 1986; 60 (4):164-70.

TREZZA, EMC. **Humanização do atendimento médico à criança.** Jornal de pediatria. 1987; 63 (4): 218-20.

VEIGA, Noriza; PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Falleiros; SILVA, Marta Angélica Iossi. **Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura.** REME rev. min. enfermag. 2009; 13 (3): 435-43.

VIOLANTE, MLV. **Para além da humanização.** Temas IMECS Soc. Dir. Saúde. 1985; 2 (2): 11-26.

Capítulo 39

IMPACTOS DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA NA MATERNIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA

IMPACTS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY IN THE MATERNITY: INTEGRATIVE REVIEW

Wandeclebson Ferreira Júnior [1]
Bruna Nunes de Morais [2]
Virna Myrelli Rodrigues Albuquerque [3]
Matheus Alexandre do Nascimento [4]
Mateus Lima Ulisses Trindade [5]

RESUMO: A maternidade nem sempre ocorre de maneira natural, necessitando algumas vezes da utilização de técnicas que possam auxiliar o processo de concepção e manutenção da gravidez, como é o caso da reprodução assistida. Dessa forma, o objetivo dessa revisão é caracterizar a literatura brasileira que discute a relação entre gravidez e infertilidade. Para tanto, fora realizada uma revisão integrativa com os descritores “maternidade” e “infertilidade”, selecionando artigos publicados nos anos de 2005 a 2017 disponíveis nas bases LILACS, *MEDLINE* e *SciELO*. Os resultados obtidos a partir dos oito artigos encontrados estão voltados à valorização do sentido da maternidade e do uso de técnicas de reprodução. Em síntese, os estudos utilizam métodos qualitativos e reduzem-se ao campo da Psicologia. Diante das pesquisas realizadas, torna-se notória a escassez de estudos referentes à temática na literatura, principalmente daqueles que a considerem em toda sua complexidade e relevância.
Palavras-chave: Maternidade. Infertilidade. Revisão integrativa.

ABSTRACT: Maternity does not always happens naturally and sometimes it needs the use of techniques to aid the conception process and the maintenance of pregnancy, such as assisted reproductive technology. This review intends to characterize the Brazilian literature that discusses problems between pregnancy and infertility. For this purpose, it was performed an integrative review with the terms “maternity” and “infertility”, selecting published articles from 2005 to 2017, available in the LILACS, MEDLINE and SciELO bases. The results obtained from eight articles that were found are related to the valuation of the meaning of maternity and the use of reproduction techniques. Most of the articles have a qualitative aspect and are limited to the psychological field. In view of the carried out researches, it is notorious the scarcity of studies related to the theme, specially the ones that consider it in all its complexity and relevance.
Keywords: Maternity. Infertility. Integrative review.

Introdução

É notável, no cenário social atual, o rápido avanço tecnológico nas mais diversas áreas e com diferentes finalidades. Dentre estas, as técnicas e tecnologias de reprodução assistida têm se tornado cada vez mais eficazes e acessíveis, servindo aqueles que encontram dificuldades na concepção natural de uma gravidez. Dada a característica humana de raramente abandonar desejos pelo simples surgimento de um obstáculo, o fato de muitos adultos estéreis que desejam filhos adotarem técnicas que contornam os processos biológicos comuns não se configura, necessariamente, como uma surpresa (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

[1] Psicólogo e professor universitário. Esp. em Saúde da Família e Neuropsicologia Clínica | E-mail: ferreirajr@facenemossoro.com.br
[2] Psicóloga | E-mail: brunanunesdm@outlook.com
[3] Psicóloga residente em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade | E-mail: virna_myrelli@hotmail.com
[4] Psicólogo | E-mail: psi.matheus@outlook.com
[5] Graduando em Medicina pela Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA | E-mail: mateuustrindade@gmail.com

A situação de infertilidade é capaz de gerar efeitos devastadores, podendo acarretar em decréscimo da qualidade de vida. A impossibilidade diante do desejo de ter filhos produz sentimentos como medo, ansiedade, tristeza, frustração, desvalia e vergonha, além de quadros de estresse significativos, que se apresentam por meio de dificuldades tanto na esfera individual como conjugal, assim como pela desestabilização nas relações do sujeito com seu entorno social (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

Percebendo o movimento da postergação da maternidade por parte da mulher contemporânea que luta cada vez mais para conquistar seu espaço como um possível fator contribuinte para a utilização desses recursos e a pouca produção científica relacionada a esse processo, observou-se que os impactos emocionais e psicológicos do uso das técnicas de reprodução assistida permanecem uma questão em aberto. Sabe-se que com a tendência sociodemográfica atual, de elevação da idade de procriação, associada à limitada produção de óvulos da mulher, a idade se apresenta como o fator de maior peso na redução do potencial reprodutivo feminino, bem como nas dificuldades de êxito com técnicas de reprodução assistida sem ovodoação (CORRÊA; LOYOLA, 2013).

Vários são os fatores influenciadores que podem contribuir para o adiamento da maternidade, dentre os quais destacam-se a disponibilidade de métodos contraceptivos, nível de instrução e estabilidade financeira, suporte familiar e apoio emocional dado à gestante. Contudo, há uma insuficiência de literatura voltada para a maternidade tardia no Brasil, o que faz com que os estudos relacionados a esta temática se concentrem em bases internacionais (GOMES et al., 2008).

Nas últimas décadas foram registradas importantes mudanças socioculturais que influenciaram a diminuição progressiva da fecundidade e o adiamento da gravidez planejada, um processo que envolve diversos elementos e abarca aspectos hereditários relacionados aos ambientes externos, como a idade materna, mencionada anteriormente – antes as mulheres engravidavam cedo, a maioria na fase da adolescência. Hoje, em contrapartida, as novas gerações podem apostar em uma construção diferente de família graças aos avanços da medicina (OLIVEIRA et al., 2011).

Maux e Dutra (2009) refletem que o pensamento feminista, junto ao desenvolvimento dos métodos contraceptivos e ao surgimento das Novas Tecnologias Reprodutivas (NTR), influenciou a mudança do modo de compreensão da maternidade às vistas da sociedade, que passou a entende-la como uma escolha disponível e autônoma. É inevitável a conclusão de que as contingências socioculturais acerca da infertilidade induzem à busca de respostas na tentativa de reordenar a desarmonia instaurada no meio social pela não compreensão total desse novo tópico e suas inúmeras possibilidades. Se a infertilidade, tempos atrás, impedia que houvesse descendentes, ameaçando a manutenção da mão de obra para o trabalho e a continuidade do poder e da fortuna, como pensá-la hoje, em meio à gigantesca quantidade de respostas oferecidas pela ciência e sendo ela também parte de um processo de constante transformação? (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009).

Desde que haja pessoas que almejam filhos, mas que são, por alguma razão, incapazes de engravidar ou dar à luz, parece certo afirmar que tanto a engenhosidade como a tecnologia humana continuarão a pensar novos meios de tornar essa necessidade suprida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Dessa forma, se faz importante pensar que o campo do conhecimento da reprodução assistida é, também, pertinente para refletir sobre os processos de transformação e progresso nos quais, por meio dos avanços científicos, múltiplos recursos para o tratamento da infertilidade humana são ofertados (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009).

Diante desse contexto, o foco de investigação deste trabalho é direcionado à produção nacional que discute gravidez e infertilidade. Tendo em vista os diversos aspectos que rodeiam essa temática e com o intuito de revelar o atual estado da arte acerca da mesma, foram revisados diferentes artigos que levaram a uma reflexão dos resultados obtidos.

Metodologia

Este trabalho é do tipo revisão integrativa, um estudo que, na perspectiva de Mendes, Silveira e Galvão (2008), analisa pesquisas, possibilita a síntese do estado da arte e aponta lacunas do conhecimento sobre uma determinada problemática. Sendo assim, a revisão integrativa permite a justaposição de várias publicações e proporciona conclusões gerais a respeito de uma área de estudo. Contribui para discutir os métodos e resultados de pesquisas, tendo como propósito inicial a obtenção de um entendimento aprofundado acerca de um determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores. Este é o método mais amplo dentre os métodos de revisão, uma vez que permite a inclusão simultânea de artigos com diversos desenhos de pesquisa, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO., 2008).

Essa revisão recebe a denominação integrativa devido a abrangência no fornecimento de informações sobre um assunto/problema, permitindo ao revisor/pesquisador a elaboração de um desenho com diferentes finalidades, seja direcionando-se para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um determinado tópico (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para a pesquisa dos artigos foram utilizadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (*SciELO*) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), buscando artigos disponíveis na Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (*MEDLINE*). Foram empregados os descritores “maternidade” e “infertilidade” na realização da busca, ocorrida no mês de Julho do ano de 2018 e os artigos selecionados são provenientes de estudos primários publicados no período de 2005 a 2017, escritos em língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos dos resultados os artigos de revisão de literatura, resenhas teóricas e ensaios de livro. Inicialmente, foi utilizada uma ficha para a organização dos dados, contendo os itens a seguir: nome dos autores; nome do periódico; área e ano de publicação; tipo de estudo; e objetivo do estudo. Além das categorias mencionadas, foram observadas também características como região onde ocorreu o estudo, quantidade e faixa etária dos participantes, estratégia de coleta de dados utilizada e principais resultados e conclusões.

De acordo com os indicadores “maternidade” e “infertilidade”, foram encontrados doze artigos na base LILACS da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), após a utilização dos filtros: infertilidade, técnicas de reprodução assistida, mães, gravidez, família, fertilização *in vitro*, complicações na gravidez, na categoria de assunto principal; humanos, feminino, adulto e gravidez, na categoria limite; língua portuguesa e inglesa, na categoria idioma; artigo, na categoria tipo de documento; Brasil, na categoria de países afiliados; e o período que compreende os anos de 2005 a 2017, na categoria ano. Esses filtros foram escolhidos de acordo com os objetivos do estudo, que se propôs a investigar aspectos variados relacionados às temáticas na produção científica brasileira.

Na base de pesquisa *SciELO,* foram encontrados onze artigos, dos quais foram excluídos cinco por também estarem presentes na base LILACS. Nesta, os filtros utilizados foram: língua portuguesa e inglesa, na categoria idioma; ciências humanas, ciências sociais aplicadas e ciências da saúde, na categoria áreas temáticas; Brasil, na categoria coleções; artigo, na categoria tipo de leitura; e o período de 2005 a 2017, na categoria ano. Já na base *MEDLINE* não foram encontrados artigos compatíveis com a proposta do estudo. Apenas um enquadrou-se no critério de idioma, todavia, datado da década de 1970.

Resultados

Dos dezoito artigos previamente selecionados, foram excluídos dez, sendo seis não empíricos – dois presentes na LILACS e quatro na *SciELO*; dois inacessíveis e outros dois que fogem do tema de interesse, encontrados em LILACS e *SciELO*, respectivamente, e foram analisados outros oito (BEZERRA et al., 2016; LEITE; FROTA, 2014; LINS et al., 2014; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013; DORNELLES; LOPES, 2011; DORNELLES; LOPES, 2010; GRANER; BARROS, 2009; ORIÁ; XIMENES; GLICK, 2005). No Quadro 1, apresentado a seguir, serão descritos os dados bibliométricos das publicações supracitadas. Os demais dados acerca de cada artigo serão apresentados logo após.

Quadro 1 - Dados bibliométricos dos artigos selecionados e revisados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

AUTORES E ANO	ÁREA E PERIÓDICO	OBJETIVO	DESENHO
Bezerra et al., 2016	Enfermagem / Rev. Eletrônica de Enfermagem	Caracterizar o perfil de diagnósticos de Enfermagem de autopercepção e tolerância ao estresse em mulheres inférteis.	Pesquisa de levantamento
Leite e Frota, 2014	Psicologia / Rev. Abordagem Gestalt	Compreender como a vida e a autoimagem feminina são afetadas pela fertilização *in vitro*.	Estudo clínico, de caráter fenomenológico
Lins et al., 2014	Psicologia / Estud. Psicol. (Campinas)	Investigar aspectos inconscientes do desejo pela maternidade e a dificuldade de gerar um filho.	Estudo clínico, de caráter psicanalítico

Gradvohl, Osis e Makuch, 2013	Psicologia / Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Avaliar o estresse de homens e mulheres na busca pelo tratamento para infertilidade e identificar variáveis associadas.	Estudo de coorte transversal
Dornelles e Lopes, 2011	Psicologia / Estud. Psicol. (Campinas)	Conhecer o processo de tornar-se mãe no contexto da reprodução assistida.	Estudo de caso
Dornelles e Lopes, 2010	Psicologia / Estud. Psicol. (Natal)	Conhecer o processo de tornar-se mãe no contexto da reprodução assistida.	Estudo de caso
Graner e Barros, 2009	Enfermagem / Rev. da Escola de Enfermagem da USP	Conhecer as complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas por reprodução assistida.	Pesquisa documental, baseada em prontuários hospitalares
Oriá, Ximenes e Glick, 2005	Enfermagem / Rev. Online Brazilian Journal of Nursing	Compreender os significados vivenciados pelas mulheres durantes a fertilização *in vitro*.	Pesquisa multimétodo, com observação participante e entrevista

Fonte: Elaborado pelos autores do estudo.

A partir desses dados, verificou-se que entre os anos de 2005 e 2008 houve apenas uma publicação (ORIÁ; XIMENES; GLICK, 2005), número que passou a crescer a partir do ano de 2009 devido a uma maior difusão de resultados de pesquisa disponibilizados entre a comunidade científica (MOURA; SOUZA; SCHEFFER, 2009). É possível, também, perceber que os resultados encontrados se concentram no campo da Psicologia, área do saber que se debruça sobre aspectos emocionais, subjetivos e singulares do sujeito.

As pesquisas realizadas demonstraram seguir predominantemente o caráter qualitativo que, na perspectiva de Godoy (1995), parte de eixos investigativos amplos, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos participantes do estudo, sem visar a mensuração dos eventos estudados. Ademais, percebeu-se que os artigos tiveram uma ênfase maior na mulher, com foco nos seus aspectos emocionais, também relacionados à subjetividade e singularidade e à quebra do paradigma a respeito da habilidade intrínseca da mulher sobre ser mãe.

No que se refere à quantidade de participantes, os artigos com estudo quantitativo foram realizados a partir de amostras de 202 pessoas, dividida em 101 homens e 101 mulheres (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013); e 40 mulheres (BEZERRA et al., 2016). Nos estudos qualitativos os números de participantes se apresentaram das seguintes formas: dois compreenderam três participantes (DORNELLES; LOPES, 2010; DORNELLES; LOPES, 2011), um contou com quatro participantes (LEITE; FROTA, 2014) e outro com seis participantes (ORIÁ; XIMENES; GLICK, 2005). Já nos estudos mistos, de caráter quantitativo e qualitativo, o número por amostra foi de 200 participantes (LINS et al., 2014) e de 131 participantes – representados pelos prontuários utilizados na caracterização da população do estudo (GRANER; BARROS,

2009). Na distribuição da faixa etária os seis estudos trouxeram amostras exclusivamente de adultos.

Com relação às estratégias de coleta de dados, foi possível identificar que predominou o uso da entrevista, num total de quatro estudos, sendo que dois estudos utilizaram a entrevista semiestruturada (DORNELLES; LOPES, 2010; DORNELLES; LOPES, 2011), e outros dois estudos utilizaram entrevista aberta, um de orientação psicanalítica (LINS et al., 2014) e outro de abordagem fenomenológica (LEITE; FROTA, 2014). Os demais estudos utilizaram outros métodos, dentre eles uma coleta de informações por meio de questionário estruturado associado ao Inventário de Problemas de Fertilidade – IPF (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013), uma revisão de prontuários (GRANER; BARROS, 2009), uma observação participante que, ao final, também contou com a utilização de entrevista aberta (ORIÁ; XIMENES; GLICK, 2005) e um formulário para condução de entrevista, elaborado exclusivamente para a pesquisa (BEZERRA et al., 2016).

Sobre os objetivos das pesquisas, nota-se que boa parte deles se deteve à compreensão dos impactos sentidos pelas mulheres que fazem uso de técnicas de reprodução assistida, uma vez que todos os artigos trataram desse assunto (BEZERRA et al., 2016; LEITE; FROTA, 2014; LINS et al., 2014; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013; DORNELLES; LOPES, 2010; DORNELLES; LOPES, 2011; GRANER; BARROS, 2009; ORIÁ; XIMENES; GLICK, 2005), sendo que alguns foram além, com um artigo levando em consideração a gravidez múltipla (GRANER; BARROS, 2009) e outro considerando a forma como o uso dessas técnicas também influencia a realidade do parceiro (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2013). Com relação ao objetivo presente em todos os artigos a respeito dos impactos, viu-se a importância dessa prevalência temática, uma vez que, ao fazer o uso de tais técnicas, é possível que a mulher experiencie o sentimento de incapacidade por não conseguir corresponder às cobranças exercidas pela sociedade em relação à maternidade e aos seus possíveis próprios desejos de tornar-se mãe, bem como de seu/sua parceiro/a e sua família ampliada. A seguir serão abordados de forma mais aprofundada os objetivos encontrados nos artigos, fomentando o tópico de discussões.

Discussões

No procedimento da pesquisa dos artigos foi possível verificar que a maternidade configura-se como um processo que se estende para além do engravidar, haja vista que as mudanças sociais e as concepções sobre o papel feminino vem se modificando com o tempo. Apontando formas de tratamento e pontuando a importância de a infertilidade não ser considerada exclusivamente sob a ótica biológica, Bezerra et al. (2016) destacam o estresse como um fator a ser considerado na avaliação do bem-estar das mulheres e do casal como um todo diante da condição infértil.

O estudo de Lins et al. (2014) identificou uma ambivalência nos discursos das participantes, refletida em um conflito, inconsciente, entre o desejo de ser mãe atrelado à dificuldade de gestar um filho. Essa ambivalência, geradora de sofrimento para algumas das participantes, é intensificada pelo papel social feminino, uma vez que a maternidade ainda é

fortemente associada à identificação do que é ser mulher, e pela castração de não poder gerar este filho “naturalmente”.

Leite e Frota (2014) abordam as distintas dimensões assumidas pela mulher a partir da gravidez por técnicas de reprodução assistida. Tais dimensões estão relacionadas à grande expectativa conectada ao desejo de ser mãe, que pode provocar reações emocionais e diversas percepções sobre sua autoimagem. Já Dornelles e Lopes (2010) trazem que o desgaste decorrente do uso dessas técnicas supera o das transformações físicas, pois se percebe também o desgaste emocional advindo do medo em relação à perda do bebê e aos cuidados com sua sobrevivência. Após o nascimento, nos primeiros meses de vida da criança, o medo se transforma no desafio de cuidar do filho.

Gradvohl, Osis e Makuch (2013), em seu artigo, apresentam como foco os níveis de estresse de homens e mulheres em relação a quatro aspectos que estão diretamente interligados ao processo ao qual os sujeitos se submetem na reprodução assistida. Estes estão associados ao relacionamento social, à vida sem filhos, à relação sexual e maternidade e paternidade. O estudo revela que os níveis de estresse aumentam em todos os aspectos, com exceção da vida sem filhos. Das variáveis colocadas, a do relacionamento social é a que mais aumenta o nível de estresse, corroborando com os resultados a respeito do vínculo e da coesão conjugal, do estudo de Silva e Lopes (2011), que atentam para ameaça que pode se constituir a partir da experiência do tratamento, em particular no tocante ao seu fracasso.

Observa-se que com o maior número de possibilidades, ampliaram-se também as consequências emocionais acarretadas pelo uso das técnicas reprodutivas, tanto para as mulheres submetidas aos procedimentos quanto para seus companheiros ou companheiras. Dentre essas consequências, pode-se destacar os desgastes físico e emocional, o medo acerca da inexperiência e a temerosidade relacionada à incerteza sobre a confiabilidade da técnica utilizada. Além do mais, a maternidade tem uma forma singular de se apresentar para cada indivíduo e, seus medos, ideologias e formulações, necessitam ser compreendidos não só de forma coletiva, mas também individualmente, a fim de um olhar mais amplo sobre o sujeito que se submete a tal processo (DORNELLES; LOPES, 2011).

Verifica-se também que a qualidade de relacionamento do casal oscila, principalmente em relação à vida sexual. Além disso, nota-se que existem variáveis comuns em todas essas categorias, como o sexo feminino, a infertilidade e o nível de qualidade do relacionamento conjugal. Sendo assim, esse estudo revela que os homens e mulheres que buscam tratamento com técnicas de reprodução assistida tem um elevado nível de estresse, e o apoio psicossocial caracteriza-se como de suma importância para a manutenção da saúde de ambos. Outro agravante para o aumento do estresse, na perspectiva de Graner e Barros (2009), seria a concepção de uma gravidez múltipla, sendo este o resultado mais frequente do uso das técnicas de reprodução assistida e no qual é possível perceber um caráter mais sério e complicado.

Levando em consideração a complexidade de um tratamento de fertilização *in vitro*, Oriá, Ximenes e Glick (2005) debruçam-se sobre a tentativa de compreensão dos significados

vivenciados pelas mulheres durante este processo, utilizando, para isso, além da observação, anotações das participantes, que registraram impressões, dúvidas, medos e expectativas relacionados à fertilização. O estudo consegue revelar que durante esse tipo experiência são enfrentados desafios sociais, psicológicos e financeiros, bem como a junção de elementos como ansiedade, desesperança e dor. As autoras abordam, ainda, detalhes das fases do tratamento e suas diferentes nuances e impactos, colocando o apoio psicológico como primordial no enfrentamento do processo e na manutenção do foco no objetivo das mulheres submetidas a ele. A esse respeito, em estudo realizado com mulheres num ambulatório especializado, Fontenele e Tanaka (2013) observaram inquietude e angústia envolvidas na reprodução assistida desde a espera pela confirmação do início do tratamento, no processo de triagem.

Considerações finais

Com base nas pesquisas realizadas, nota-se uma produção pequena de artigos referentes à integração das temáticas “maternidade” e “infertilidade”. Os poucos estudos disponíveis direcionam-se ao sentido que as mulheres dão ao uso das técnicas de reprodução assistida e ao sofrimento causado por elas, explicando o maior número de publicações de caráter qualitativo. O aprofundamento nas pesquisas sobre o tema também aponta para uma desmistificação nas características atribuídas à mulher no senso comum, como a de que ela nasce pronta para exercer a maternidade, por exemplo.

É evidente a ausência de pesquisas sobre casais homoafetivos e de como o processo da gravidez os afeta. Todos os artigos enfatizam a realidade de casais heterossexuais e os papéis que estes assumem em tal processo. Desse modo, o que se entende é que os artigos não acompanham o avançar da sociedade em relação às mudanças sociais, principalmente no que diz respeito aos novos conceitos de família e a importância de cada membro no exercício de uma posição de interesse na mesma.

Com isso, a partir da obtenção desses dados, este estudo pode colaborar para o fomento da reflexão acerca da importância da existência de pesquisas que incluam os demais elementos envolvidos na temática em questão, como as impressões e o apoio da família e do parceiro ou parceira; além de estudos voltados para as demais áreas de conhecimento, objetivando maior abrangência e fidedignidade no entendimento do complexo processo da maternidade assistida.

Referências

BEZERRA, A. C. et al. Diagnósticos de enfermagem dos domínios autopercepção e enfrentamento/tolerância ao estresse relacionados à infertilidade feminina. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 1 dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37659>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CORRÊA, M. C. D. V.; LOYOLA, M. A. Tecnologias de reprodução assistida no Brasil: opções para ampliar o acesso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 753-777, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300753&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DORNELLES, L. M. N.; LOPES, R. C. S. Desafios para a maternidade no contexto da reprodução medicamente assistida: terceiro mês do bebê. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 15, n. 3, p. 251-257, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

DORNELLES, L. M. N.; LOPES, R. C. S. Será que eu consigo levar essa gestação até o fim? A experiência materna da gestação no contexto da reprodução assistida. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 489-499, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FARINATI, D. M.; RIGONI, M. S.; MÜLLER, M. C. Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 433-439, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2018.

FONTENELE, C. V.; TANAKA, A. C. D. Expectativas e sentimentos de mulheres que esperam por tratamento de reprodução humana. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 93-108, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2018.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, abr. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2018.

GOMES, A. G. et al. Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 12, n. 1., jun. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/5242>. Acesso em: 04 jul. 2018.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 255-261, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

GRANER, V. R.; BARROS, S. M. O. Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 103-109, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenologica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 151-160, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

LINS, P. G. A. et al. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 31, n. 3, p. 387-392, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MAUX, A. A. B.; DUTRA, E. Do útero à adoção: a experiência de mulheres férteis que adotaram uma criança. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 14, n. 2, p. 113-121, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, 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, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B.; SCHEFFER, B. B. Reprodução assistida: Um pouco de história. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 23-42, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2018.

OLIVEIRA, R. B. et al. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus et Scientia**, v. 7, n. 2, p. 99-112. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/73>. Acesso em: 03 jul. 2016.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; GLICK, D. F. Casais inférteis vivenciando a fertilização in vitro. **Revista Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3/3>. Acesso em: 02 jul. 2018.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, I. M.; LOPES, R. C. S. Relação conjugal no contexto de reprodução assistida: o tratamento e a gravidez. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 449-457, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

Capítulo 40

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA SAÚDE DA MULHER E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

IMPORTANCE OF ANTENATAL CARE FOR WOMEN'S HEALTH AND PREVENTION OF VERTICAL TRANSMISSION OF STIS IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

Jailma de Araújo Freire[1]
Thais Gomes Silva[2]
Natasha Stephanie M. Rodrigues[3]
Vanessa Holanda Arrais[4]
Dirlene Mafalda Ildefonso da Silveira[5]

RESUMO: O pré-natal apresenta um importante papel na promoção de saúde da mulher e do feto e na prevenção de doenças maternas e fetais. Este trabalho teve como objetivo analisar a eficácia do pré-natal como ferramenta para promoção da saúde da mulher e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Trata-se de um estudo exploratório, composto por meio de uma revisão bibliográfica referente ao período de janeiro de 2015 a junho de 2020, nas bases de dados LILACS e SciELO, utilizando os descritores “Pré-natal”, “Saúde da Mulher” e “IST”, em português, selecionando 12 artigos no total. A literatura sugere que o pré-natal pode reduzir a mortalidade infantil e promover a saúde materna, porém deve receber o investimento necessário para ser mais eficaz. Um pré-natal de qualidade é essencial para a viabilização da saúde materno-infantil durante a gestação.
Palavras-chave: Pré-Natal; Saúde materna; IST.

ABSTRACT: Antenatal care plays an important role in promoting women's health and preventing maternal and fetal diseases. This study aimed to analyze the effectiveness of antenatal care as a tool for promoting women's health and preventing Sexually Transmitted Infections (STIs).This is an exploratory study, written in the form of a bibliographic review, with works dating from January 2015 to June 2020, in the LILACS and SciELO databases, involving the descriptors “Antenatal care”, “Women’s health” and “STI”, in Portuguese, and resulted in 12 works being selected. The literature suggests that antenatal care is capable of reducing child mortality and promoting maternal health, however, it should receive the necessary investment to be more effective. A quality antenatal care is essential for the viability of maternal and fetal health during pregnancy.
Keywords: Antenatal care; Maternal health; STI.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são um grupo de infecções causadas por mais de 30 agentes etiológicos, como vírus, bactérias, fungos e protozoários. Uma forma importante de transmissão de ISTs é por via vertical, que ocorre da mãe para a criança durante a gestação, parto ou amamentação (BRASIL, 2015). Essas infecções compõem um grave problema no contexto epidemiológico brasileiro, já que são diretamente responsáveis por malformações e abortamentos de recém-nascidos, dentre outras complicações. Exemplificando-se os impactos das

[1] Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: jailma.afreire@gmail.com
[2] Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: thaiswgs17@gmail.com
[3] Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: natashastephaniee@gmail.com
[4] Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Christus. E-mail: vanessaarrais@gmail.com
[5] Médica pela Universidade Federal da Paraíba. Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Centro Universitário Christus. E-mail: dmmsilveira@hotmail.com

ISTs no mundo, podemos destacar as estimativas da OMS, que descreveram em 2016, aproximadamente 661 mil casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais (KORENROMP, et al, 2019).

O Ministério da Saúde recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, sendo essencial a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais. Destaca-se que o objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir e acompanhar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna (BRASIL, 2012). A ausência do pré-natal ou de um pré-natal feito de forma adequada pode ser associada com maiores índices de morbimortalidade materna e infantil, evidenciando a importância dessa ferramenta na saúde das mães e de seus recém-nascidos (NUNES; et al, 2016).

Dessa forma, o objetivo desta revisão integrativa é analisar a eficácia do pré-natal como ferramenta essencial para a promoção da saúde da mulher e prevenção de ISTs.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que de acordo com Souza et al (2010) é um método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre uma temática específica. As etapas da elaboração do estudo corresponderam a: definição do tema de pesquisa, busca em bancos de dados dos estudos iniciais, extração de dados, avaliação dos estudos iniciais incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Estratégia de busca

Para a elaborar a questão de pesquisa da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes). O elemento (P) corresponde a mulher atendida na APS, o (I) corresponde utilização do pré-natal, o (C) corresponderia a comparação da realização de um pré-natal adequado com o pré-natal inadequado e (O) corresponde ao desfecho com a avaliação do resultado esperado. Essa estratégia foi utilizada para formular a pergunta base que conduziu o estudo, orientou a escolha das palavras chaves e direcionou a escolha dos estudos iniciais. Desse modo, a pergunta orientadora deste artigo foi: Qual a importância do Pré-Natal para mulheres na atenção primária à saúde e sua correlação com a prevenção de transmissão vertical de ISTs?

Para a elaboração deste estudo e para atingir seus objetivos, utilizou-se coleta de dados realizada a partir de uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Buscou-se publicações científicas brasileiras, utilizando-se os seguintes descritores: “Pré-natal”, “Saúde da Mulher”, “IST”. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 7 de junho e 27 de junho de 2020, nas referidas fontes, por meio de descritores já citados.

Os critérios de inclusão estipulados para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, independentes do desenho metodológico, publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos. Como critério de exclusão optou-se por não utilizar textos que não estivessem disponíveis na íntegra on-line. Foram excluídos da pesquisa os artigos de reflexão, erratas e editoriais. Por meio dos três descritores, bem como dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 12 artigos.

Figura 1 - Fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Fonte: Autoria própria, 2020.

RESULTADOS

As buscas nas bases de dados encaminharam para 62 publicações, e após deliberação e seleção pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos, apenas 12 compuseram a amostra final. Destes, dois foram encontrados na base de dados LILACS e dez na SciELO. O tabela 1 representa as especificações de cada um dos artigos.

Com a pesquisa, verificou-se que todas as publicações abordaram a eficácia do pré-natal para manutenção da saúde materno-infantil durante a gestação, alguns expondo a percepção da gestante a respeito da realização do pré-natal, outros abordaram assuntos referentes à cobertura desse acompanhamento durante a gravidez da mulher. Além disso, temas relacionados à profilaxia de transmissão vertical do HIV durante a gestação também foram abordados em artigo da análise final.

Destaca-se ainda que todos os estudos foram realizados e publicados no Brasil nos últimos 5 anos. Os estudos abordados nesta revisão abrangeram as regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul do país.

Tabela 1. Distribuição dos dados primários incluídos na revisão integrativa segundo título, autor principal, base, ano, objetivo principal, resultados e conclusão.

	TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	BASE ANO	OBJETIVO PRINCIPAL	RESULTADOS	CONCLUSÃO
01	A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal	Luana Asturiano da Silva	LILACS 2015	Analisar os valores expressos no discurso das mulheres/gestantes sob a acessibilidade dos exames no acompanhamento pré-natal.	Houve dificuldade no acesso aos resultados dos exames laboratoriais e de imagem para gestantes, associados à falta de humanização durante as consultas, que prejudicava a qualidade do pré-natal.	Percebe-se a necessidade de melhorar as consultas do pré-natal por meio de uma rede de saúde unificada e integrada que disponha de equipamentos, profissionais e infraestrutura de qualidade.
02	Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde	Aryelly Dayane da Silva Nunes	LILACS 2017	Analisar o acesso à assistência pré-natal no Brasil a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013.	Houve uma elevada proporção de mulheres que afirmaram haver realizado o pré-natal no Brasil, sendo 97,4%, porém, a proporção de mulheres que seguiram todos os aconselhamentos foi baixa (69,2%) e apenas 64,8% das mulheres fizeram exames para rastreio de Sífilis.	No Brasil, há uma alta cobertura de pré-natal para a população, porém, é necessário promover estratégias para integrar as gestantes menos favorecidas no serviço de saúde de forma integral, para diminuir as taxas de mortalidade materna, neonatal e perinatal do país.
03	Aplicabilidade da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde, para análise de óbitos perinatais em municípios dos estados Rio de Janeiro e São Paulo, 2011	Fernanda Morena dos Santos Barbeiro Vieira	Scielo 2020	Avaliar a aplicabilidade da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis (LBE) na mortalidade perinatal, em maternidades públicas dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, 2011.	6 em cada 10 óbitos perinatais poderiam ter sido evitados com adequação da atenção à mulher durante a gestação.	A Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis (LBE), após realocação de alguns códigos, pode melhorar a avaliação de óbitos fetais, sendo necessários estudos com maior número de participantes.
04	Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	Rosemar Barbosa Mendes	Scielo 2020	Analisar a qualidade do pré-natal no estado de Sergipe a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	A assistência ao pré natal teve uma alta cobertura, porém, apenas pouco mais da metade das gestantes iniciou o PN antes da 16° semana.	Houve uma alta cobertura do pré-natal em Sergipe, porém com problemas relacionados à sua adequação ao PHPN.
05	Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher	Gustavo Enrico Cabral Ruschi	Scielo 2018	Avaliar o cuidado pré-natal na Atenção Básica do município de Vitória, Espírito Santo, e a influência do AM, enquanto metodologia de gestão do trabalho, na determinação da qualidade da assistência.	Houve uma queda na adequação da assistência prestada à medida que o nível de análise se tornava mais complexo, ou seja, mais fatores analisados, menor adequação.	Ações, como Apoio Matricial, são importantes no que diz respeito à adequação do pré natal, sendo necessário uma maior difusão e implantação dessas estratégias.
06	Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará	Ana Cristina Martins Uchoa Lopes	Scielo 2015	Descrever a implantação dos Testes Rápidos (TR) de sífilis e HIV na rotina do pré-natal em unidades primárias de saúde de Fortaleza, Ceará.	Verificou-se existência de profissionais capacitados; em alguns locais os TR não tinham uma geladeira específica. Algumas UBS tinham TR fora do prazo de validade, invalidando seu uso.	Existem dificuldades para implementação dos TR, entretanto mesmo com dificuldades os TR foram realizados durante o Pré-Natal.
07	Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program	Maria Alice Tsunechiro	Scielo 2018	Analisar o processo da assistência pré-natal em unidades básicas de saúde e comparar a adequação do pré-natal no terceiro trimestre com os desfechos maternos e perinatais.	A maioria iniciou pré-natal até a 16ª semana. Entretanto, menos de 50% efetivaram as consultas conforme orientado pela OMS.	Evidenciaram-se deficiências na assistência ao pré-natal. A diferença entre os grupos nos desfechos perinatais reforça a necessidade de um pré-natal conforme os indicadores nacionais.
08	Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service	Fabiana Fontana Medeiros	Scielo 2019	Analisar o acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço	A adequação do pré-natal foi alta, teve alta cobertura e início precoce. Houve significância estatística entre a qualidade do pré-natal e o local	Evidenciou-se a necessidade de implementação de protocolo específico à gestação de alto

				público.	da realização do pré-natal.	risco e educação continuada às equipes.
09	Produção de discursos sobre a prevenção do HIV/Aids e da sífilis para gestantes em materiais educativos elaborados por instituições brasileiras (1995 - 2017)	Bianca Silva de Pontes	Scielo 2020	O objetivo não foi descrito.	Os materiais reiteram a testagem no pré-natal como responsabilidade da mulher. São escassas as informações sobre uso do preservativo na gestação, o papel do parceiro na prevenção e a perspectiva da integralidade no cuidado à saúde.	Na comunicação para mulheres, é necessário contemplar os fatores socioculturais (classe social, cor/raça e normas de gênero) que condicionam a vulnerabilidade ao HIV/Aids e sífilis.
10	Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais	Tassiane Ferreira Langendorf	Scielo 2015	Desvelar o movimento existencial do casal ao realizar a profilaxia da transmissão vertical do HIV.	O casal seguiu a orientação dos profissionais de saúde. Sobre não poder amamentar, a mulher não deixou de ser mãe, mas relataram não ser uma experiência completa.	Deve-se pensar no cuidado do casal, até mesmo com consultas multiprofissionais, para abranger melhor as demandas dele.
11	Spatial distribution of prenatal indicators in the State of Tocantins 2001 to 2015	Patrick Nunes Brito	Scielo 2019	Análise temporal e espacial de indicadores do pré-natal nos municípios do Estado do Tocantins, baseando-se na utilização de intervalos quinquenais dentro do período de 2001 a 2015.	Os indicadores de início do pré-natal no primeiro trimestre e proporção de gestantes com vacina em dia exibiram melhora gradual no indicador após 15 anos de análise demonstrando compatibilidade com o atual cenário nacional.	A média de atendimentos de pré-natal apresenta maior deficiência do estado, apesar de ter melhorado nos últimos 15 anos. Há necessidade de encorajar o desenvolvimento de sistemas de saúde organizados e emprego de ações políticas específicas que permitam a melhora de não apenas esse indicador, como também os demais, para melhoria da qualidade do pré-natal.
12	Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death	Maria Aparecida Munhoz Gaíva	Scielo 2017	Analisar a percepção de mulheres sobre a assistência prestada a elas no pré-natal e parto em casos em que o recém-nascido evoluiu para o óbito.	No que diz respeito a assistência recebida no pré-natal na perspectiva de mulheres cujos neonatos evoluíram para o óbito, notou-se uma correlação entre comunicação de profissional-paciente, sendo elencado como um fator importante. Já em se tratando da assistência recebida no pós-parto, em geral se falou de uma boa assistência durante a internação.	Vários fatores influenciam de maneira positiva e negativa a percepção da gestante no pré-natal e no parto.

Fonte: Autoria própria, 2020.

DISCUSSÃO

Importância do pré-natal na saúde materna.

No que diz respeito à saúde materna, é de suma importância a realização de um pré-natal que se adeque às necessidades do binômio mãe-feto, uma vez que um tem a capacidade de interferir, positivamente ou não, na saúde do outro.

É importante elencar que o pré-natal é realizado como uma maneira de verificar a saúde do bebê, bem como avaliar as condições daquela gestação, mas não somente isso. O pré-natal consegue aproximar a mãe do bebê e fazer com que cada segundo da gestação torne-se ainda mais especial, seja vendo desenvolvimento intra-útero ou seja ouvindo o coração batendo acelerado.

No Brasil, de acordo com Leal *et al* (2020), apesar de existir na atenção primária à saúde a disponibilidade do pré-natal para gestantes, algumas dificuldades ainda são encontradas para

que seja realizado um serviço de qualidade. A maior parte das gestantes que não realizaram adequadamente o pré-natal foram aquelas que possuíam uma menor escolaridade em relação às gestantes que o fizeram adequadamente. (ROSA, 2014)

Em um estudo realizado por Mendoza-Sassi *et al* (2007) com gestantes em 2007 na periferia de uma cidade no Rio Grande do Sul, concluiu-se que o conhecimento prévio dessas gestantes estava inferior ao desejado, e em resultados o dado sobre nível de escolaridade revelava que 20% das gestantes entrevistadas tinha frequentado por menos de 4 anos algum tipo de ensino regular e/ou especial.

Além dessa problemática, é perceptível, de acordo com os artigos analisados nesta revisão, que em algumas cidades do Brasil faltam recursos essenciais para realização de um pré-natal de excelência, sendo evidenciado por Lopes *et al* (2016) que existia a falta de um armazenamento adequado de testes rápidos e até mesmo a inexistência desses testes, o que dificulta a realização de um pré-natal seguindo as normas do Ministério da Saúde.

O papel do pré-natal no combate à transmissão vertical de IST's.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é preconizado que durante o trimestre inicial de gestação sejam realizados, no pré-natal, testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis, como Sífilis, HIV, Hepatite B e C, com a finalidade de identificar a doença, tratá-la e reduzir casos de transmissão vertical.

A exemplo da importância da realização desses testes rápidos têm-se os casos de sífilis, uma vez que tal doença pode causar parto prematuro, malformações e até mesmo óbito do feto. Além disso, pode ocorrer hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas, osteocondrite e sofrimento respiratório no recém-nascido. Enfatiza-se, dessa maneira, a necessidade do acompanhamento médico adequado para identificação e tratamento da infecção, impedindo a ocorrência de tais complicações.

Diante disso, a saúde sexual do casal é um dos pontos abordados no pré-natal, por meio de exames e orientação necessária de acordo com cada situação. Essa etapa é de suma importância e deve ser realizada para que haja prevenção de IST's, de reinfecções e das complicações. Desse modo, é preciso pensar no cuidado do casal para abranger melhor suas demandas.

Segundo Langendorf *et al* (2016), casais que necessitaram fazer tratamento de profilaxia para HIV durante a gestação informaram que seguiram com rigor todas as orientações médicas e esse apoio foi fundamental para dar continuidade adequadamente ao tratamento, evidenciando mais uma vez a necessidade do pré-natal na atenção primária à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa, verificou-se convergência entre os autores no que refere-se ao pré-natal como uma importante ferramenta para manutenção da saúde materna e da saúde fetal durante a gestação, de modo que é importante estimular que mulheres o realizem da maneira adequada.

Além disso, é importante salientar que existe a necessidade de maiores investimentos nessa área da atenção primária à saúde, uma vez que em alguns locais não existe a adequação necessária para que o pré-natal seja, de fato, uma ferramenta mantenedora da saúde materno-infantil.

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, 2012.

BRITO, Patrick Nunes; PEREIRA, Tássylla Caroline Ferreira; NEVES NETO, Durval Nolasco; RIBEIRO, Cristina Zanettini. Spatial distribution of prenatal indicators in the State of Tocantins 2001 to 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 1023-1032, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000400016.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PALMEIRA, Ellen Whate Morais; MUFATO, Leandro Felipe. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-8, 17 ago. 2017. GN1 Genesis Network. http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0018.

KORENROMP, Eline L.; ROWLEY, Jane; ALONSO, Monica; MELLO, Maeve B.; WIJESOORIYA, N. Saman; MAHIANÉ, S. Guy; ISHIKAWA, Naoko; LE, Linh-vi; NEWMAN-OWIREDU, Morkor; NAGELKERKE, Nico. **Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012.** Plos One, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 1-17, 27 fev. 2019. Public Library of Science (PLoS). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0211720.

LANGENDORF, Tassiane Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; ALDRIGHI, Juliane Dias. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 2, p. 275-281, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690210i.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Prenatal care in the Brazilian public health services. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 54, p. 1-12, 21 jan. 2020. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458.

LOPES, Ana Cristina Martins Uchoa; ARAðJO, Maria Alix Leite de; VASCONCELO, Lea Dias Pimentel Gomes; UCHOA, Fabiana Sales Vitoriano; ROCHA, Helen Pereira; SANTOS, Janete Romão dos. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza -

Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 62-66, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i.

MEDEIROS, Fabiana Fontana; SANTOS, Izabel Dayana de Lemos; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; SERAFIM, Deise; MACIEL, Sandra Mara; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 3, p. 204-211, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425.

MENDES, Rosemar Barbosa; SANTOS, José Marcos de Jesus; PRADO, Daniela Siqueira; GURGEL, Rosana Queiroz; BEZERRA, Felipa Daiana; GURGEL, Ricardo Queiroz. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 793-804, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018.

MENDOZA-SASSI, Raúl A.; CESAR, Juraci A.; ULMI, Eduardo F.; MANO, Patrícia S.; DALL'AGNOL, Marinel M.; NEUMANN, Nelson A.. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000900023.

MESENBURG, Marilia Arndt; WEHRMEISTER, Fernando César; SILVEIRA, Mariângela Freitas da. Teste de HIV solicitado e espontâneo: um estudo de base populacional com mulheres de uma cidade do sul do brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 10, p. 1-15, 26 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074415.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva; AMADOR, Ana Edimilda; DANTAS, Ana Patrícia de Queiroz Medeiros; AZEVEDO, Ulicélia Nascimento de; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 1-10, 29 set. 2017. Fundacao Edson Queiroz. http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158.

NUNES, Juliana Teixeira; GOMES, Keila Rejane Oliveira; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015**. Cadernos Saúde Coletiva, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 252-261, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171.

PONTES, Bianca Silva de; SANTOS, Adriana Kelly; MONTEIRO, Simone. Produção de discursos sobre a prevenção do HIV/Aids e da sífilis para gestantes em materiais educativos elaborados por instituições brasileiras (1995 - 2017). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-16, 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/interface.190559.

ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 48, n. 6, p. 977-984, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005283

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral; ZANDONADE, Eliana; MIRANDA, Angélica Espinosa; ANTÔNIO, Fernanda Ferrão. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do apoio matricial em saúde da mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 131-139, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800020229.

SANTIAGO, Roberta Fortes; ANDRADE, Elaine Maria Leite Rangel; MENDES, Isabel Amélia Costa; VIANA, Maria Corina Amaral; NERY, Inez Sampaio. Avaliação de objeto virtual de aprendizagem sobre pré-natal para adolescentes grávidas na atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, p. 1-12, 2020. Acta Paulista de Enfermagem. http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0063.

SILVA, Luana Asturiano da; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira; PADOIN, Stela Maris de Mello; BRANCO, Maria Bertilla Lutterbach Riker; SOUZA, Rosangela de Mattos Pereira de. The quality of an integrated network: accessibility and coverage in prenatal care. **Revista de Pesquisa**: Cuidado é Fundamental Online, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 2298, 1 abr. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2298-2309.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

TSUNECHIRO, Maria Alice; LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel; BONADIO, Isabel Cristina; CORRêA, Marianne Dias; SILVA, Amanda Villalba Alves da; DONATO, Suzana Cristina Teixeira. Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 771-780, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400006.

VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; KALE, Pauline Lorena; FONSECA, Sandra Costa. Aplicabilidade da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde, para análise de óbitos perinatais em municípios dos estados Rio de Janeiro e São Paulo, 2011*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-10, maio 2020. Instituto Evandro Chagas. http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200019.

Capítulo 41

INTRODUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS DE CRIANÇAS ENTRE SEIS MESES E CINCO ANOS DE IDADE

Joseane Costa Fiquene[1]
Tábita Bezerra Barbosa[2]
Eliakim do Nascimento Mendes[3]
Gabriel Pinheiro Castro

RESUMO: A introdução alimentar inicia a partir do sexto mês de vida, período este que corresponde à erupção dos primeiros dentes. A alimentação pode ser a mesma consumida pela família, todavia, com consistência e preparo adequados para a idade, devendo garantir aporte suficiente de energia, proteínas e micronutrientes, como vitaminas e minerais. Quantidades de açúcar e sal também precisam ser observadas, visto que hábitos alimentares inicialmente adquiridos são preservados, podendo refletir na fase adulta. A alimentação complementar precisa ser gradativa, evitando-se a oferta de muitos alimentos novos ao mesmo tempo, de modo a estimular o paladar da criança e possibilitar-lhe diferenciar o sabor dos alimentos. A rotina estabelecida dentro de casa, muitas vezes não garante a inserção de bons hábitos, devido a introdução de alimentos ultra processados ser precoce na dieta infantil, sugerindo prática inadequada nos primeiros anos de vida e refletindo o padrão dietético contemporâneo, onde é introduzido alimentos na dieta dos lactentes de forma inoportuna. O objetivo principal do estudo foi abordar dietas inadequadas na primeira infância, contrapondo à necessidade de hábitos saudáveis. Trata-se de revisão integrativa de literatura realizada a partir da busca de artigos nas bases de dados: *Lilacs, Scielo e Google Scholar*. Este trabalho aborda a necessidade em valorizar hábitos alimentares saudáveis e a extrema importância, tanto da escola quanto da família em buscar parceria para serem formadoras destes hábitos, lembrando que somente alimentos variados garantem uma alimentação com vitaminas e nutrientes que a criança necessita.
Palavras Chaves: Introdução alimentar, alimentos, infância, nutrientes, crianças, hábitos alimentares.

ABSTRACT: Food introduction begins from the sixth month of life, a period that corresponds to the eruption of the first teeth. The diet can be the same consumed by the family, however, with consistency and preparation appropriate for age, and should ensure sufficient input of energy, proteins and micronutrients, such as vitamins and minerals. Amounts of sugar and salt also need to be observed, since initially acquired eating habits are preserved, and may reflect in adulthood. Complementary feeding needs to be gradual, avoiding the offer of many new foods at the same time, in order to stimulate the child's taste and allow them to differentiate the taste from food. The routine established indoors often does not guarantee the insertion of good habits, due to the introduction of ultra processed foods being early in the infant diet, suggesting inadequate practice in the first years of life and reflecting the contemporary dietary pattern, where foods are introduced into the diet of infants inopportunely. The main objective of the study was to address inadequate diets in early childhood, in contrast to the need for healthy habits. This is an integrative literature review based on the search for articles in the databases: Lilacs, Scielo and Google Scholar. This paper addresses the need to value healthy eating habits and the extreme importance of both the school and the family in seeking partnership to be trainers of these habits, remembering that only varied foods guarantee a diet with vitamins and nutrients that the child needs.
Key Words: Food introduction, food, childhood, nutrients, children, eating habits.

Introdução

Os hábitos alimentares inadequados ocasionam problemas de saúde subsequentes, como ainda a longo prazo. Em compensação, ter uma alimentação equilibrada é indispensável para o

[1] Graduando em Nutrição pelo Centro de Ensino Universitário Dom Bosco. email:joseannefiquene@icloud.com
[2] Graduando em Nutrição pelo Centro de Ensino Universitário Dom Bosco.
[3]Coordenador do Curso de Nutrição, Professor e Mestre do Centro de Ensino Universitário UNDB

crescimento, evolução e manutenção da saúde, especialmente entre as crianças. A compreensão sobre as escolhas alimentares, é fundamental para uma intercessão concreta, no sentido de melhorar a qualidade da ingestão dietética infantil.

A infância é uma fase em que acontecem os maiores desenvolvimentos humanos. Alguns distúrbios que incidem nesse período, são responsáveis por graves consequências para o indivíduo. Uma alimentação saudável torna-se indispensável em cada etapa na vida das crianças, pois as mesmas começam a desenvolver o sentido do paladar, aliado aos costumes de bons hábitos alimentares adquiridos em casa, por isso destaca-se a importância dos pais em inserir alimentos adequadas na rotina familiar, tornando dessa maneira, o exemplo como algo natural (LOPES, 2018).

Segundo estudos, conduzir de maneira adequada a inserção alimentar na vida das crianças, buscando destacar os aspectos sensoriais (visual, cores, formas...), porções adequadas e ambiente aconchegante para a realização das refeições, são fatores considerados primordiais no que tange visar a satisfação das necessidades nutricionais, emocionais e sociais, para a promoção de uma vida saudável.

De acordo com (FREIRE, 2019), a convivência na sociedade, assim como em família, experimentando padrões e experiências alimentares, influenciam nas escolhas individuais, pois dificilmente a criança que não vivencia o consumo de frutas e verduras, irá se acostumar com esses alimentos.

Ainda afirmam-se que uma alimentação com qualidade e quantidade correta, é indispensável para que a criança tenha um desenvolvimento e crescimento adequado, com nutrientes e energia suficientes para que seu organismo possa desempenhar todas as funções de maneira positiva, portanto, percebemos que FREITAS (2017, p.15) compartilha da mesma ideia, quando diz que “a alimentação influi em nossa disposição, em nosso estado emocional e até em nossa inteligência.”

Acredita-se que esta pesquisa irá contribuir para auxiliar na geração de mudanças de hábitos alimentares em crianças menores de cinco anos, que em decorrência da vida corrida dos responsáveis ou até mesmo por costumes adquiridos, acabam, erroneamente, introduzindo precocemente alimentos não adequados para cada faixa etária. A ingestão de alimentos com alta concentração de açúcares e gorduras está associado à ocorrência de excesso de peso e cárie 3 em crianças. Nesse sentido, nos primeiros anos de vida, devem ser evitados açúcar, café, enlatados, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas.

Além disso, o macarrão instantâneo se faz vigente de maneira eloquente na alimentação de grande parte das crianças no primeiro ano de vida, e até mesmo na dieta de lactentes considerados de risco ao nascimento, antes dos seis meses. Quanto à análise do consumo de guloseimas, observou-se que aproximadamente metade das crianças já havia ingerido doces (pirulitos, balas e caramelos) antes de um ano de vida. Nesse mesmo período, o açúcar e o achocolatado foram introduzidos para aproximadamente 30,0% das crianças, enquanto 10,0% provaram mel pela primeira vez. (DE SOUZA, 2015)

Ao avaliar as consequências da falta de educação alimentar na primeira infância, os conceitos de nutrição infantil tornaram-se mais abrangentes a partir do momento em que nos aprofundamos no assunto. A noção vem associada às mudanças nos padrões das doenças relacionadas à nutrição, que não são apenas a obesidade, mas inúmeras patologias provindas do excesso de corantes, conservantes e gorduras, bem como ao reconhecimento do papel ligado aos fatores nutricionais no desenvolvimento dessas doenças ao longo de toda a vida.

As preocupações abrangem o que os sujeitos comem quando pequenos e igualmente a maneira como os hábitos alimentares desenvolvidos na infância pode afetar o que eles comerão durante toda a vida. A tendência crescente da obesidade infantil é explicada pelo aumento na ingestão de alimentos ricos em energia e pela diminuição da prática de atividade física.

Nos últimos 30 anos houve mudanças nos padrões alimentares da família, com aumento no consumo de fast-foods e refeições pré-preparadas. As crianças estão aumentando o número de refeições fora de casa e os alimentos, geralmente ingeridos, apresentam maior valor energético do que os consumidos em casa. A redução na ingestão de gordura e açúcar, em crianças, pode ser obtida por meio da mudança dos hábitos alimentares dos pais, o que pode estender-se a todos os outros membros da família.

No entanto, é importante ressaltar que a utilização de dietas restritivas como, por exemplo, uma alimentação com muito baixa ingestão de gordura, pode estar associada à deficiência de vitaminas lipossolúveis. Assim, é necessário que os pais estejam conscientes no sentido de não adotar uma alimentação reduzida em gordura sem orientação, pois esta tende a ser deficiente em energia e nutrientes importantes para as defesas imunológicas e o desenvolvimento neural na infância, bem como para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança.

O estudo possibilitou verificar os impactos de hábitos inadequados na introdução alimentar em crianças de seis meses à cinco anos, buscando conhecer os benefícios gerados por uma alimentação balanceada de maneira a reconhecer as principais causas e consequências de uma alimentação inadequada na primeira infância, após comparar as consequências entre bons e maus hábitos alimentares, apresentando a partir de então, medidas preventivas, para evitar doenças provindas da má alimentação.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com ênfase nos últimos 13 anos, utilizando-se artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados SciELO, Lilacs e Google Scholar, nos idiomas português e inglês, por meio dos descritores: introdução alimentar, alimentos, infância, nutrientes, crianças, hábitos alimentares. Foram selecionados estudos clínicos, observacionais, experimentais, epidemiológicos, entre outros. Foram analisados e selecionados artigos observando-se o ano de publicação (2007-2019), a fonte, a população estudada, a metodologia utilizada, o instrumento de avaliação e a coleta de dados.

Foram excluídos estudos que não trataram especificamente do tema, artigos anteriores ao ano 2007 e artigos em idioma diferente de português e inglês. Ao todo foram utilizadas 14 referências entre artigos científicos, artigos originais, artigos de revisão, livro e 01 publicações do Ministério da Saúde. Com relação ao ano de publicação, os mais recentes foram publicados no ano de 2019 em artigo e revista, pelos autores Da Silva e Freire.

Resultados e discussão

Atenção materna e a introdução da alimentação complementar

Existem determinados costumes e práticas que ainda são repassados culturalmente no Brasil, diretamente conflitante com todas as recomendações para alimentação do lactente. De acordo com Caetano (2010), no Brasil, é corriqueiro encontrar entes da família oferecendo à criança água para que ela não fique com sede; chás para tranquilizar, melhorar as cólicas e cuidar de muitas outras doenças. Acreditar que o leite materno não é um alimento completo para suprir as necessidades da criança, deriva na introdução de leites não maternos e alimentos auxiliares, antes do tempo apropriado. A atenção materna desempenha intenso impacto na saúde da criança e está totalmente relacionada às informações ligadas à saúde, grau de escolaridade e idade da mãe, aliado ao tempo utilizado para que se cumpram esses cuidados.

Sabe-se que infância é uma fase em que acontecem os maiores desenvolvimentos humanos, e que alguns distúrbios que incidem nesse período, são responsáveis por graves consequências para o indivíduo. Uma alimentação saudável torna-se indispensável em cada etapa na vida das crianças, pois as mesmas começam a desenvolver o sentido do paladar, aliado aos costumes de bons hábitos alimentares adquiridos em casa, por isso destaca-se a importância dos pais em inserir alimentos adequadas na rotina familiar, tornando dessa maneira, o exemplo como algo natural (LOPES, 2018).

Cada cultura ou lugar tem a sua maneira de se alimentar, porém o alimento é apresentado a crianças desde o seu nascimento com o leite materno, e após essa fase inicial começa a introdução de outras variedades, fazendo com que a partir daí a família seja a responsável por oferecer e influenciar a criança a consumir alimentos saudáveis. Porém, a infância é caracterizada por uma intensa vulnerabilidade biológica, sendo que o processo alimentar tem uma série de implicações emocionais e psicológicas, que devem ser acompanhados de atenção especial. (FREIRE ET AL, 2019)

De acordo com recomendação feita pelo Ministério da Saúde, alimentos só devem ser introduzidos na dieta da criança a partir do 6º mês, por ser uma fase onde demanda mais valores nutricionais, na qual o leite materno passa a não mais suprir as necessidades, tornando a alimentação complementar indispensável para o ganho de energia, assim como o abastecimento de micronutrientes dentre eles o cálcio, ferro, zinco, vitamina B6, fósforo e magnésio. (LOPES, et al. 2018)

Introdução precoce de alimentos inadequados

É fato que a introdução alimentar precoce acarreta inúmeros malefícios, no entanto, verificamos que muito cedo as crianças começam a receber alimentos inadequados como doces industrializados, biscoitos recheados, macarrão instantâneo, pratos congelados semiprontos, refrigerantes e sucos artificiais, além da utilização frequente de alimentos não próprios para essa faixa etária, como por exemplo alimentos com altos teores de gordura e açúcar. (CAETANO, et al 2010)

A nutrição é um fator fundamental na preservação da saúde. Por meio de refeições balanceadas, compõe um dos recursos empregados pela medicina preventiva, fixados a outros para determinar uma vida saudável e duradoura. Sabe-se da importância da nutrição em todas as fases da vida e em especial para o bom rendimento escolar do estudante a partir da infância. (FREIRE, et al 2019)

Segundo (PHILIPPI, 2008), conduzir de maneira adequada a inserção alimentar na vida das crianças, buscando destacar os aspectos sensoriais(visual, cores, formas...), porções adequadas e ambiente aconchegante para a realização das refeições, são fatores considerados primordiais no que tange visar a satisfação das necessidades nutricionais, emocionais e sociais, para a promoção de uma vida saudável.

Baseado em (FREIRE, 2019), a convivência na sociedade, assim como em família, experimentando padrões e experiências alimentares, influenciam nas escolhas individuais, pois dificilmente a criança que não vivencia o consumo de frutas e verduras, irá se acostumar com esses alimentos, mesmo que recebam instruções por pessoas próximas para comê-los, as mesmas só os farão, ao observarem outras pessoas os consumindo.

Ainda de acordo com (PHILIPPI, 2008), uma alimentação com qualidade e quantidade correta, é indispensável para que a criança tenha um desenvolvimento e crescimento adequado, com nutrientes e energia suficientes para que seu organismo possa desempenhar todas as funções de maneira positiva, portanto, percebemos que Freitas (2017, p.15) compartilha da mesma ideia, quando diz que “a alimentação influi em nossa disposição, em nosso estado emocional e até em nossa inteligência.”

A nutrição da criança deve garantir aporte suficiente de energia, e de proteínas, apropriada quantia de micronutrientes, como vitaminas e minerais. Quantidades de açúcar e sal também precisam ser observadas, uma vez que os hábitos alimentares adquiridos são preservados, podendo acarretar excessos na fase adulta. A alimentação complementar precisa ser gradativa, evitando-se a oferta de muitos alimentos novos ao mesmo tempo, de modo a estimular o paladar da criança e possibilitar-lhe diferenciar o sabor dos alimentos. (FREITAS, 2017)

Desta forma, inicialmente o paladar poderia ser estimulado através da introdução da gema de ovo na alimentação a partir dos 8 meses de idade; carnes entre 9 e 10 meses; alimentos a serem degustados com as mãos, como frutas descascadas e cozidas, e pequenos pedaços de vegetais, entre outros, a partir dos 10 meses de idade. Até os 12 meses, sugere-se evitar vegetais crus e as frutas devem ser maduras e da estação. Somente depois dos 12 meses indica-se

oferecer leite de vaca e ovo completo com gema e clara. A partir daí as refeições da 6 criança já passam a obedecer ao mesmo padrão alimentar da família. (MINISTERIO DA SAUDE, 2009)

Portanto, os cuidados com os alimentos adquiridos e consumidos, devem vir do exemplo adquirido no âmbito familiar. A rotina estabelecida dentro de casa, muitas vezes não garante a inserção de bons hábitos, devido a introdução de alimentos ultra processados ser precoce na dieta infantil, sugerindo prática inadequada nos primeiros anos de vida e refletindo o padrão dietético contemporâneo, onde sucos industrializados, biscoitos recheados, dentre outros, foram consumidos antes do primeiro ano de vida pela maioria das crianças, evidenciando a introdução desses alimentos na dieta dos lactentes de forma inoportuna e precoce. (GIESTA, et al 2019)

Restrição alimentar, metabolismo e consequências da introdução alimentar inadequada

Atualmente, há evidências de que a alimentação inadequada durante a primeira infância traz consequências importantes na condição de saúde a longo prazo, podendo ser um dos fatores que justifica o aparecimento das doenças crônicas na idade adulta, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, podendo também provocar alterações na programação de órgãos e sistemas. (FREIRE,2019)

Sabe-se que crianças com sobrepeso, muitas vezes desejam realizar dietas a fim de perder peso, no entanto, a maioria o fazem por conta própria ou por informação de familiares, revistas, amigos e outros, ou seja, sem orientação profissional. O aconselhamento para a realização de dieta na infância deve ser realizado com muita cautela, em razão da fase de intenso crescimento. (CAETANO, et al 2010)

A utilização de dietas restritivas é contra-indicada na infância, pois podem levar à perda de tecido muscular e à diminuição da velocidade de crescimento e desenvolvimento. A reeducação alimentar é a melhor forma de tratamento e deve ser mantida por toda a vida. Assim, também é importante ressaltar o tipo de conduta preconizada para o estímulo à reeducação alimentar da criança, uma vez que, geralmente, ela não altera o seu estado nutricional após as orientações nutricionais, que podem basear-se na restrição acentuada de energia e proibição de alimentos preferidos. (VALVERDE, 2014)

Muitas vezes, as crianças não possuem maturidade suficiente para entender essa rígida reeducação alimentar, estipulada pelo profissional de saúde, para sua perda de peso e promoção da saúde, por isso, durante o acompanhamento nutricional infantil, é importante utilizar técnicas e estratégias facilitadoras do aprendizado e da mudança de comportamento alimentar, evitando-se os riscos de fornecer orientações padronizadas e, principalmente, evitando tratar o paciente como um adulto em miniatura. (VALVERDE, 2014)

A ampliação de capacidades de relacionamento e o estabelecimento de forte vínculo entre a criança e o profissional de saúde, assim como o envolvimento da família no processo, são fundamentais para o êxito do tratamento, pois, comumente, verificou-se que o interesse e o

vínculo criado entre estas pessoas, é essencial para que haja uma mudança definitiva de hábitos dentro do ambiente familiar.

De acordo com as pesquisas realizadas, pode-se constatar que a maioria dos autores compartilham da mesma opinião quando o assunto é a introdução alimentar de forma inadequada em crianças menores de cinco anos, considerada uma fase importante para o desenvolvimento humano, sendo que uma alimentação saudável é primordial para garantir que todos os sentidos evoluam positivamente. Com base nisso, nossos estudos apontam para práticas alimentares inadequadas nos primeiros dois anos de vida, com baixa incidência de aleitamento materno e introdução de alimentos complementares inadequados, visto a alta prevalência de introdução precoce de alimentos ultra processados, principalmente antes dos seis meses de vida, apesar de 62.6% das mães ter recebido algum tipo de orientação sobre alimentação complementar de profissionais da saúde.(GIESTA,2019)

Em relação aos fatores investigados associados à introdução dos alimentos ultra processados, GIESTA (2019) conclui que a maior introdução destes alimentos é dentre as mães de menor renda familiar, menor escolaridade, idade mais avançada e que já tiveram vários filhos. Esses resultados vão de acordo aos já apresentados por diversos autores que constatam tal perfil, apresentando duração insignificante do aleitamento materno. Em concordância a essa conclusão, a Segunda Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno analisou práticas alimentares de crianças de até 12 meses e encontrou dados preocupantes sobre o consumo de alimentos não recomendados. Um dia antes à investigação, 8,7% das crianças de 9-12 meses consumiram café; 11,6%, refrigerante; 71,7%, biscoitos/salgadinhos. Os resultados relacionados ao consumo de alimentos recomendados e não recomendados verificados nesses estudos são preocupantes, uma vez que o consumo alimentar provoca embate imediato no estado de saúde e nutrição das crianças no momento atual e ao longo de toda a vida. (DE CARVALHO, 2015).

Enfatiza-se que na saúde da população brasileira, a prevalência de deficiência de ferro é elevada, sobretudo em crianças de seis a 24 meses, devido à necessidade aumentada desse micronutriente nessa fase. No intuito de combater essa deficiência, o governo brasileiro criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que propõe a suplementação profilática desse micronutriente para crianças de seis a 18 meses em todo o país. (DIAS,2010) Apesar dessa suplementação ocorrer desde 2005, ainda hoje as prevalências de deficiência de ferro são elevadas. Isso demonstra a complexidade da adequação nutricional desse nutriente, que não se resume à suplementação, mas exige uma rede de ações que vão desde o aumento da escolaridade da população ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses. (DE SOUZA, 2015)

LOPES (2018), afirma que alguns distúrbios ocorridos nesse período, são responsáveis por graves sequelas para as pessoas, pois cada etapa da vida de uma criança demanda uma alimentação saudável que garanta suprir as necessidades para o desenvolvimento de todos os sentidos, destacando a importância dos pais para inserir alimentos adequados na rotina familiar. No entanto, FREIRE (2019) defende que a cultura de cada família tem grande influência nas

formas de alimentação, porém em qualquer lugar do mundo, o primeiro alimento introduzido em uma criança é o leite materno e posteriormente dá-se início à introdução com outras variedades, devendo conter ofertas saudáveis. Os responsáveis precisam influenciar de forma positiva, uma vez que a infância é considerada uma fase vulnerável biologicamente falando, pois pode implicar não só na memória metabólica, como no emocional e psicológico em sua vida adulta.

Nos dois primeiros anos de vida, DE SOUZA (2015) cita em seu artigo sobre como é intenso o crescimento e desenvolvimento da criança. Entre as várias aquisições dessa fase, encontram-se as habilidades para receber, mastigar e digerir, assim como o autocontrole do processo de ingestão de alimentos, até se atingir o padrão alimentar do adulto; uma criança cresce, em média, 25cm no primeiro ano e 12cm no segundo. Portanto, é indiscutível a importância da alimentação adequada e saudável nos primórdios da vida. CAETANO (2010) complementa que, quanto aos grupos alimentares, o das carnes foi o mais tardiamente ofertado (média de 8 meses; DP=2,67), referiu-se também às frutas como os primeiros alimentos ofertados a crianças em média, aos 170 dias, enquanto introdução das carnes inicia-se aproximadamente aos 197 dias; outros autores citaram o mel e oleaginosas como os últimos alimentos ofertados, aparecendo após 365 e 484 dias respectivamente.

VALVERDE (2014) alega que encontraram em 77% das crianças observadas em seu estudo, dados de que estas receberam carne pela primeira vez somente com 1 ano de idade. A pesquisa realizada por este autor, verificou que somente 17,3% das crianças recebiam carne entre os 6 e os 11 meses, sendo que menos de 40% receberam esse alimento 2 a 3 vezes na semana, contrariando a recomendação do Guia alimentar para crianças até dois anos, de 1 porção diária aos 6 meses e 2 porções diárias após os 7 meses. Fato este que contradiz com instruções nutricionais, que posicionam os alimentos do grupo das carnes como sendo as melhores fontes de ferro e zinco, razão por que devem ser oferecidos diariamente às crianças com mais de 6 meses. O predomínio de anemia entre menores de 5 anos no Brasil é de 20,9%, e a demora na introdução de alimentos do grupo das carnes pode estar relacionado a esse desfecho. (DE CARVALHO, 2015)

De acordo com DIAS (2010), além de evitar anemia, suprir às necessidades nutricionais, e ajudar num adequado crescimento e desenvolvimento, se discute que a alimentação complementar tem o papel de, gradualmente, ligar a criança aos hábitos alimentares da família, aguçar o conhecimento de novos sabores, cores, aromas e texturas, e modelar o hábito alimentar futuro, porém, os alimentos industrializados e açúcares complementando a alimentação, podem levar a maior predilência em déficits de vitaminas.

Não distante, FREITAS (2007) concorda que o consumo de alimentos industrializados parece ser comum entre crianças, incluindo menores de dois anos, pois em estudos realizados com crianças observadas do nascimento até o 1° ano de vida, 32% delas já comiam batatas fritas e 54% tomavam refrigerantes, enquanto 51% e 32% consumiam todos os dias alimentos açucarados (chocolates e doces) e fritos, respectivamente.

Esta revisão demonstrou que os micronutrientes mais frequentemente inadequados em crianças foram ferro, vitamina A e zinco. A deficiência de ferro está relacionada com o aumento da frequência e a duração de infecções, alterações no crescimento e desenvolvimento, comprometimento na aquisição de habilidades cognitivas e no rendimento intelectual. As crianças são o principal grupo de risco para essa deficiência, sobretudo devido às inadequações nas práticas alimentares durante a infância. Algumas das principais são: introdução tardia de alimentos ricos em ferro (carnes, por exemplo), desmame e introdução precoce do leite de vaca in natura. (CAETANO,2010)

Considerações Finais

O presente estudo mostrou elevada frequência de práticas e consumo alimentar inadequados em lactentes muito jovens, assim como em crianças durante a primeira infância. Conclui-se que os primeiros cinco anos de vida são fundamentais para o incentivo e a adoção de hábitos alimentares saudáveis e para a prevenção de doenças crônicas em fases posteriores da vida, já que os hábitos alimentares estabelecidos nesta fase da vida tendem a se manter na vida adulta. Neste contexto destaca-se a forte influência de características maternas e familiares na formação de hábitos alimentares, visto que as mães com hábitos alimentares inadequados dificilmente irão estabelecer uma alimentação adequada para seus filhos. Em resumo, deduz-se que a maioria das crianças menores de cinco anos na pesquisa retratou introdução calórica inadequada. Como a formação dos hábitos alimentares ocorre na infância, faz-se evidente a carência de se ativar práticas alimentares saudáveis que compensem a ingestão energética e 10 distribuam o consumo de macronutrientes nesse grupo, evitando, assim, a prática constante de hábitos alimentares errados. Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar a associação de fatores familiares e sociais, com o consumo de alimentos ultra processados em crianças na primeira infância, relacionando essas práticas ao risco do desenvolvimento de doenças crônicas, contrapondo-as à necessidade de uma reeducação alimentar.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília; 2009. 112p.

CAETANO, M. C., Ortiz, T. T. O., da Silva, S. G. L., de Souza, F. I. S., & Sarni, R. O. S. (2010). Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes**. Jornal de Pediatria**, 86(3), 196-201.

DA SILVA, R. A. D. O., Ribeiro, J. L. D. O. A., & dos Santos, M. R. (2019). A contribuição da educação infantil para a formação de bons hábitos alimentares na criança de 0 a 6 anos. **Revista de Ciências Humanas-UNIPLAN**, 1(1), 32-32.

DE CARVALHO, Carolina Abreu et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 211- 221, 2015.

DE SOUZA FERREIRA, Fabrícia. Consumo de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos e suas possíveis consequências. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 87-98, 2015.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos**. Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2010.

FREIRE, Sabrina Gomes Bezerra et al. Aprendizagem e Desenvolvimento: **Um Estudo sobre PSICOLOGIA**, v. 13, n. 45, p. 11-20, 2019.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Feeding and nutritional security: the construction of knowledge with emphasis on cultural aspects. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 1, p. 69-81, 2007.

GIESTA, J. M., Zoche, E., Corrêa, R. D. S., & Bosa, V. L. (2019). Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultra processados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, 2387-2397.

LOPES, Wanessa Casteluber et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 164-170, 2018.

LOPES, P. C. S., de Almeida Prado, S. R. L., & Colombo, P. (2010). Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Revista brasileira de enfermagem**, 63(1), 73-78.

LOPEZ, Fábio Ancona; BRASIL, Anne Lise Dias. **Nutrição e dietética em clínica pediátrica.** In: Nutrição e dietética em clínica pediátrica. 2014.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Editora Manole, 2008.

VALVERDE MA, Patin RV. Aconselhamento dietético e mudança de comportamento. In: Fisberg M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2014.

Capítulo 42

NEONATOS OBESOS DE MÃES DIABÉTICAS EM UMA UNIDADE MATERNO NEONATAL DE CAJAZEIRAS, PARAÍBA – BRASIL

OBESE NEONATES OF DIABETIC MOTHERS IN A NEONATAL MATERNAL UNIT OF CAJAZEIRAS, PARAÍBA – BRAZIL

Vinicius Wanderlei Alexandre Silva[1]
Maykon Deyvison Leonidas de Sousa Santos[2]
Gislayne Tacyana dos Santos Lucena[3]

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de neonatos obesos em mães diabéticas em uma Unidade Materna Neonatal em Cajazeiras – PB. O estudo quantitativo se caracterizou por aquisição de informações e dados dos prontuários médicos, os dados maternos coletados foram: glicemia em jejum de oito horas e capilar, peso, idade e tamanho uterino. Nos prontuários dos recém-nascidos foram verificados dados sobre peso, estatura e outras variáveis. Os dados analisados através de parâmetros estatísticos utilizando o valor de $p < 0,05$ pelo Teste de Pearson utilizando o software GraphPad Prism 7.05. As informações obtidas com o preenchimento do instrumento de coleta adaptada da ficha de investigação do Ministério da Saúde foram analisadas e dispostas em gráficos e tabelas apresentando usando o programa Excel. Concluímos que o pré-natal adequado e completo fez com os números de recém-nascidos eutróficos fossem relativamente maiores. Mas uma expansão maior da amostra pode obter percentuais diferentes.
Palavras-chave: Obesidade. Distúrbio metabólico. Recém-Nascido.

ABSTRACT: The present study aims to verify the prevalence of obese neonates in diabetic mothers in a Neonatal Maternal Unit in Cajazeiras - PB. The quantitative study was characterized by the acquisition of information and data from medical records, the maternal data collected were: fasting blood glucose for eight hours and capillary, weight, age and uterine size. In the medical records of newborns, data on weight, height and other variables were verified. The data analyzed using statistical parameters using the value of $p < 0.05$ by Pearson's test using the GraphPad Prism 7.05 software. The information obtained by completing the collection instrument adapted from the Ministry of Health's investigation form was analyzed and displayed in graphs and tables using the Excel program. We concluded that adequate and complete prenatal care made the numbers of eutrophic newborns relatively higher. But a larger expansion of the sample can obtain different percentages.
Keywords: Obesity. Metabolic disorder. Newborn.

Introdução

A definição de gestação se dar pelo período pós-fecundação do espermatozoide no ovulo, aonde o zigoto irá das trombas até a parede uterina e se implantará, em geral, na gestação o feto irá se desenvolver e criará forma de semana a semana, durante um período de 40 semanas ou 9 meses. O principal hormônio secretado indicativo de gravidez é o hormônio coriônico gonadotrófico (HCG), sendo o principal exame à pesquisa do HCG em nível plasmático diagnosticando a gravidez de modo qualitativo. (ALDRIGHI et al, 2018).

Na vida da mulher existem várias fases fisiológicas hormonais e a gravidez é uma delas que comumente decorre sem complicações. Mas pode também haver intercorrências, ou seja, alterações não fisiologias que podem prejudicar tanto a saúde materna como a do feto, durante a

[1] Graduado em Biomedicina pela Faculdade Santa Maria. E-mail: viniciusalexandrebiomedico@gmail.com.
[2] Graduado em Biomedicina pela Faculdade Santa Maria.. E-mail: biomédico.maykonleonidas@gmail.com
[3] Graduado em biomedicina pela Faculdade Integrada de Patos. E-mail: gislaynetacyana@gmail.com

gestação e após o parto. Dentre as alterações possíveis está o diabetes mellitus gestacional - DMG (OLIVEIRA et al, 2015).

O diabetes é um distúrbio metabólico e a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) foi amplamente discutida nas últimas décadas para definir um senso comum de como diagnostica-la, sendo caracterizada como alteração não fisiológica (PEREIRA, 2014).

A intolerância à glicose na gravidez é o mais prevalente distúrbio metabólico durante a gestação, tendo entre 1% a 5% dos casos de complicações em geral ligados ao DMG, que possui vastas complicações, desde a probabilidade de parto prematura até complicações severas que culminam no óbito do feto e/ou mãe. Na intolerância a glicose na gravidez os casos de recém-nascidos obesos quase dobra em relação às gestantes não diabéticas. Podendo enfatizar a maiores chances do feto em adquirir o diabetes *mellitus* (DM) no futuro, e nascer obeso ou gigante para a idade gestacional – (GIG). Fetos considerando grande para idade gestacional geralmente as mães são encaminhadas para parto cesariano, decorrente da possibilidade de a mãe apresentar trauma na região da pelve (GRANDI et al, 2015).

O peso do feto é diretamente proporcional com possíveis complicações e até com casos de natimortos. Em recém-nascidos GIG têm-se algumas complicações a serem elencadas para melhor análise substancial (FREIRE et al, 2010).

Os neonatos que se estima ter 4.000 gramas ou mais, além dos riscos maternos na hora do parto, é comum ao nascimento apresentarem lesões como distorcia de ombro, fraturas de membros no geral e asfixia perinatal. Com alterações oscilantes em seus níveis glicêmicos de hiperglicemia para hipoglicemia, o feto pode ainda apresentar alterações mais graves como miocardiopatia hipertrófica, toco traumatismo, trombose vascular e até a mortalidade neonatal em alguns casos (FREIRE et al, 2010, FONSECA et al, 2014).

Outro fator importante associado ao diabetes gestacional, é a obesidade materna que recebe destaque, por acarreta danos à saúde do neonato, como aquisição de doenças como: hipertensão, cardiopatias e trombose. Esse estudo associou o diabetes gestacional com obesidade em recém-nascidos, dentro deste cenário, esta pesquisa objetivou analisar a prevalência de neonatos obesos em mães diabéticas em uma unidade neonatal de Cajazeiras-PB.

É de suma importância o acompanhamento pré-natal para a regulação do diabetes que poderá em maioria das ocasiões serem erradicada depois da gestação (PEREIRA, 2014).

Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, no qual foram analisados 32 prontuários de mães diabéticas selecionados de forma não probabilística intencional. A pesquisa foi realizada em prontuários médicos de gestantes atendidas pelos serviços de saúde pública da unidade materno neonatal, localizada na Rua Tabelião Antônio Holanda, Bairro centro da cidade de Cajazeiras, estado do Paraíba, Brasil.

A população foi formada por mulheres gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, que foram atendidas no pré-natal ofertado pela Unidade Materno Neonatal. A amostragem foi constituída por prontuários de grávidas diagnosticadas com diabetes gestacional, que estiveram gestantes entre os meses de janeiro a junho do ano de 2018, residentes do município de Cajazeiras-PB com prontuário arquivado na Unidade Materno Neonatal, onde a coleta de dados, ocorreu, a partir da obtenção das informações por meio do Instrumento de Coleta de dados requeridas na revisão de prontuários mediante termo de consentimento de uso de dados, constante no assinado pela gestora da instituição. Todo o material utilizado foi fornecido pela equipe de pesquisadores. As informações coletadas das participantes foram mantidas em sigilo ético profissional e arquivadas na secretaria acadêmica da Faculdade Santa Maria – FSM em Cajazeiras-PB. O instrumento de coleta de dados será eliminado como documentos caracterizados do tipo de guarda temporária após decorridos cinco anos a contar da data do termino da pesquisa.

O projeto foi devidamente submetido e protocolado na Plataforma Brasil, sendo conduzido com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e a sua execução teve início somente após a aprovação pela referida plataforma, perante parecer de n° 3585014.

Procedeu-se a análise estatística por meio do programa software estatístico GraphPad Prism 7.05, usando o Teste de Pearson para associação, além de frequência absoluta e relativa, por meio do programa Excel. Aceitou-se como valor de significância estatística um p = 0,05. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e a discussão foi efetivada a partir da revisão de literatura, que serviu de sustentação científica, fundamentando a pesquisa.

Resultados

Com o intuito de averiguar a prevalência de recém-nascidos obesos em mães diabéticas, esse estudo, avaliou prontuários 100% (n=32) de uma Unidade Materno Neonatal em Cajazeiras-PB. Os valores destas variáveis encontram-se abaixo, na **Tabela 1**.

Tabela 1. Prevalência de recém-nascidos obesos em mães diabéticas – 2019

Recém-nascidos	**Porcentagem**	**Nº absoluto**	**P**
Obesos	25%	8	
Eutróficos	75%	24	
Total	100%	32	

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Com o acompanhamento pré-natal adequado as gestantes conseguiram prevenir e monitorar varias intercorrências durante a gestação. Com o diabetes gestacional, tanto a mãe quando o recém-nascido pode apresentar complicações no momento do parto, portanto a tomada de decisões médicas, optar de preferência em parto cesariano, assim o estudo avaliou a

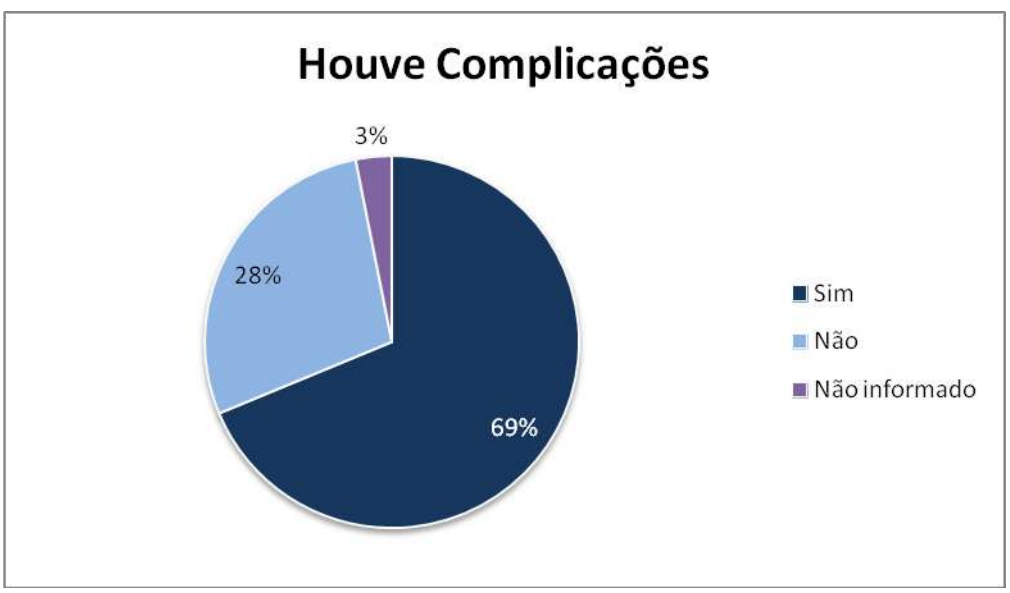
prevalência nos tipos de parto, obtivemos os valores: 56% (n=18) de partos cesáreos, 41% (n=13) foram de partos normais e 3% (n=1) não continha a informação no prontuário no **Gráfico 1.**

Gráfico 1 – Tipos de partos optados pelos médicos das gestantes com DM – 2019

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

As complicações inerentes ao período gestacional e ao trabalho de parto são imprescindíveis e inúmeras, contudo, quando associadas a uma doença de base, podem ser ainda mais graves. Neste intuito o estudo analisou o percentual de complicações, durante o período gestacional com as mães diabéticas, conforme mostra o **Gráfico 2**.

Gráfico 2. Complicações durante a gestação com DMG – 2019



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em propósito de análise de possíveis agentes interferentes junto ao diabetes gestacional com relação à alta frequência de neonatos obesos, a pesquisa introduziu dados relacionados ao fumo no **Gráfico 3.**

Gráfico 3 - Percentual do uso de tabaco durante a gestação – 2019

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao que se refere aos dados de anamnese ou dados clínicos obtidos na consulta do pré-natal e descritos nos prontuários, obtivemos uma média geral e o desvio padrão da idade materna em anos, peso materno em quilos do início e do final da gestação, assim como o mês médio de início de pré-natal, a altura materna em cm e a glicemia capilar da gestante, essas variáveis encontram-se descritas na **Tabela 2.**

Tabela 2. Média de dados maternos fetais em valor médio – 2019

INDICE	MÉDIA	DP
Idade materna	29,1875	8,86616438871635
Peso pré-gestacional	72,40625	21,2145102123143
Peso final	78,859375	20,8269499629222
Altura uterina	35,078125	4,39227579889382
Glicemia	120,1	24,2503209157349

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Discussões

A partir da análise dos dados apresentados na **Tabela 1**, verificou-se que a prevalência de recém-nascidos obesos (>4000g – Ministério da Saúde) não está diretamente relacionada com a mãe ser diabética. Estatisticamente o resultado foi não significativo, com valor de $p > 0,05$ pelo Teste de Pearson utilizando o software GraphPad Prism 7.05, para correlação do peso do neonato com a gestante diabética. Resultados contrários ao encontrado quanto à prevalência de recém-nascidos obesos em mãe diabéticas foram encontrados na pesquisa de Ribeiro e Silva e colaboradores (2019), em uma maternidade onde prevaleceu uma maior incidência, de neonatos Grande para Idade Gestacional-GIG em mães com Diabetes Mellitus Gestacional, a pesquisa realizada contou com 663 gestantes diabéticas entre os anos de 2011 e 2016.

A divergência nos resultados pode se dar pela alta amostragem no estudo de Ribeiro e Silva e colaboradores (2019), em relação ao estudo atual, também enfatizando que todas as gestantes realizam o pré-natal na presente pesquisa e tendo iniciado o referido em média com

3,53 meses de gestação. Onde o acompanhamento pode ter sido essencial para controle da glicemia e concomitantemente com a regulação dos hormônios envolvidos no crescimento fetal durante a gravidez com DMG.

Na pesquisa de Silva e colaboradores (2013), obteve uma prevalência similar de recém-nascidos obesos pós-parto, havendo uma incidência de 27,6%, podendo assim, neste estudo em questão relacionar à baixa quantidade de neonatos GIG com o tratamento eficaz utilizado durante a gestação conciliada com a DMG. No estudo atual não foram informados quais métodos de tratamento foram utilizados para controle glicêmico da gestante.

Analisando a prevalência dos tipos de parto podemos observar o alto predomínio em partos cesáreos em relação ao parto vaginal. A escolha do tipo de parto estar associada à redução de intercorrências durante o parto, complicações comuns como, traumatismos, hipoglicemia entre outros distúrbios. O estudo de Ribeiro e Silva e colaboradores (2019), também encontrou um percentual semelhante no tema relacionado ao parto, tendo uma porcentagem de 52,79%. O autor apresentou como justificativa para os dados o alto valor glicêmico em questão e provável problemas associados com a DMG nas gestantes a exemplo da hipertensão causando a eclampsia e colocando em risco a vida do feto e da mãe em relação ao parto normal.

Mas com diferença entre as porcentagens de parto normal e cesáreo relativamente baixo, caracterizando um excelente trabalho perinatal da unidade em questão e valor estatístico confirmando o que se tem visto em pesquisas pelo Brasil tanto em gestantes diabéticas como as não diabéticas como afirma Domingues e colaboradores (2014), com índices de partos cesarianos de 55,4% e vaginal de 42,7% parecidos com os estudos apresentados.

Em literatura escrita por Cruz e colaboradores (2017), conseguiram apontar que na maioria dos casos de gestantes com diabetes, se tem complicações durante toda a gestação, convergindo com o estudo atual, por apresentar 69% (n=22) de gestantes com complicações durante a gravidez.

As complicações mais comuns apontadas por Cruz e colaboradores (2017), foram eclampsia, diabetes pós-gestacional, obesidade neonatal, má formação no sistema nervoso, dentre outras. Mas também foi visto que complicações podem está mais prevalente no momento do parto como traumas e queda brusca da glicemia.

Tendo em vista as abordagens literárias que apontam a alta frequência de complicação ao feto, causada pelo uso de cigarro durante a gestação, esse estudo apresentou a frequência de mães fumantes, o número de gestantes com diabetes e uso do tabaco foi mínimo com 3% (n=1) e 97% (n=31) gestantes que não utilizaram e utilizaram drogas do tipo *tabaco*, prevalecendo o baixo uso de tabaco na amostra envolvida. Podendo ser também relacionado ao pequeno valor da amostra quantitativa estudada, resaltando que a não interferência no aumento de peso do neonato.

Em pesquisa realizada por Santos e colaboradores (2012), foram obtidos resultados semelhantes ao da pesquisa atual, sendo de 8% de fumantes em seu estudo, determinado valor, observado no estudo dos autores, estar relacionado aos hábitos e costumes dos entrevistados em

determinadas regiões, mas não alterando o resultado final da pesquisa, assim tendo resultado não significativo estatisticamente.

Em análise feita por Santos e colaboradores (2012), atingiu uma média de idade similar à investigação de prevalência de RN obesos em mães diabéticas, no referido estudo os dados informados foram de 26,5 anos em média, assim tendo pouca divergência com a pesquisa atual.

Em estudo feito por Silva e colaboradores (2010), houve resultados contrários quando se analisa ganho de peso médio durante a gestação, os pesquisadores avaliaram e obtiveram os dados de 10,6 kg de ganho de peso médio em gestantes com DMG, já no estudo atual tivemos uma diferença de peso de apenas 6,45kg, efetivando um pequeno ganho de massa corpórea quanto à média de peso das gestantes antes e pós-gestação.

Em um estudo produzido por Basso (2013), identificou dados parecidos quando a variável estudada foi à altura uterina, a média encontrada no estudo dos autores foi de 38 cm, Basso (2013), afirmando com sua pesquisa que a altura uterina não tem relação direta com a hiperglicemia da gestante com média no estudo atual de 120,1 mg/dl, assim como foi comprovado nessa pesquisa com valor de $p > 0,05$ pelo Teste de Pearson utilizando o software GraphPad Prism 7.05

Considerações Finais

Apesar de não ter apresentado estatisticamente significativo, o diabetes mellitus gestacional compreende um distúrbio metabólico**.** A doença é uma ameaça à saúde dos binômios mãe e feto com complicação durante o período gestacional e no momento do parto.

Examinou-se que os principais procedimentos empregados para diagnosticar tais eventos constituíram o exame clínico, através da constatação de alterações do ciclo hormonal gestacional, como dosagem glicêmica, por meio da ultrassonografia, que possibilita identificar tamanho do feto e peso do mesmo. Tais resultados demonstram a necessidade de realização de exames laboratoriais complementares como TOTG, HbA1c e dosagem de insulina, afim de que se tenha mais informações e controle mais especificas para a resistência insulínica.

Em apenas um quarto da amostra foi observado recém-nascidos GIG em decorrência da DMG. Essa baixa prevalência de recém-nascidos obesos em mães diabéticas pode se dar pelo bom acompanhamento pré-natal durante toda a gestação. Assim sendo sugestivo um estudo com uma amostragem maior e com ênfase no intervalo de idade, buscando analisar questões que não puderam ser exploradas neste trabalho.

Referências

Abi-Abib RC, Cabizuca CA, Carneiro JRI, Braga FO, Cobas RA, Gomes MB, et al. **Diabetes na gestação**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2014;13(3):41-48

BASSO, Neusa Aparecida de Sousa. **Evolução da curva de altura uterina em gestações complicadas por diabete e hiperglicemia leve**. 2013. 99 f. Tese (doutorado) - Universidade

Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/106618>.

Bolognani, C.V.; Souza, S.S.; Calderon, I.M.P. **Diabetes Mellitus Gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos.** Ciências Saúde. Vol. 22. Sup. 1. p. s31-s42. 2011.

BRASIL. Advocacia Geral da União. Parecer nº 1481/2012, dispõe sobre **A atenção para o tratamento de diabetes mellitus no âmbito do SUS e as denominadas insulinas análogas** – uma análise a respeito da eficácia, segurança e custo efetividade. Diário Oficial da União, Brasília, 06 set. 2012

CRUZ, Monielle Lima, et al. **A enfermagem no manejo da diabetes mellitus gestacional e suas complicações.** INTERNATIONAL NURSING CONGRESS**,** *May 9-12, 2017*

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Dec. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113.

FONSECA, Márcia Regina Campos Costa da et al . **Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil**.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, p. 1401-1407, May 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501401&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.17022013.

FONTBONNE, Annick et al **. Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 418-424, Dec. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000400418&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. Epub Nov 08, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800040208.

FRANCA, Ana Paula et al . **Fatores associados à obesidade geral e ao percentual de gordura corporal em mulheres no climatério da cidade de São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3577-3586, nov. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103577&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.26492016.

FREIRE, Djacyr Magna Cabral; CECATTI, José Guilherme; PAIVA, Cláudio Sérgio Medeiros. **Correlação entre peso fetal estimado por ultrassonografia e peso neonatal**.**Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 4-10, Jan. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000100002.

GRANDI, Carlos; TAPIA, Jose L.; CARDOSO, Viviane C.. **Impacto da diabetes mellitus maternal sobre a mortalidade e morbidade de crianças com muito baixo peso ao nascer: um estudo em diversos centros da América Latina**. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 91, n. 3, p. 234-241, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000300234&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.007.

LIRA NETO, José Cláudio Garcia et al **. PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E DE SEUS COMPONENTES EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 3, e3900016, 2018 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300310&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2019. Epub 06-Ago-2018. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000300016.

Martins, F.S.M. **Mecanismos de ação da insulina**. Seminário apresentado na disciplina Bioquímica do Tecido Animal, Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. 13 p.

MICROMEDEX. **in: Periódicos. Universidade Católica de Brasília**. Base de Dados, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

MOURA, Barbara Laisa Alves et al . **Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, e00188016, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. Epub Feb 05, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de; GRACILIANO, Nayara Gomes. **Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados**. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 441-451, Sept. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300441&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010

OPAS. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF**: OPAS, 2016. 32p.: il. ISBN: 978-85-7967-118-0

PEIXOTO, Cláudia Isabel Leite da Silva; RAMALHO, Carla. **A utilização da metformina durante a gravidez. Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra , v. 10, n. 1, p. 43-49, mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2019.

PEREIRA, Belmiro Gonalves. **Diabetes gestacional: seguimento após o parto**. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 11, p. 481-483, Nov. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001100481&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140005157

PEREIRA, Ricardo Motta et al **. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva**,Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103517&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016

RIBEIRO E SILVA, Rodrigo et al. **DESFECHOS MATERNO-FETAIS DE GESTANTES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. Arquivos Catarinenses de Medicina,** [S.l.], v. 48, n. 3, p. 79-92, set. 2019. ISSN 18064280. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/519>. Acesso em: 07 dez. 2019.

ROLIM, Laurie Penha e cols. **Efeitos do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica na audição de pacientes idosos. Braz. j. otorrinolaringol.** São Paulo, v. 84, n. 6, p. 754-763, dezembro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-

86942018000600754&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 de maio de 2019. http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.08.014.

SANTOS, Eliane Menezes Flores et al . **Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil**. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 3, p. 102-106, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000300002.

SILVA, Jean Carl; SOUZA, Bárbara Vicente de; SILVA, Mariana Ribeiro e. **Preditores de sucesso da metformina no tratamento do diabetes mellitus gestacional**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 2, p. 129-135, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Dec. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200006.

SILVEIRA FILHO, Luiz Carlos et al. **IMPACTO DO TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO NO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, NO TRATAMENTO UTILIZADO E NA CLASSIFICAÇÃO DE PESO DO RECÉM-NASCIDO**. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 47, n. 2, p. 137-146, jun. 2018. ISSN 18064280. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/330>. Acesso em: 07 dez. 2019.

Trujillo J., Vigo A., Duncan BB, et al. **Impacto dos critérios dos Grupos de Estudo da Associação Internacional de Diabetes e Gravidez para diabetes gestacional.** *Pesquisa de Diabetes e Prática Clínica* . 2015; 108 (2): 288-295. doi: 10.1016 / j.diabres.2015.02.007

ZANCHIM, Maria Cristina; KIRSTEN, Vanessa Ramos; MARCHI, Ana Carolina Bertoletti De. **Marcadores do consumo alimentar de pacientes diabéticos avaliados por meio de um aplicativo móvel**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 12, p. 4199-4208, dez. 2018.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204199&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182312.01412017.

Capítulo 43

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO MATERNA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA EFETIVAÇÃO DA "LEI DO ACOMPANHANTE" EM UMA MATERNIDADE DO SERIDÓ POTIGUAR

SOCIAL SERVICE IN MATERNAL ATTENTION: A CONTRIBUTION TO EFFECTIVENESS OF THE "ACCOMPANIMENT'S LAW" IN A MATERNITY OF SERIDÓ POTIGUAR

Andrezza Soraya Moura Fonseca[1]
Priscilla Brandão de Medeiros[2]

RESUMO: O artigo aborda um 'recorte' de uma pesquisa realizada, durante a vivência na Residência em saúde, sobre a lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005, que trata do direito de escolha do/as acompanhantes pelas parturientes/puérperas. A intenção do estudo foi investigar as expressões da questão social a partir dos avanços e desafios para a efetivação desse direito e os reflexos de gênero que atravessam a escolha desse/a acompanhante. Com uma metodologia baseada em abordagem qualitativa, utilização de entrevistas abertas e análise de conteúdo. Colocando como resultados os reflexos de gênero presentes no âmbito materno, os desafios no trabalho em equipe e a relação do/as assistentes sociais no tratamento dessa expressão no cotidiano.
Palavras- chaves: Atenção materna. Trabalho em equipe. Lei do acompanhante. Serviço social. Relações de gênero.

ABSTRACT: The article addresses a 'excerpt' of a research carried out, during the experience at the Health Residency, on Law No. 11,108, of April 7, 2005, which deals with the right of choice of companions by parturients / mothers. The intention of the study was to investigate the expressions of the social issue from the advances and challenges for the realization of this right and the gender reflexes that go through the choice of this companion. With a methodology based on a qualitative approach, use of open interviews and content analysis. Putting as a result the gender reflexes present in the maternal scope, the challenges in teamwork and the relationship of social workers in the treatment of this expression in daily life.
Keywords: Maternal care. Team work. Companion law. Social service. Gender relations.

INTRODUÇÃO

O cenário da atenção materna é permeado por temas transversais desde humanização/acolhimento; saúde da mulher; nascimento/parto; relações de gênero; cuidado, outros. Essas temáticas são vivenciadas e direcionadas de maneiras diferentes por cada profissão de saúde que adentra o espaço materno. Na equipe de saúde, por exemplo, a interação perpassa desde o médico obstetra, enfermeiro, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros, ou seja, desde profissionais de nível superior até técnicos de nível médios e profissionais externos que auxiliam no cuidado ou mesmo familiares, assim, se configurando como acompanhantes que, em sua maioria, são mulheres.

Tomando por base esse espaço, o estudo aborda uma análise sobre os reflexos das construções sociais de gênero e como isso incide sobre a atuação dos/ as assistentes sociais para a efetivação da lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005, que trabalha o direito de escolha do/a

[1] Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN e Especialista em Atenção à Saúde Materno infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas-EMCM/UFRN. Email: andrezzasoraya@hotmail.com
[2] Bacharel em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN e Doutoranda pelo PPGSS/UFRN. Email: pbm0_4@hotmail.com

acompanhantes pelas parturientes/puérpera, bem como as implicações desse profissional e de sua participação no trabalho em equipe.

O campo-alvo para o despertar dessa pesquisa foi a Maternidade Ananília Regina em Currais Novos-RN, a partir da vivência na Residência em atenção à saúde materno infantil pela Escola Multicampi de Ciencias Medicas- EMCM da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, realizada entre o período de março de 2016 a fevereiro de 2018, sendo por consequência objeto de estudo para trabalho de conclusão de residência (TCR). A metodologia voltou-se para uma abordagem qualitativa e analise de conteúdo, a partir de entrevistas abertas e sistematização dos dados colocando-se a serviço das contribuições sociais e acadêmicas no âmbito profissional e da saúde.

A CONTRIBUIÇÃO SINGULAR E INTERDISCIPLINAR DO SERVIÇO SOCIAL PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE

A reforma sanitária, nos anos 1970, a constituição federal de 1988 e a lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, enfatizam a saúde enquanto um direito social, apresentam uma perspectiva de ampliação do conceito de saúde, e consequentemente a construção de princípios (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização, participação social), orientam para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ser consideradas como marcos para pensar a saúde enquanto uma política pública, adentrando as diversas áreas de assistência à saúde- urgência-emergência, maternidade, geriatria, pediatria, outros.

Cabe nesse contexto reconhecer os impactos que o SUS vem sofrendo no que diz respeito a sua consolidação, o processo de contrarreforma do Estado e do modelo neoliberal, para Bravo e Matos (2012) é sobre a existência de dois blocos antagônicos, um de caráter privatista e outro público, e por isso as profissões inseridas na saúde sofrem diretamente os impactos desse processo em seus espaços de trabalho.

As autoras supramencionadas, também destacam uma relação direta desses projetos em disputa com a atuação dos Assistentes Sociais, e nisso, concluem que chegam requisições, de ambos os blocos, aos Assistentes Sociais no contexto e instituições de saúde.

> O projeto privatista requisitou, e vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas: a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO E MATOS, 2012, p.37)

Salienta-se que mesmo existindo essa disputa entre dois projetos tão distintos, o Serviço Social tem enquanto defesa o projeto da reforma sanitária que vai ao encontro direto com projeto

ético político profissional, em que apresenta elementos que possam contribuir na defesa e efetivação do SUS. Principalmente,

> Os princípios constantes no Código de Ética são focos que vão iluminando os caminhos a serem trilhados, a partir de alguns compromissos fundamentais acordados e assumidos coletivamente pela categoria. Então ele não pode ser um documento que se "guarda na gaveta": é necessário dar lhe vida por meio dos sujeitos que, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano. (IAMAMOTO,2000, p.73)

Levanta-se enquanto estratégias normativas e instrumentais os parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde (2010) que traz quatro grandes eixos de intervenção na referida política, sendo: Atendimento direto aos usuários; 2. Mobilização, participação e controle social; 3. Investigação, planejamento e gestão; 4. Assessoria, qualificação e formação profissional e, que convergem diretamente aos princípios do código de ética, com destaque para alguns dos 11,

> I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; [...] V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Código de Ética Princípios Fundamentais [...] X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (BRASIL, 2012, p. 23-24)

Além do que apresentam uma relação com temas transversais e de interesse geral, tendo como objeto a questão social e com os princípios do SUS, como mencionado anteriormente, apontam para uma saúde ampliada e de qualidade para os/as brasileiros/as. Diante disso, surgem estudos que vão referenciar esse modelo de Saúde defendido pelo movimento da reforma sanitária como o enfatizado por Cecílio (2004), em que defende que os fatores determinantes da saúde traduzidos em necessidades de saúde e classificando-as em quatro grandes conjuntos: as boas condições de vida; o acesso às grandes tecnologias que prologam a vida; a criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe do sistema de saúde; o grau crescente de autonomia. De acordo com a

> Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os determinantes sociais em saúde perpassam as condições de vida; Fatores sociais, econômicos, culturais, éticos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população [...] (BUSS, 2007, p.78)

Dessa forma, influenciam não só o processo saúde-doença da população, bem como traduzem elementos das expressões da questão social, inerente ao sistema capitalista. Sobre isso, para alguns autores

> [...] a questão social tem recebido muitas denominações no pensamento social brasileiro: desemprego, subemprego, pauperismo, marginalidade periferia, pobreza, miséria, analfabetismo, agitação, baderna, violência, caos, subversão, o que comprova a elasticidade na interpretação desse tema. [...] (SILVA, 2014, p. 155).

Nesse caso, ao destacar a contribuição do serviço social na Saúde, entende-se que a atuação deve ser pautada no desvelamento da realidade social, no âmbito da universalidade, singularidade, particularidade da vida dos/as usuários/as. Além do que, trazer a ideia, segundo Noqueira e Mioto (2006), que o serviço social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, portanto, dentro de um significado estratégico nas políticas sociais e, assim da saúde na busca pela efetivação dos direitos sociais.

Para isso, o trabalho interdisciplinar deve ser incentivado e dado condições para sua efetivação, entendendo o potencial de contribuição do serviço social para as práticas interdisciplinares e desvelando o foco central de sua atuação. Porque a

> Interdisciplinaridade-pressupõe que cada uma das áreas exerça seu potencial de contribuição preservando a integridade de seus métodos e conceitos e, nesse sentido, requer o respeito e à criatividade de cada uma das profissões envolvidas, cujo relacionamento deve tender à horizontalidade. (SILVA E MENDES, 2013, p. 55)

Ou seja, cabe ao assistente social delinear uma prática profissional articulada com as prerrogativas que tratam as demais categorias junto do trabalho interdisciplinar, justamente por considerar a relevância ética no processo de trabalho.

> O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação o das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (BRASIL, 2010, p. 46).

A partir do que já mencionado sobre o alicerce o projeto ético político profissional, dentro de uma atuação qualificada de forma crítica e propositiva, realizando mediações que acionem as dimensões ético-politica, teórico-metodológica, técnico- operativa e investigativa, de forma articulada. Dessa maneira o serviço social contribui para a desconstrução de aspectos e visões discriminatórias e preconceituosas que atravessa o âmbito da saúde e atenção materna. E dentro das relações interprofissionais:

> É preciso não apenas conhecer o saber técnico do outro, mas conhecer a equipe nas suas diferenças culturais e sociais, aproximando os sujeitos um dos outros, a fim de haver um relacionar-se do grupo. Esse "relacionar-se" tem como pressupostos a tolerância, o respeito, a comunicação. Estando a equipe mais coesa, poderá questionar os objetivos que deverá alcançar com a interdisciplinaridade, revendo sua demanda. (STUART, 2008, p. 83).

Dessa maneira o trabalho do/as assistentes sociais estão moldados numa perspectiva emancipatória, interdisciplinar e intersorial ao acionar a dimensões mediatizadas (singularidade, particularidade e universalidade) da vida em sociedade e questão social, colocando seu trabalho em evidência e contribuindo para o acesso integral na política de saúde.

A ESCOLHA COMO DIREITO E AUTONOMIA: A CONTRIBUIÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL PARA EFETIVAÇÃO DA "LEI DO ACOMPANHANTE" NO ESPAÇO MATERNO

Um dos parâmetros para nortear as reflexões trazidas pelo estudo, a partir do viés de gênero, principalmente quando se considera que a questão materna em que perpassa por uma longa trajetória de lutas em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é o aguçamento do despertar crítico nas relações de escolha do/a acompanhante pela puérpera enquanto um direito e garantia de sua autonomia. Destaca-se a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher criada em 2004, para atender as demandas referentes à saúde da mulher brasileira, uma vez que tal documento apresenta o entendimento de que as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), salientando que essas usuárias também devem ser reconhecidas como acompanhantes de seus/suas familiares, trazendo ao longo de sua trajetória uma forte concepção atrelada ao ideário da mulher enquanto referência para cuidado.

A PNAISM (2004) enfatiza nesse contexto que as mulheres tiveram historicamente seu papel determinado dentro de uma sociedade patriarcal e conservadora, com marcas no processo de discriminação e subalternidade nas relações de trabalho, a sobrecarga com as responsabilidades e com o trabalho doméstico, fazendo com que não enxergasse a mulher na de equidade de gênero.

A política ainda toma como base a definição do conceito de saúde dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), incorporadas as dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos, que nessa sociedade tem a função de quebrar com tabus construídos, sobre a liberdade feminina.

O foco da discussão se deu em pensar a autonomia das mulheres frente à escolha de seus acompanhantes, através do olhar sobre os preceitos morais/conservadores e conflitantes que atravessam a sociedade brasileira e as instituições de saúde, quando se discute questão referente à categoria gênero.

> O conceito de gênero e de relações de gênero é utilizado no sentido de dar ênfase ao caráter social, cultural e relacional das distinções baseadas no sexo, visando superar o determinismo biológico, ressaltando sua dimensão histórica. Ou seja, visa desmistificar papéis e qualidades construídas socialmente, mas naturalmente atribuídas às mulheres e aos homens, gestadores das desigualdades de gênero. É importante perceber que, sendo, fundamentalmente, resultado de uma construção social, essas relações são mutáveis. (CISNE, 2012, p.51).

Assim, quais as estratégias apresentadas pelo Serviço Social na maternidade para o enfrentamento da não efetivação desse direito, ao referir-se a lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a garantia das mulheres terem o direito à presença de acompanhante, escolhido por ela, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, no pré-parto, parto e pós-parto?

Apontamos a complementação da referida legislação com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha, que traz a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, como uma forma de criar estratégias para a materialização do atendimento integralizado às mulheres. Portanto, essa lei passa a ser uma estratégia de efetivação do direito ao acompanhante, e apontando ainda a necessidade do reconhecimento da escolha dessas parturientes/puérperas no âmbito hospitalar. As maternidades estão inseridas no processo de reprodução das relações sociais e por isso, torna-se um lugar em as expressões das desigualdades desse sistema, apresentam discrepâncias no que se refere à efetivação das regulamentações.

A portaria 1.459/2011 (rede cegonha) quando apresenta a “obrigatoriedade de se ter a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada

(RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)" refere-se a uma estratégia legal que visa minimizar os danos relacionados a uma assistência muitas vezes desumanizada, acolhimento na atenção materno-infantil. Argumenta-se que esses espaços são considerados "privados" pelos profissionais de saúde, em que a intimidade das mulheres deve ser preservada e que inclusive para os/as acompanhantes. Por isso é importante estimular algumas estratégias que o ministério da saúde trazendo de forma transversal, como exemplo da Política Nacional de – Humanização-PNH, que:

> [...] estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2013, p. 3)

Uma abordagem que deve ser cotidianamente trabalhada, com estímulos e sensibilização da equipe, e por vezes no horizonte da perspectiva ampliada da saúde. E a/o assistente social nesse cenário necessita articular estratégias em seu cotidiano, contribuindo para o protagonismo da usuária dentro do serviço de saúde frente às necessidades sociais apresentadas.

METODOLOGIA

A pesquisa foi guiada pelo método histórico dialético que, segundo Netto (2011, p.22) vai [...] "além da aparência fenomênica imediata e empírica-por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável- [...]". Com uma metodologia com uma abordagem qualitativa, e instrumentos baseados em entrevistas abertas e analise de conteúdo direcionadas por Minayo (2014) que aponta ser possível oferece o método qualitativo enquanto um estudo que se aplica a história, as relações, representações, crenças, percepções e das opiniões. Assim as abordagens qualitativas concordam bem com investigações de grupos e segmentos delimitados e formalizados, sob a ótica das relações sociais, analises de discurso e de documentos.

A coleta atingiu os profissionais da maternidade, num total de 35 (trinta e cinco) profissionais, sendo entrevistados 17 (dezessete) entre nível superior e médio, essa amostra se deu a partir do método de saturação, o qual Fontanella (2008) apresenta-o enquanto um processo continuo de análise dos dados, desde o início da coleta e com apreciações preliminares buscam considerar cada um dos tópicos identificados durante a análise e o conjunto dos entrevistados.

Na amostra foi possível entrevistar os/as cinco profissionais assistentes sociais do Hospital/Maternidade que atuavam no período e obter uma amostra significativa sobre a contribuição do Serviço Social frente a demanda por acompanhantes no âmbito materno e os reflexos de gênero que perpassam essa escolha pelas usuárias diante do contexto da instituição e da equipe. Ressalta-se que a pesquisa seguiu as normas e diretrizes presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS com aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) -Santa Cruz-RN, número da CAEE 67833217.7.0000.5568 aprovado em: 13 de junho de 2017.

RESULTADOS

É diante dessa problemática que as reflexões a seguir debruçaram sobre aspectos que implicitamente apontaram para uma intervenção que não estar ou pelo menos não deve estar desarticulada dos princípios que orientam o projeto ético político profissional, assim como da real necessidade de transpor as questões relativas aos reflexos sociais de gênero no cotidiano do Serviço Social e da equipe. Além do que o próprio cenário por ser uma maternidade já estar transvestida de tais reflexos, das desigualdades sociais de gênero e outras mais.

Então, dentro do estudo algumas categorias foram elencadas como forma de melhor analisar os dados, destaca-se a resistência e a percepção da lei do acompanhante enquanto conquista, além do que a categoria processo de trabalho e educação permanente enquanto categorias que ampliam a discussão.

Assim, o reconhecimento da lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, os/as assistentes sociais revelaram: “Eu acho que é uma lei que só vem a fortalecer a assistência à humanização; que esse acompanhante representa a extensão da família dentro do cuidado”. (A.S 3)

> A lei tá clara, ela pode escolher, se ela se sente mais segura, que seja o homem, tem muitos maridos que participam, se ela o escolheu, é porque quer tá junto. E que os hospitais têm que se adaptar a isso, a vida inteira fomos omitindo o direito com a justificativa que o hospital, não tinha condições. (A.S 1)

Nesses trechos, analisar-se a preocupação dos/as profissionais com relação a questão da humanização, ao mesmo tempo em que revela a compreensão acerca da escolha dessas usuárias, e de que esse acompanhante por muitas vezes é de fato uma extensão da família. A Política Nacional de humanização e a própria rede cegonha vem apontar estratégias que podem subsidiar o fortalecimento desses fatores, como descrito anteriormente.

Enquanto a atuação dos/as assistentes sociais, não foi realizada uma pergunta direta com relação a isso, mas sugiram estratégias realizadas por esses profissionais, como forma de intervi para a efetivação do direito. “[...] Agora sim. Esse projeto de rodas de conversa e algumas ações individualizadas por parte dos profissionais de serviço social”. (A.S 3)

> [...] Para fazer cumprir a gente autoriza um acompanhante homem no isolamento. Quando a usuária está muito fragilizada, saúde mental, quando há uma avaliação psicológica. É triste quando a gente tria, quando sabemos que todas deveriam está junto. (A.S 1)

Os resultados refletem as “estratégias” utilizadas pelas/os assistentes sociais da instituição, diante dos desafios e limites enfrentados, na tentativa de garantir minimamente a escolha desse acompanhante pelas parturientes/ puérperas, principalmente quando é o companheiro da usuária.

Foi visto que para os/as assistentes sociais, o maior desafio enfrentado é quando a instituição que coloca a falta de estrutura como condição para que não seja garantida a escolha da usuária, limita-se a autorizar apenas mulheres para acompanhar.

Relacionada a essas categorias apresentadas anteriormente que vão desde o reconhecimento até as estratégias de ação, eis que surge a capacitação, ou mesmo educação

permanente, segundo eles/elas como algo que não contribui para se avançar institucionalmente com relação a efetivação da "lei do acompanhante", foi dito que:

> Não tem políticas incentivo. (nós A.S que tem que botar o outro adentro); Política de incentivo não, tem a gente que tenta garantir esse direito e vocês com esse projeto, que vem abrir brechas para que os homens venham acompanhar sem tanta descriminação. (A.S 2)

As políticas de incentivo são elencadas dentro do processo de educação permanente, os quais os profissionais, nesse caso toda a equipe, não vivenciam essa realidade na instituição, como já mencionado, com exceção das ações pontuais, segundo as/os assistentes sociais são realizadas/atribuídas pelo/ao setor do Serviço Social.

E assim, fica cada vez mais distante o aprimoramento dos profissionais frente às mudanças em curso no SUS, o enrijecimento dos profissionais apresentam concepções moralistas e conservadoras, acerca das questões transversais à saúde, como as de gênero. O reflexo de gênero é claro nas analises, é permitida mulher, homem não, e por isso é necessário selecionar os casos em que serão autorizados?! Dessa forma, não são mais balizados nos princípios do SUS, principalmente o da integralidade.

Sobre a questão da organização do trabalho dentro da instituição, que vai desde a logística das equipes até as condições estruturais oferecidas, sugiram as seguintes reflexões;

> O maior problema não é a questão do espaço. Colocar para funcionar a lei, a principal questão é a falta de consciência dos profissionais de que direito é para ser cumprido. É justificar o injustificável. É o hospital dá condições. O hospital se adequar as necessidades de cada usuário. (A.S 1)

Ou mesmo, "[...] os hospitais têm que se adaptar a isso, a vida inteira fomos omitindo o direito com a justificativa que o hospital, não tinha condições" (A.S 4). As falas trazem de forma muito enfática a questão das justificativas voltadas para as condições estruturais do hospital, como único fator que determinaria a escolha dessa usuária por um acompanhante que não fosse do sexo feminino. Ao mesmo tempo em que alguns trechos como se pode ver na "A.S 1" a entrevistada revela em um trecho que o que falta é a consciência dos profissionais em que evidenciam não haver abertura para utilização de estratégias que não estejam vinculadas apenas as questões estruturais da maternidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo trouxe à tona a contribuição do Serviço Social frente à defesa dos direitos sociais no âmbito do SUS, em especial a lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, destacando os reflexos e das construções sociais de gênero como um tema transversal a política de saúde e a atenção materna atravessando concepções conservadoras na instituição, no que diz respeito a escolha acompanhante por parte das parturientes, entretanto, destaca-se certa coerência entre as/os assistentes sociais com um discursos atrelado a humanização, respeito, autonomia, incentivo, e outras estratégias que dialogam entre o projeto ético político e do SUS.

Nesse caso, é relevante salientar que a assistência materna não deve ser tratada como um "subsetor" do SUS, isto é, não deve ser deslocada dos outros níveis de atenção, ou

fragmentada em ações pontuais, nos diferentes cenários. É necessária uma articulação intrasetorial e interdisciplinar que dialogue com a atenção primária e os diversos atores para atender uma perspectiva de trabalho continuo nos diferentes níveis de complexidade tratando-se, nesse caso, do direito ao acompanhante e não podendo ser reduzida a tarefa de conscientização das usuárias apenas na maternidade e aos profissionais que lá estão. A temática deve ser tratada de forma transversal.

O direito ao/a acompanhante é apenas uma das diversas demandas apresentadas aos (as) assistentes sociais no seu cotidiano profissional na maternidade, que se traduz em expressões da questão social invisibilizadas, diante da naturalização dos reflexos de gênero presente na sociedade. Por isso, não deve ser atribuído ao (a) assistente social executar o "não", na hora de "autorizar" o acompanhante, caso ele seja do sexo masculino, cabe o desenvolvimento de ações diárias que contribuam para o protagonismo das parturientes/puérperas, enfatizando o seu direito de escolha, e para com a equipe de saúde e a instituição o entendimento de que se trata de um direito social garantido em lei, e que a escolha é um elemento que deve ser respeitado, independente do gênero do/a acompanhante.

As analises não findam nesse recorte, como mencionando na introdução, o estudo não se deu sobre os/as assistentes sociais, porém, verificou-se que na referida instituição há uma luta em função da efetivação do direito ao acompanhante. É necessário destacar que o fato de "triar", "escolher" qual usuária fará usufruto do seu direito não é a melhor estratégia dentro de uma perspectiva emancipatória e não contribui para a viabilização SUS conquistado a partir dos preceitos da reforma sanitária. Então, fica a reflexão para qual projeto o/a assistente social na Saúde está enveredando? E no enfrentamento aos reflexos de gênero, estamos apenas dentro de um aparato jurídico-institucional ou atrelamos isso a um compromisso ético-político? Cabe uma atitude de criticidade constante para o aprimoramento e efetivação do compromisso profissional frente à emancipação dos sujeitos e, portanto, da justiça social.

Constatou-se também uma desarticulação e não constatação do trabalho em equipe, as discussões findam em analises individuais da práxis sem uma conexão com o resto da equipe. Destaca-se, assim, a relevância para a melhoria da assistência materna, no combate as expressões da questão social, a luta por igualdade de gênero e da necessidade de políticas públicas cada vez mais eficazes, inclusive no tocante ao debate sobre as construções sociais de gênero, que vem se mostrando uma temática necessária no âmbito da Saúde se tratado de modo transversal no campo. Além da necessidade de intensificação do trabalho interdisciplinar e do reconhecimento das diversas áreas do cuidado em saúde, principalmente, no tocante a dimensão humana, social e subjetiva, sem sobreposição aos aspectos biológicos, mas atendendo a uma perspectiva de saúde coletiva e biopsicossocial.

REFÊRENCIAS

BRASIL. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 14 de Janeiro de 2017.

_____. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 14 de Janeiro de 2017.

_____. **LEI Nº 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2017.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf acesso em: 25 de julho de 2020.

_____. **Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde**.- http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude .pdf.- [Brasilia ; Coselho Federal de Serviço Social de Serviço Social. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 14 de Janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional deHumanização da Atenção e Gestão do SUS.** Trabalho e redes de saúde / Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. acesso em :14 de JÁNEIRO de 2017.

BRAVO, Maria Ines de Souza e MATOS. Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês de Souza [et al.] (organizadoras) **Saúde e Serviço Social.** -5.ed.-São Paulo: Editora Cortez, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori e FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf acesso em 11 de julho de 2020.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In PINHEIRO, Roseni (Org); MATTOS, Rubem Araúj.o de (Org). **Os sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. – 1edição- São Paulo: Outras expressões, 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**- 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. –** 14. ed- São Paulo: huarte,2014. Partes I; III;V.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos assistentes sociais no Campo da Saúde**.** In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Editora Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx-** 1.ed.- Sao Paulo :Expressão Popular, 2011. 64 p. disponível em: http://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-

colecoes/livros-diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf acesso em 11 de julho de 2020.
SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Questão social e Serviço Social no Brasil: fundamentos sócio-históricos.** 2ª ed. Campinas, SP: Papel Social; Cuiabá, MT: EdUFMT,2014.

SILVA, Letícia Batista. MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: Algumas Questões para o Debate. In: SILVA. Letícia Batista et al (orgs). **Serviço Social e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

STAUDT; D. T**. A Interdisciplinaridade em Atenção Básica à Saúde.** Boletim da Saúde. v.22, n.1, 2008. Disponível em: http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140522124053a_interdisciplinaridade.pdf .acesso em 11 de julho de 2020.

Capítulo 44

O USO DA CORRENTE AUSSIE NO TRATAMENTO FACIAL DE RUGAS NASOGENIANAS EM MULHERES

THE USE OF EXCITOMOTOR CURRENT IN THE FACIAL TREATMENT OF NASOGENIAN WRINKLES

Meiry Lúcia Teixeira Vieira[1]
Juliana Cintra Paz [2]
Cesario Rui Callou Filho[3]
Aline Barbosa Teixeira Martins[4]

RESUMO: As técnicas de rejuvenescimento facial tem se aperfeiçoado na busca pela saúde e melhora da aparência física. A intervenção estética, um novo campo de atuação, com auxílio dos recursos eletroterapêuticos promove o rejuvenescimento com a suavização das rugas, sulcos e o equilíbrio da tensão muscular da face. Esse estudo propôs verificar os efeitos da corrente excitomotora no tratamento facial de rugas nasogenianas. Metodologia: Tratou-se de um estudo de casos do tipo, descritivo e intervencionista. A pesquisa foi realizada no laboratório de Estética e Cosmética de uma Universidade privada localizada no bairro Edson Queiroz em Fortaleza – CE. O período da coleta dados foi de setembro a novembro de 2017. Os participantes escolhidos para a pesquisa foram do sexo feminino com idade entre 35 a 50 anos portadores das patologias, flacidez facial e rugas no sulco nasogenianos. Foram realizados seis atendimentos sendo um atendimento por semana. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNIFOR com o parecer 2.382.082. As voluntárias participaram de todas as sessões e ao final notou-se melhora no aspecto facial, assim como contorno facial e uma diminuição nas linhas de expressões devolvendo a essas participantes uma aparência mais jovem.
Palavras-chave: Envelhecimento, corrente excitomotora, flacidez facial, músculos faciais.

ABSTRACT: Facial rejuvenation techniques have improved in the search for health and improvement of physical appearance. Aesthetic intervention, a new field of action, with the aid of electrotherapeutic resources promotes rejuvenation with the smoothing of wrinkles, furrows and the balance of muscular tension of the face. This study aimed to verify the effects of the excitomotor current on facial treatment of nasogenic wrinkles. Methodology: This was a descriptive and interventional case study. The research was carried out in the laboratory of Aesthetics and Cosmetics of a private university located in the neighborhood Edson Queiroz in Fortaleza - CE. The data collection period was from September to November 2017. The participants chosen for the research were females aged between 35 and 50 years with pathologies, facial flaccidity and wrinkles in the nasolabial folds. Six visits were performed, one service per week. This study was approved by the Research Ethics Committee of UNIFOR with opinion 2,382,082. The volunteers participated in all the sessions and at the end it was noticed an improvement in the facial aspects, improving the facial contour and a decrease in the expression lines, giving these participants a more youthful appearance.
Keywords: Aging, excitomotor current, facial flaccidity, facial muscles.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que está ligado diretamente ao ser humano na plenitude de sua existência, esses se apresentam precocemente na face, podendo os primeiros surgirem por volta dos 30 anos. Nessa região ele se apresenta mais evidente, uma vez que recebe agressões diretas do ambiente, além de nela encontrar-se

[1] Esteticista e Cosmetóloga pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, CE.
[2] Fisioterapeuta, Mestre em Ciências Fisiológicas. Docente da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, CE.
[3] Doutorando em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
[4]Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médico Cirúrgicas – UFC. Mestre em Saúde Coletiva – UNIFOR. Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional. Docente da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, CE.

muitos músculos que, por suas diferentes funções, favorecem o enrugamento são responsáveis pelo tônus muscular facial. Por essa razão pode ser alterado o processo de envelhecimento que envolve uma perda de massa e força muscular com a idade. Observa-se, também, a alteração da dimensão vertical da face além de mudanças físicas são observadas alterações psicossociais, como sentimentos de baixa autoestima (YAMAGUCHI, 2003; PAES; TOLEDO; DA SILVA, 2007; TARIKIVR, 2003; TEIXEIRA et al., 2007).

O envelhecimento intrínseco é o natural, inevitável, comum a todas as pessoas, relacionado a fatores genéticos, cumulativo, caracterizado por atrofia da pele e rugas finas por afetar principalmente as fibras elásticas dérmicas, levando à elastose da derme reticular. Foto envelhecimento ou envelhecimento extrínseco está relacionado com o fototipo e a exposição à radiação solar. Existe uma queixa muito grande de rugas de expressão, chegando a ser uma insatisfação de 85% das mulheres, o qual o sulco nasogeniano é a mais relatado (PINNELL, 2003).

As rugas são classificadas como dinâmicas e estáticas, **as rugas dinâmicas** são as primeiras a surgirem. Essas também conhecidas como linhas de expressão, aparecem durante o movimento em repouso, ou seja, não estão “marcadas na pele”. Já as rugas estáticas, permanecem visíveis mesmo sem movimentos faciais, são mais profundas e surgem principalmente em áreas de grande contração muscular associada à perda de volume das estruturas. Também podem ser influenciadas por fatores genéticos (PAES; TOLEDO; DA SILVA, 2007).

Em decorrência da atividade muscular e da diminuição do volume da face, as linhas de expressão tornam-se mais evidentes com a senilidade (DA SILVA et al., 2013), fazendo com que haja um aumento na atividade muscular de músculos depressores, como é o caso do corrugador do supercílio e depressor do ângulo da boca. Dentre os traços inerentes ao envelhecimento cutâneo, está a flacidez facial associado ao aumento do sulco nasogeniano (DA SILVA et al., 2015).

Outro fator que pode favorecer a flacidez facial é o tipo da face, pois há um funcionamento diferenciado das musculaturas dependendo da estrutura esquelética apresentada. Indivíduos com faces longas têm o terço inferior alongado, musculatura mais fraca e estirada, assim como uma maior propensão à flacidez facial (FRAZÃO; MANZI, 2012).

A diminuição do tônus muscular facial, em especial dos bucinadores e zigomáticos maior e menor, configura o que se denomina de flacidez facial, acarretando à face baixa resistência à tração, com aspecto de “face caída”, e produzindo efeitos de envelhecimento precoce (JARDINI, 2001; JARDINI, 2002; SATTLER; GOUT, 2017).

O músculo zigomático menor traciona o lábio superior posteriormente, tem origem no corpo do osso zigomático e se insere no lábio superior; o músculo zigomático maior, traciona o ângulo da boca supero posteriormente. Origina-se no processo temporal do osso zigomático e insere-se no ângulo da boca. O músculo risório traciona levemente o ângulo da boca para a

posição posterior. Tem origem na fáscia parotideomassetérica e se insere no ângulo da boca (JARDINI, 2002; SATTLER; GOUT, 2017).

Os métodos de rejuvenescimento facial vêm evoluído com o passar dos anos, oferecendo alternativas para aqueles que buscam atenuar as rugas e linhas de expressão. Os tratamentos não invasivos além de ter capacidade de melhorar o aspecto das rugas, têm a vantagem de não necessitar de um período de recuperação como ocorre em procedimentos invasivos (BARBOSA; CAMPOS, 2013).

Ao que se refere à estética facial e ao tratamento de rugas e sulcos faciais, estudos vêm comprovado, o efeito do tratamento miofuncional (SOVINSKI et al., 2016). A estética lança mão de recursos eletroterápicos, com o uso da corrente excitomotora atuando desde a preparação da pele para receber o tratamento até e prevenção do seu envelhecimento, a estimulação elétrica neuromuscular, que favorece o fortalecimento muscular baseada na estimulação dos ramos intramusculares dos motoneurônios, que induzem a contração muscular com resposta fisiológica semelhante àquelas produzidas pelas contrações voluntárias. A membrana nervosa despolarizada gera potenciais de ação nos motoneurônios que resulta na contração muscular, aumento do metabolismo muscular, liberação de metabólitos, maior oxigenação, dilatação de arteríolas e aumento da irrigação sanguínea no músculo (TAMURA, 2010).

De acordo com Ward (2007) ; Dantas (2015) a corrente aussie é caracterizada por ser uma modalidade de estimulação neuromuscular que utiliza uma corrente elétrica, alternada com frequência de 1KHz com uma duração de burst curto (2 milessegundos), gerando um estímulo motor forte e eficiente e que gera desconforto muito pequeno ao indivíduo, em que a estimulação é feita pelo eletrodo ativo que atinge a musculatura.

Sugere-se, então que a eletroestimulação melhorará o aspecto do contorno facial, com uso da corrente excitomotora, no tratamento facial de rugas nasogenianas. Sendo assim, surgiu o interesse em engrandecer os estudos nesta área e propor um novo tratamento facial para aumentar a tonificação muscular, evitando a perda de volume e consequentemente a redução das rugas nasogenianas.

O objetivo do estudo é verificar os efeitos da corrente excitomotora no tratamento facial de rugas nasogenianas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos do tipo, descritivo e intervencionista. A pesquisa foi realizada no laboratório de Estética e Cosmética de uma Universidade privada localizada no bairro Edson Queiroz em Fortaleza – CE. O período da coleta dados foi de setembro a novembro 2017. Os participantes escolhidos para a pesquisa foram do sexo feminino com idade entre 35 a 50 anos que possuíssem flacidez facial e rugas nos sulcos nasogenianos.

Foram realizados seis atendimentos, sendo um atendimento por semana no total de três voluntárias. O convite a participar do estudo foi realizado através de cartazes afixados nos principais blocos da Universidade informando os objetivos da pesquisa e que os interessados

deveriam entrar em contato com as responsáveis do estudo e então seriam encaminhadas para realizar uma avaliação prévia, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Após, os pacientes decidiram pela participação ou não do mesmo ao estudo.

Os critérios de inclusão foram mulheres com faixa etária entre 35 e 50 anos, que apresentassem flacidez facial e rugas. Os critérios de exclusão foram indivíduos que apresentaram processos infecciosos, grávidas, portadores de marca-passo, alterações circulatórias, miopatias que impedissem a contração muscular fisiológica, aqueles que referiram quaisquer outras alterações dermatológicas que contraindicassem o tratamento, e ausentar-se do tratamento mais que duas sessões.

Inicialmente, no primeiro dia de atendimento, os indivíduos passaram por uma avaliação inicial composta de dados sócio-demográficos e referentes à patologia em estudo, utilizando como instrumento de coleta de dados uma ficha de avaliação. Na última sessão foi aplicado uma escala de satisfação que variava de 1 a 5, sendo 1 a nota mínima e 5 a nota máxima referente a satisfação com o tratamento proposto. A escala foi aplicada por outra pessoa que não tinha relação com o estudo.

Foram realizadas fotos com a câmera fotográficas semiprofissional Nikon Coalpik 16MP, Full 4D B500, em um ambiente iluminado com luz natural, em um ângulo de frente e lateral a distância será de 50cm entre a câmera e a paciente. Os indivíduos também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a sua participação no estudo, assim como a utilização da sua imagem para questões científicas. Ao final dos atendimentos os voluntários foram reavaliados e todos os procedimentos de avaliação foram reaplicados.

No primeiro atendimento foi realizada a higienização da face com gel de limpeza facial, para remover a sujidade e oleosidade da pele e facilitar a aplicação dos eletrodos, sendo removido posteriormente com algodão embebido em água. Após esse processo a face foi marcada mediante realização de mímicas para maior precisão na colocação dos eletrodos. Estes foram fixados e ligados ao aparelho Neurodyn Esthetic da marca Ibramed que utiliza a corrente Aussie como tipo de corrente de eletroestimulação. Foram usados os seguintes parâmetros: tempo de contração de 5s e tempo de repouso de 5 s, tempo de subida e descida igual a 2s, por um período de 15 minutos. A frequência de portadora utilizada foi de 1KHz para estimulação motora e 65 Hz de estimulação para as fibras brancas.

As voluntárias foram informadas em uma conversa bem explicativa de todo o procedimento pelo qual ela foi submetida, que foram colocados eletrodos no ponto motor do músculo facial com a intensidade ajustada de acordo com a sensibilidade da voluntária.

Os dados foram analisados através da análise de fotografias antes e após o tratamento. O questionário de satisfação auxiliou na quantificação da satisfação dos voluntários.

Para este estudo foi obedecida à resolução 466/12 do conselho nacional de saúde (BRASIL, 2017), que regulamenta os aspectos éticos e legais da pesquisa em seres humanos. Os participantes da pesquisa foram orientados e esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e

receberam um convite mediante a apresentação termo de consentimento livre esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNIFOR com o parecer 2.382.082.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo foi realizado com três voluntárias que apresentavam flacidez na região do sulco nasogeniano e perda no contorno facial. Os resultados foram apresentados em fotografias do antes e depois.

Voluntária 1:

Na avaliação inicial paciente A.K.C.R, 38 anos, professora universitária, residente em Fortaleza - CE, relatou queixa principal de flacidez e rugas na região do sulco nasogeniano e perda significativa no contorno facial, não apresenta históricos de doenças pregressas, sem doenças autoimune, que piorem com a exposição à luz, nega neoplasias, propensão a queloides e infecções ativas no local do tratamento.

Verificou-se que a voluntária apresenta pele mista com fototipo cutâneo IV, com desvitalização e rugas na região de sulco nasogeniano e região orbicular da boca, pele seca e opaca na região do zigomático, com tipo de rugas III e ptose acentuada na região de sulco nasogeniano (Figura 1).

Após 6 sessões, observou-se na fotografia depois do tratamento um aumento do tônus na região zigomática, melhorando e diminuído a flacidez e rugas dessa região e também no sulco lábio-mentoniano (região que vai do canto da boca até o queixo) (Figura 1).

Após o tratamento, a voluntária foi questionada sobre a satisfação com o tratamento que variava de 1 a 5, sendo 1 a nota mínima e 5 nota máxima. Dessa forma, de uma forma em geral, nos quesitos perguntados, observou-se que o paciente apresentou satisfação com o tratamento, relatando a maior parte da pontuação a nota máxima de 5 pontos.

Figura 1: Fotografia inicial e final da voluntária 1 com atendimento de corrente excitomotora nas rugas nasogenianas (Fortaleza – CE).

Em estudo realizado por Maccari (2019) com 32 mulheres com sinais de envelhecimento cutâneo, em que estava apresentando acentuação no sulco nasogeniano e perda de força muscular e/ou volume na região do malar, foram também submetidas a tratamento com Corrente Aussie, assim como em nosso estudo, e pode-se observar que houve bons resultados na diminuição do sulco nasogeniano, aumento de volume na região do malar, melhora do tônus muscular, discreta diminuição da profundidade do sulco nasogeniano e aumento da firmeza da pele.

Para Petrofsky (2008) a intensidade da corrente influencia no resultado, de modo que quanto maior a intensidade, melhor a resposta de fortalecimento muscular do paciente. Além disso outros fatores interferem como a hidratação tecidual, a espessura da derme e da gordura facial.

Voluntária 2:

Na avaliação inicial paciente C. M. F, 44 anos, secretaria, residente em Fortaleza - CE, relatou queixa principal de flacidez e rugas na região do sulco nasogeniano e perda significativa no contorno facial, não apresenta históricos de doenças pregressas, sem doenças autoimune, que piorem com a exposição à luz, nega neoplasias, propensão a quelóides, e infecções ativas no local do tratamento.

Verificou-se que a voluntária apresenta pele oleosa com fototipo cutâneo IV, com e rugas na região de sulco nasogeniano e região orbicular da boca, pele seca e opaca na região do zigomático, com tipo de rugas II e ptose acentuada na região de sulco nasogeniano (Figura 2).

Após 6 sessões, observou-se na fotografia depois do tratamento que houve um aumento do tônus na região zigomática, melhorando e diminuído a ptose da prega região nasogeniana (Figura 2).

Após o tratamento, a voluntária foi questionada sobre a sua satisfação com o tratamento proposto e a paciente apresentou satisfação com o tratamento, relatando a maior parte da pontuação a nota máxima de 5 pontos.

Figura 2: Fotografia inicial e final da voluntária 2 com atendimento de corrente excitomotora nas rugas nasogenianas (Fortaleza – CE).

Soares et al (2002) em estudo comparativo para o incremento da força de preensão em indivíduos sadios não treinados, observou-se que ao utilizar correntes de média frequência (2000 Hz) moduladas em baixa (50Hz), com 2 segundos de rampa de subida/descida, com 5 segundos de tempo ON e 10 segundos de tempo OFF, por 20 min. diários, 3 vezes por semana, verificaram ganhos de força de preensões maiores que quando comparados a estimulação de baixa frequência (65 Hz) nos mesmos grupos musculares. No nosso estudo foi utilizado parâmetros de 65HZ obtendo também resultado positivo.

Já em outro estudo desenvolvido por Ribeiro et al (2018) com 5 mulheres submetidas a corrente aussie para fortalecimento muscular observou-se que a eletroestimulação melhorou o desempenho da musculatura excitada, aumentando a resistência muscular e a potência muscular.

Voluntária 3:

Na avaliação inicial paciente S. Q. L. V, 49 anos, jornalista, residente em Fortaleza - CE relatou queixa principal de flacidez e rugas na região do sulco nasogeniano e perda significativa no contorno facial, a voluntária relata fazer tratamento da tireoide e faz reposição hormonal, sem doenças autoimune que piorem com a exposição à luz, nega neoplasias, propensão a quelóides, e infecções ativas no local do tratamento.

Verificou-se que a voluntária apresenta pele mista a seca com fototipo cutâneo III, com desvitalização e rugas nas regiões de sulco nasogeniano e região orbicular da boca, pele seca e opaca na região do zigomático, com tipo de rugas IV e ptose acentuada na região de sulco nasogeniano (Figura 3).

Após 6 sessões, observou-se que após o tratamento que não houve uma melhora nesta voluntária, talvez esses achados podem ter acontecido pelo fato da participante ter emagrecido, pois antes havia um ptose nessa região do sulco nasogeniano bem acentuada, mais a mesma informa ter tido resultado nas rugas que ficavam no sulco lábio-mentoniano (região que vai do canto da boca até o queixo) (Figura 3).

Figura 3: Fotografia inicial e final da voluntária 3 com atendimento de corrente excitomotora nas rugas nasogenianas (Fortaleza – CE).

Outro aspecto importante a considerar e que foi observado neste estudo foi que a voluntária perdeu peso, o que pode ter contribuído para a ausência de resultados, em que não se observou melhora a nível muscular e tissular. Itano et al (2015) afirmam que a flacidez tissular pode estar associada ao processo de emagrecimento e isso ocorre, principalmente, à deficiência de proteínas, em especial o colágeno, a mais abundante proteína humana, em torno de 30% do total do organismo e com funções essenciais na sustentação da pele.

Após o tratamento, a voluntária relatou ter ficado satisfeita com o tratamento, relatando a maior parte da pontuação a nota de 4 pontos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se com este estudo ser possível tratar alguma das disfunções estéticas relacionadas à flacidez facial na região do sulco nasogeniano com a utilização da corrente Aussie.

O tecnólogo em estética está preparado para atuar em sua área e com base em seus conhecimentos, podem associar os procedimentos estéticos entre si e montar protocolos capazes de promover uma sinergia, visando o aumento do tônus facial.

Dessa forma, observou–se com o estudo que a Corrente Aussie isolada possuiu resultado no estímulo a flacidez muscular, no entanto para obter resposta mais expressiva é necessário a associação com outros recursos eletrotermofototerápicos ou cosméticos e ainda que haja maior número de sessões para potencializar ainda mais os resultados.

Por fim, sugere-se que pesquisas de estudo de caso e elaboração de protocolos sejam realizadas, com o intuito de enriquecer os tratamentos voltados para a área de rejuvenescimento facial na estética, assim como novos estudos com diferentes frequências a fim de comparar outros resultados e maior número de voluntários.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira MCTV; Bonini ABF; Ayami, FD; Bosco, LD; Martinez, MF; Terra, PP. Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2007, 10(1): 47-72.

2. Paes, C; Toledo, PN; Da Silva, HJ. Fonoaudiologia e estética facial. Speech Therapy And Facial Esthetic, 2007, 9(2): 2-213.

3.Yamaguchi, CSO. Rejuvenescimento facial. In: Mauad R. Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório. SENAC, 2003: 9-125.

4. Tarikivr, YE. Cosmiatria e preenchimento facial. In: Mauad, R. Estética e cirurgia plástica: tratamento no pré e pós-operatório. SENAC, 2003, 161-231.

5.Pinnell, SR et al. Cutaneous photodamage, oxidative stress, and topical antioxidant protection. Journal Of The American Academy Of Dermatology, 2003, 48 (1):1-22 .

6. Da Silva RMV, Daams EFC da C, Delgado AM, Da Silva EM, De Oliveira HG, Meyer PF. Efeitos da terapia manual no rejuvenescimento facial. Ter Man. 2013; 11(54):534-539.

7. Da Silva RMV, De Melo GP, Da Costa SML, Estrela JSV, Araruna VR, Costa ACM, Pinto JMD, De Oliveira HG, Meyer PF. Análise da mensuração complementar de rítides nasogenianas pelo

software Radiocef 2.0® na avaliação do cronoenvelhecimento facial de mulheres em diferentes faixas etárias. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(4):725-734.

8. Monteiro E de O. Abordagens antigas e atuais: sulco nasolabial, linhas de marionete e rugas periorais. RBM. 2013; 70 (Especial Dermatologia & Cosmiatria 4): 3-15.

9. Frazão Y, Manzi SB. Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. Rev. Cefac. 2012; 14(4):755-762.

10. Jardini RSR. Uso do exercitador facial: um estudo preliminar para fortalecer os músculos faciais. Pró-Fono R. Atual, 2001. Cient., Barueri, 13(1): 83-89.

11. Jardini RSR. Avaliação eletromiográfica do músculo bucinador flácido usando o exercitador facial. Pró-Fono R. Atual. Cient, 2002,14(3):331-342.

12. Sattler G; Gout U. Guia ilustrado para preenchimentos injetáveis. Bases, Indicações, Tratamentos; Quintessense Editora, 1. ed., 2017.

13. Barbosa DF, Campos LG. Os efeitos da corrente galvânica através da técnica de eletrolifting no tratamento do envelhecimento facial. Revista Inspirar Movimento e Saúde. 2013; 5(1): 1-5.

14. Sovinski SRP, Genaro KF, Migliorucci RR, Passos DCBOF, Berretin-Felix G. Avaliação estética da face em indivíduos com deformidades dentofaciais. Rev. CEFAC. 2016 Nov-Dez; 18(6):1348-1358.

15. Tamura, B. Anatomia da face aplicada aos preenchedores e à toxina botulínica – Parte II. Surg Cosmet Dermato, 2010, 4(2):291-303.

16. Ward AR, Lucas-Toumbourou S. Lowering of sensory, motor and pain-tolerance thresholds with burst duration using kHz frequency alternating current electrical stimulation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2007 88(8). 1036- 1041.

17. Dantas LO; Vieira; A.; Siqueira, AL; Aslvini TF; Durigan JL. Comparison between the effects of 4 different electrical stimulation current waveforms on isometric knee extension torque and perceived discomfort in healthy women. Muscle Nerve, 2015, 51 (1): 76-82.

18. Brasil. Resolução n 466 de 12 de Dezembro de 2012. Regulaemnta pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20.08.2017.

19 Maccari FLR; Avaliação de um protocolo de tratamento para rejuvenescimento facial associando cosmético, eletroestimulação e mecanotransdução.Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas para obtenção do título de Doutor em Ciências Farmacêuticas. Araraquara, 2019.

20. Petrofsky J. The effect of the subcutaneous fat on the transfer of current through skin and into muscle. Med. Eng. & phys., 2008, 30 (9): 1168-76.

21. Soares, AV; Pagliosa, F; Oliveira, GO. Estudo comparativo entre a estimulação elétrica neuromuscular de baixa e média frequência para o incremento da força de preensão em indivíduos sadios não-treinados. Fisioterapia Brasil. 2002, 3(6).

22. Ribeiro RMG; Nogueira AAP; Monteiro, J. M. F., Ouverney KD; Silva MV; Jorge FS. Efeitos da eletroestimulação neuromuscular com corrente aussie sobre o desempenho muscular em mulheres jovens saudáveis. Biológicas & Saúde, 2018, 8(27).

23. Itano K; Vieira; MM; Bernun N; Morimoto SMI; Costa SHN; Feitosa GPV. Sugestão de protocolo para o tratamento de flacidez tissular decorrente de cirurgia bariátrica. InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade, 2015, 10 (2).

Capítulo 45

OFICINAS DE CAPACITAÇÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE UM A CINCO ANOS À DOCENTES DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL NA CIDADE DE MACEIÓ, ALAGOAS

TRAINING WORKSHOPS ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM ONE TO FIVE YEARS TO TEACHERS IN A CITY CENTER FOR CHILDREN'S EDUCATION IN THE CITY OF MACEIO, ALAGOAS

Lara Freire de Menezes Costa[1]
Manuela Velame Caldas[2]
Tainá Alves Rocha da Cruz Guimarães[3]
Maria José Valentim dos Santos Costa[4]

RESUMO: O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, complexo e integrado que permite a criança desenvolver habilidades motoras, sociais, afetivas, de comunicação que são resultado da interação entre diversos fatores, principalmente ambientais. O ambiente escolar é um espaço rico que pode proporcionar oportunidades para que a criança se desenvolva de maneira saudável. O objetivo desse estudo é relatar a experiência de oficinas de capacitação sobre o desenvolvimento de um a cinco anos à docentes de um Centro Municipal de Educação Infantil na cidade de Maceió, Alagoas. Estudo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Desenvolvido por profissionais da Estratégia Saúde da Família, residentes vinculados a Universidade Pública do estado de Alagoas durante o estágio numa Unidade de Saúde da Família. Foram realizadas oficinas de capacitação com foco no desenvolvimento infantil que ocorreram durante os meses de abril a novembro de 2019. As oficinas favoreceram as docentes a necessidade de realizar a vigilância do desenvolvimento da criança na primeira infância em conjunto com as equipes de saúde, visando identificar atrasos que possivelmente interfiram no desenvolvimento e o quanto a escola possui papel fundamental no cuidado a criança facilitando as experiências no cotidiano. Reitera-se a necessidade da implementação de Políticas Públicas Gestão Municipal articuladas entre o setor saúde e educação, que contemplem capacitações aos professores da rede de ensino básico buscando promovendo o cuidado integral na primeira infância.
Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Atenção Primária à Saúde. Educação.

ABSTRACT: Child development is a dynamic, complex, and integrated process that allows children to develop motor, social, affective, and communication skills that are the result of the interaction between several factors, mainly environmental. The school environment is a rich space that can provide opportunities for the child to develop in a healthy way. The objective of this study is to report the experience of training workshops on the development of one to five years to teachers of a Municipal Center for Early Childhood Education in the city of Maceio, Alagoas. Qualitative approach study, experience report type. Developed by professionals from the Family Health Strategy, residents linked to the Public University of the State of Alagoas during the internship at a Family Health Unit. Training workshops were held with a focus on child development that took place during the months of April to November 2019. The workshops favored teachers the need to carry out surveillance of child development in early childhood together with health teams, in order to identify delays that possibly interfere with development and the extent to which the school plays a fundamental role in caring for the child, facilitating everyday experiences. We reiterate the need to implement Public Policies Municipal Management articulated between the

[1] Fisioterapeuta residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculado a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), e-mail: larafreiremenezes@hotmail.com
[2] Fonoaudióloga residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculado a UNCISAL, e-mail: manuvelame@gmail.com.
[3] Terapeuta Ocupacional residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculado a UNCISAL, e-mail: taina.rocha@hotmail.com
[4] Enfermeira, especialista em Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e Especialista em Saúde da Família pela UNCISAL, e-mail: maryvalentim192@gmail.com

health and education sector, which include training for teachers in the basic education network seeking to promote comprehensive care in early childhood.
Keywords: Child development. Primary Health Care. Education.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é definido como a capacidade da criança em desenvolver funções cada vez mais complexas, sendo resultado da interação entre fatores genéticos, biológicos e ambientais. Os fatores biológicos podem influenciar o desenvolvimento a curto e longo prazo, uma vez que interferem na formação e maturação dos diversos sistemas desde a fase gestacional. Por outro lado, as experiências desenvolvidas no ambiente domiciliar e escolar em cada fase do ciclo de vida da criança poderão definir e influenciar na aquisição das habilidades necessárias para o desempenho de atividades cotidianas durante toda a vida (BRITO *et al.*, 2011).

Sendo o desenvolvimento infantil um processo contínuo e marcado por mudanças que tem início no nascimento, possui um avanço em fases seguindo uma sequência ordenada (GUERREIRO, 2013). As fases representam para Gesell (2003) um grau ou nível da maturidade no ciclo do desenvolvimento. Para cada fase foram traçadas uma série de características e comportamentos típicos de cada faixa etária, conhecido como marcos do desenvolvimento. Estes podem ser definidos como habilidades que a maioria das crianças podem fazer em certa idade (NCBDDD, 2012). As crianças vão alcançando os marcos à medida que aprendem a falar, se relacionar e atingem as etapas motoras grossas e finas (GUERREIRO, 2013).

Cada criança apresenta um processo de desenvolvimento complexo e único, isto é, apesar delas se desenvolverem por meio de uma sequência de fases normalmente previsíveis e marcos definidos, cada uma cumpre as etapas de modo e tempo diversos (GUERREIRO, 2013). Desta maneira, para identificar se a criança possui algum risco para o atraso do desenvolvimento é utilizada uma triagem. De acordo com a American Academy of Pediatrics (2006) a triagem do desenvolvimento é um procedimento de avaliação rápida que tem por objetivo promover o monitoramento do desenvolvimento da criança permitindo que ela adquira todas as etapas de forma saudável, imprimindo assim uma relação dinâmica entre avaliação e estimulação precoce. O mais utilizado no Brasil é o Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II que contém avaliação de comportamento social e pessoal, linguagem e habilidades motoras preconizadas como típicas do desenvolvimento neuropsicomotor (BRITO *et al.*, 2011).

As ações preventivas e de intervenção sobre os desvios do desenvolvimento dependem do conhecimento acerca da sequência normal e regular das aquisições constituintes do desenvolvimento infantil, que servirá de base para a elaboração de propostas adequadamente adaptadas à situação de cada criança (WILLRICH, 2009).

Partindo do pressuposto que existe uma interação contínua entre os fatores biológicos e ambientais, influenciando o desenvolvimento infantil, é importante que as ações ocorridas em diversos setores operem de forma articulada, principalmente as ações de saúde e educação. Outro fator relevante é o fato da oferta de oportunidades, através de experiências motoras e sensoriais, fator primordial para o desenvolvimento infantil, variar de acordo com o arranjo familiar,

a cultura e as crenças. Uma alternativa de oferecer as crianças oportunidades de uma experimentação, além do ambiente familiar, é a frequência em espaços de educação infantil (VAN EYKEN *et al*., 2015).

A Educação Infantil, é a primeira etapa da Educação Básica, que garante o atendimento em creches e pré-escolas para as crianças de zero a cinco anos de idade. De acordo com fundamentos expostos na Constituição Federal Brasileira de 1988 e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996 a Educação Infantil tem na sua finalidade contribuir para o desenvolvimento integral da criança até a primeira infância, em seus aspectos físicos, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade (ALAGOAS, 2015).

Com efeito das transformações socioeconômicas que a sociedade vem sofrendo, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, a creche, que são instituições voltadas para crianças na idade pré-escolar, vem se tornando uma necessidade gradativamente maior da população brasileira e as crianças estão sendo inseridas cada vez mais jovens e por períodos mais longos nessas instituições (GUIMARÃES, 2015).

Para Didonet (2001) a creche e a educação infantil possuem primeiramente a missão de acolher, de ser o lugar de encontro e de estar aberta para o novo, original e o criativo. Além de ser um local que estimule o desenvolvimento de forma integral, com objetivos educacionais e propostas pedagógicas adequadas (DIDONET, 2001). Sendo assim, estas precisam compreender a importância do seu papel educativo na construção da identidade da criança, na socialização entre elas, no desenvolvimento dos aspectos afetivos, emocionais e cognitivos de modo que amplie seus conhecimentos sobre si mesmo e a realidade social e cultural na qual estão inseridas.

Portanto, com o papel fundamental dessas instituições infantis na vida social e na educação é preciso que estas potencializem seus trabalhos com as crianças. E para isso os professores que trabalham com a educação infantil necessitam possuir capacidades que lhe permitam identificar e estimular as potencialidades das crianças e a ocorrência ou não de atrasos no desenvolvimento, para auxiliar essas crianças em todos seus aspectos com os recursos disponíveis (BRUST; LOPES, 2010). Desta forma, é apropriado que os professores possuam uma preparação voltada também ao processo de educação em saúde, para tanto é preciso abordar a temática desde a sua formação por meio de observações, discussões e reflexões (SANTOS *et al*., 2011).

A inclusão de pessoas com deficiências ou necessidades educativas especiais é defendida por meio da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), que reconhecem o direito da educação para todos, propondo que o ensino seja baseado nos princípios de igualdade de condições de acesso, permanência e aprendizagem para todos os alunos na escola. Dessa maneira, a oferta da educação deve ser preferencialmente na rede regular de ensino, assegurando aos alunos, métodos, recursos educativos específicos e tecnologias assistivas para atender às necessidades das crianças (FAVORETTO; LAMÔNICA, 2014).

O estudo realizado por Alves (2005) investigou as representações sociais do professor a respeito da inclusão dos educandos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), identificando a angústia como um dos sentimentos mais presente em relação a esses alunos e a visão que a escola possui apenas um papel de provedor da interação social. Em outro estudo realizado por Santos e Santos (2012) o qual averiguaram a partir do referencial da teoria das representações sociais as ideias de senso comum a respeito do autismo que circulam entre professores, concluindo que há muitas incertezas e o conhecimento se ancora em diversos repertórios, da psicanálise, neurociências e da linguagem midiática.

Conforme a inclusão vai aumentando e tomando seu espaço nas instituições educacionais, fica gradativamente mais necessário e complexo o processo de formação de professores da educação especial, para redefinir seus papéis educacionais ou consolidar as práticas pedagógicas para lidar com a realidade em mudança (DE VITTA *et al*., 2010).

Atuar com a diversidade carece de um amplo conhecimento e disponibilidade para lidar com o inesperado. No que se refere à capacitação de profissionais para atuarem de forma efetiva na educação inclusiva, é necessário um aprimoramento constante dos professores e demais profissionais da escola, além da formação incluir conteúdos que permitam compreender os diferentes problemas que levam à deficiência e às necessidades desta população de forma que busquem evoluir em suas práticas pedagógicas (DE VITTA *et al*., 2010). No entanto, de modo geral, os professores não têm recebido formação e capacitação suficientes para atender às diversas formas de aprendizado dos alunos.

Sant´Ana (2005) em uma pesquisa sobre a concepção de docentes e diretores sobre a educação inclusiva identificou vários aspectos necessários à efetivação da proposta. As principais dificuldades indicadas relacionaram-se à falta de capacitação do professor e da equipe pedagógica, formação especializada e de apoio técnico no trabalho com alunos inseridos nas classes regulares. Dentre as sugestões se destacaram a necessidade de equipe multidisciplinar para orientação, formação continuada, infraestrutura e recursos pedagógicos adequados, experiência prévia junto a alunos com necessidades especiais, atitude positiva dos agentes, além de apoio da família e da comunidade.

Desse modo, surge a relevância do acompanhamento de profissionais especializados em instituições de educação infantil, o que proporciona um apoio e orientação no trabalho junto aos alunos com necessidades especiais, além de possibilitar a análise da trajetória do desenvolvimento durante a primeira infância, a identificação de crianças com maior risco de atraso no desenvolvimento psicomotor e, consequentemente, o estabelecimento de estratégias de intervenção e promoção do desenvolvimento (GUIMARÃES, 2015).

Diante deste contexto, o objetivo desse estudo é relatar a experiência da vivência de oficinas de capacitação sobre o desenvolvimento de um a cinco anos à docentes de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) na cidade de Maceió, Alagoas. Buscando apoiar e orientar as docentes do CMEI, - instituição pública subordinada à Secretaria Municipal de Educação, -

quanto a aspectos relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor, no intuito de promover o desenvolvimento integral da criança.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Desenvolvido por três profissionais, fisioterapeuta, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, residentes pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) vinculado a uma Universidade Pública do estado de Alagoas durante o estágio numa Unidade de Saúde da Família (USF) situada na cidade de Maceió, Alagoas.

A vivência ocorreu com cerca de dez docentes de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) que assiste crianças com idade entre zero a cinco anos em turno semi-integral e integral. O CMEI é pertencente a área de abrangência de umas das Equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) da USF. Foram realizadas oficinas de capacitação sobre desenvolvimento infantil de dois a cinco anos com enfoque nas crianças com necessidades especiais. As oficinas surgem diante da presença de crianças com atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência intelectual como Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) entre outras situações.

As oficinas foram realizadas em três momentos distintos ocorrendo no período de abril a novembro do ano de 2019. Todas as oficinas aconteceram com o apoio de profissionais da eSF, docentes e estagiários vinculados a Universidade, sendo o último momento caracterizado por uma avaliação de Triagem do desenvolvimento infantil. A ideia das oficinas surgiu após solicitação das coordenadoras que alegaram o fato de haver muitas crianças com atraso no desenvolvimento, principalmente atraso na fala e linguagem, e algumas deficiências. Os momentos aconteceram de acordo com a disponibilidade do CMEI e das residentes.

Inicialmente, as residentes realizaram o primeiro encontro com a diretora, coordenadoras e docentes do CMEI que sucedeu numa roda de conversa visando conhecer as principais necessidades, rotina da escola, perfil das crianças, as dificuldades existentes e as potencialidades do contexto escolar. Após a roda de conversa, as residentes elaboraram o planejamento que norteou a realização das oficinas no CMEI tendo como fundamento as reais necessidades do contexto escolar.

A primeira oficina aconteceu em dois encontros, no turno da manhã e tarde, para contemplar todas as docentes. Nestes encontros foi abordada a temática sobre o desenvolvimento infantil típico da criança de um a cinco anos. Utilizamos como metodologia levar marcos escritos em pedaços de papel relacionado ao desenvolvimento das habilidades motora grossa, motora fina, linguagem e pessoal social, fizemos cartazes para cada uma das idades para afixarmos os marcos. Os cartazes foram espalhados numa mesa e as professoras escolheram o marco adequado para cada idade; após a escolha houve uma discussão, esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de experiências.

Na primeira oficina, a atividade teve como base o Teste de Triagem do desenvolvimento de Denver II. O teste é uma triagem usada para identificar a criança desde o nascimento até seis

anos completos de idade, cujo desenvolvimento não está dentro do esperado em comparação com o desenvolvimento de outras crianças. Salientamos que os marcos ocorrem com a maioria das crianças naquela idade, mas pode haver uma leve variação de idade do marco citado nos aspectos de linguagem, habilidades motoras-grossas e finas, habilidades adaptativas e pessoal-social.

A segunda oficina abordou o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pela qual através de um álbum seriado conversamos sobre: "o que é o TEA, quais são as causas, como é feito o diagnóstico e quais são os sinais que as crianças com TEA apresentam, dentre eles estão sinais motores, emocionais, comportamentais, sensoriais e de linguagem e como isso pode influenciar na rotina", abordamos também sobre o tratamento dessas crianças e os locais considerados referência no tratamento.

Na terceira oficina as residentes apresentaram seis situações hipotéticas que retratavam casos de crianças com atrasos no desenvolvimento, deficiências e problemas que envolviam o contexto sociofamiliar. Nesta atividade as professoras teriam que ler a situação e relatar como iam suceder/agir diante do problema.

A última etapa, não constituída por oficina, foi direcionada às crianças, que consistiu no momento pelo qual algumas crianças do CMEI foram avaliadas. Para esta atividade contamos com o apoio de uma profissional Terapeuta Ocupacional docente e os seus discentes que são vinculados a Universidade, a avaliação ocorreu nos turnos da manhã e tarde. Para a avaliação solicitamos a coordenação uma lista de todas as crianças que possivelmente apresentassem atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e que não possuíssem diagnóstico clínico. A partir disso foram selecionadas e avaliadas em torno de 15 crianças com idades entre um a seis anos utilizando como instrumento o Teste de triagem do desenvolvimento de Denver II.

Ao final das avaliações das crianças foi entregue a coordenação do CMEI um relatório individual com o parecer sobre o desenvolvimento neuropsicomotor elencando as principais dificuldades e sugerindo orientações as professoras de como facilitar e minimizar os problemas relacionados ao desenvolvimento. As crianças que apresentaram atraso no desenvolvimento significativo seriam reavaliadas e as que continuassem apresentando alterações após a reavaliação, encaminhadas para um serviço de reabilitação referência em estimulação precoce.

RESULTADOS

Foram realizados três momentos de capacitação teórica, constituído por oficinas, a partir de metodologia ativa e participativa com as docentes do CMEI. Todos os momentos tiveram intensa participação do corpo técnico da instituição, que compartilharam experiências anteriores vivenciadas com seus alunos e familiares demonstrando bastante interesse pelo conteúdo.

A fim de favorecer a identificação de suspeita de atraso do desenvolvimento no ambiente escolar, onde as crianças passam grande parte do dia, foram apresentadas as etapas do desenvolvimento infantil de um a cinco anos e seus marcos de desenvolvimento. Logo, na ocasião foi enfatizada a importância de conhecer o desenvolvimento típico, para assim identificar o que pode precisar de investigação junto à família e possível intervenção precoce.

Os objetivos da atividade foram alcançados e, as docentes conseguiram compreender que, faz-se necessário atentar para suspeita de atraso no desenvolvimento, utilizando-se da observação como uma oportunidade para analisar e acompanhar o desenvolvimento da criança no contexto escolar, principalmente no que tange a aprendizagem, comunicação, interação, alimentação e cuidados básicos com a higiene pessoal. Os educadores ficaram cientes que ao ser identificado qualquer suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor que porventura afete o desempenho cotidiano do escolar há a possibilidade de encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), os serviços especializados em reabilitação.

Observou-se a desmistificação dos preconceitos acerca do TEA, a partir de uma explicação conceitual, na qual foram citados os três sinais característicos e precoces desta patologia, segundo a American Psychiatric Association (2013) que são a dificuldade na comunicação, na interação social e presença de movimentos estereotipados, as docentes compreenderam que nem todo atraso no desenvolvimento neuropsicomotor significará o diagnóstico do TEA e, que desta maneira, as crianças são rotuladas podendo ter seu potencial de aprendizado limitado.

No momento da abordagem desse tema, apresentando seus sinais e esclarecendo as dúvidas, percebe-se que as docentes demonstraram preocupação com alunos que já tem o diagnóstico de TEA confirmado, pois necessitam de atenção especial, que elas não são capazes de oferecer sem a presença de um profissional de apoio, como também relatam a dificuldade na articulação e assistência da Gestão Municipal de Educação com esse público.

Ademais, a capacitação sobre à forma de lidar com as crianças que possuem atrasos/dificuldades no desenvolvimento neuropsicomotor e os estímulos possíveis no ambiente escolar ocorreu com algumas situações hipotéticas do cotidiano. Algumas citadas foram: dificuldade na motricidade fina (escrever, cortar papel, pintar dentro dos limites), na fala (trocas de R por L e F por V), na interação social e na coordenação motora grossa (pular, correr e passar por obstáculos) entre outros.

Foi utilizada a metodologia ativa, na qual as professoras deveriam dizer o que fariam com as determinadas situações que eram exemplificadas. Evidencia-se a vivência por parte das docentes quanto as situações apresentadas, ou seja, era algo comum no ambiente de trabalho, no entanto, a melhor maneira de agir era desconhecida. Elas esclareceram muitas dúvidas, corrigiram formas anteriores de manejo e compartilharam situações procurando resolutividade, enfatizando a importância do momento que era proporcionado, visto que, elas poderiam auxiliar na aprendizagem do aluno e também contribuir com a terapia feita por profissional de saúde, caso o aluno já esteja realizando.

O último momento compreendeu a avaliação das crianças a partir do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II, criado por Frankfurt *et al*. (1992). Esse teste consiste em um rastreio de possível atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a seis anos. Nele, quatro domínios são avaliados: Pessoal social, motor grosseiro, motor fino adaptativo e linguagem. Foram avaliadas 12 crianças que as professoras elegeram necessitar de avaliação por

apresentar dificuldade na aprendizagem, na fala, na interação social, na motricidade fina e entre outras.

Após a avaliação algumas crianças tiveram a confirmação de suspeita de atraso e em outras foi descartado por hora, porém esse teste precisa ser refeito para confirmação e encaminhamento e posterior avaliação específica de profissional de saúde. As professoras frisaram a importância desse tipo de avaliação para possibilitar encaminhamento aos serviços de saúde e acompanhamento com terapia adequada, caso necessário. Uma forma de proporcionar este tipo de ação é através da intersetorialidade entre o setor saúde e educação para assim proporcionar uma aprendizagem e desenvolvimento adequados.

Durante as oficinas percebeu-se que houve uma reflexão compartilhada sobre a abordagem utilizada com as crianças em ambiente escolar, através da troca de saberes e informações foi possível apresentar a importância da detecção precoce de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, visto que, o período no qual as crianças estão na creche e nos centros de educação infantil - primeiros anos de vida - promove uma janela de oportunidades significativas para intervenção precoce, pois trata-se da primeira infância, momento de maior plasticidade e que a criança responderá melhor a estímulo ambiental e intervenção.

DISCUSSÃO

Fisiologicamente, somente o que é intrínseco não é suficiente para a formação do ser humano, sem a participação do meio ambiente. As características, o modo de pensar, agir, sentir e seus valores são dependentes da interação com o meio social vivenciado. Assim, o desenvolvimento da criança será resultado da intervenção de outras pessoas, como os familiares, os profissionais da saúde e da educação (BRASIL, 2012). Neste contexto, segundo Eichmann (2014) e Souza *et al*., (2010) as creches devem ser ambientes para estimular o desenvolvimento físico, a coordenação motora, o desenvolvimento sensorial e linguístico, hábitos de higiene e interação social.

Em consonância com nosso estudo, Van Eyken *et al*., (2015) aplicou questionário sobre o conhecimento das professoras e auxiliares de creche em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor, quase 60% delas já tinham ciência do tema. Foi perceptível, da mesma maneira, no local em que pesquisamos, pois as docentes já conheciam, a partir de suas vivências alguns marcos principais, porém o período em que cada um ocorre foi discutível e isto é importante para que se possa alertar com pertinência.

Possibilitar esse entendimento as docentes do CMEI, favorece o cuidado integral e longitudinal, a criança e suas famílias propiciando a promoção da saúde e prevenção de agravos durante a primeira infância como preconizado pelas diretrizes e princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) (PNAB, 2017). O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura (BRASIL, 2012).

No que se refere a discussão da temática sobre o TEA ou qualquer outra deficiência intelectual que possa acarretar em estigmas, preconceitos e estereotipias quanto ao

comportamento da criança, possibilita-nos ampliar o olhar acerca da doença, enquanto profissionais da saúde e educadores, tendo em vista considerar as potencialidades que emergem no desenvolvimento infantil, modificando atitudes e, mais ainda as práticas pedagógicas e de cuidado.

Para promoção da saúde da criança, é indispensável a compreensão de suas peculiaridades, assim como, condições ambientais favoráveis ao seu desenvolvimento. O entendimento dos cuidadores sobre as características e necessidades próprias da infância, decorrentes do processo de desenvolvimento, favorece o desenvolvimento integral, pois os cuidados diários são os espaços de promoção do Desenvolvimento infantil (MÉLLO et al., 2014).

No momento da abordagem desse tema, apresentando seus sinais e esclarecendo as dúvidas, percebe-se que as docentes demonstraram preocupação com alunos que já tem o diagnóstico de TEA confirmado, pois necessitam de atenção especial, que elas não são capazes de oferecer sem a presença de um profissional de apoio, como também relatam a dificuldade na articulação e apoio da Gestão Municipal com esse público.

Da mesma maneira das atividades desenvolvidas nesse estudo, as professoras de educação infantil de uma cidade do estado de São Paulo que participaram de uma pesquisa feita por Castro e Giffoni (2017) acerca do conhecimento das docentes quanto ao autismo, quase 70% delas afirmou que falta apoio e estrutura adequada para o cuidado com as crianças com necessidades especiais. Diferente do que percebemos com as professoras do CMEI que realizamos a capacitação, nesse mesmo estudo apenas 37,7% das professoras concordaram que tem papel importante no diagnóstico precoce dessa patologia. Este mesmo estudo mostrou que 62% das educadoras afirmam conhecer as características principais do autismo e que não só elas, mas coordenadores e diretores necessitam de apoio pedagógico e de capacitação de profissionais fonoaudiólogos, psicólogos e psicopedagogos para que possam contribuir também no ambiente escolar, pois acreditam que só os encaminhamentos para os centros de saúde não é suficiente.

Outro estudo realizado no interior de São Paulo realizado por Favoretto e Lamônica (2014) sobre o conhecimento e necessidades de professores de educação infantil em relação aos transtornos do espectro autista, mostrou que eles tem interesse e necessidade de informações sobre a temática para que possam contribuir melhor no aprendizado dessas crianças e concluíram que uma das maneiras de difundir o conteúdo é a partir de vídeo aulas se aproveitando das vantagens da teleducação.

No que concerne à avaliação das crianças a partir do Teste de Triagem de Denver II infere-se que as professoras podem contribuir na terapia também as estimulando no ambiente escolar a partir de relatórios advindos do profissional de saúde envolvido. As professoras enfatizam a importância de tal teste para sinalizar os pais de forma oficializada de possíveis atrasos no desenvolvimento. Na dissertação de Gannan (2009) que avaliou 220 crianças e 10 professoras observou que a percepção de suspeita de atraso das professoras foi similar ao achado a partir do teste, logo, percebe-se a importância da valorização do olhar das educadoras.

A intersetorialidade entre o setor saúde e educação se dá através do Programa Saúde na Escola (PSE) que foi criado através de portaria interministerial nº 1.055 do ano de 2017 com o objetivo de promoção e atenção à saúde no âmbito escolar e uma maior integração e articulação destes dois setores (BRASIL, 2017). O PSE possui várias ações a serem executadas durante o ano, entre elas: promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, verificação e atualização de calendário vacinal, promoção da saúde ocular, entre outras, porém a vigilância do desenvolvimento infantil não está inclusa. A inclusão deste tema, pode promover uma melhor parceria entre os profissionais da saúde e da educação no acompanhamento do desenvolvimento e identificação de possíveis desvios de forma precoce.

A vigilância do desenvolvimento infantil compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e detecção de problemas no desenvolvimento, durante a Atenção Primária à Saúde (APS) da criança. Trata-se de um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e familiares (REICHERT; COLLET; EICKMANN, et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, integrado e bastante dinâmico que inclui, além do crescimento, aprendizagem e aspectos psicomotores. Estes estão interligados e possuem relação mútua durante toda a vida da criança, principalmente na primeira infância, momento pelo qual deve ocorrer experiências significativas, de interação, socialização e aprendizagem em todos os contextos que a criança estiver inserida.

No contexto escolar, a estimulação das habilidades psicomotoras tende a estar interligadas as atividades pedagógicas de forma contínua, favorecendo a criança uma rica aprendizagem e potencialidades nos anos pré-escolares que repercutirão na aquisição de capacidades futuras.

As oficinas sobre desenvolvimento infantil realizadas pela residência em parceria com a Equipe de Estratégia Saúde da Família (eSF) destacam o quanto é primordial a interlocução entre a saúde e educação, como elementos indissociáveis, pois é a partir desses encontros que é alcançada o indicador de acompanhamento do desenvolvimento infantil assegurando as crianças e suas famílias a promoção da saúde, proteção e detecção precoce dos agravos. Como também, ofertando aos docentes capacitações que direcionem suas práticas pedagógicas, principalmente com as crianças com necessidades especiais.

Ressalta-se ainda a necessidade de garantia da promoção do desenvolvimento integral à criança durante a primeira infância através de Políticas Públicas articuladas pela Gestão Municipal do setor saúde e educação, que contemplem capacitações aos professores da rede de ensino básico municipal, como ainda a responsabilização das equipes da eSF e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF/AP) quanto ao monitoramento e assistência do desenvolvimento das crianças com encaminhamentos a Rede de Atenção à Saúde as crianças que necessitem de acompanhamento terapêutico em serviços especializados.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Educação. **Plano Municipal de Educação: 2015-2025**. PME / Maceió / SEMED: 2015. 137p. Disponível em: http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/lucasragucci/documento/2015/06/PME-MACEIO-2015-2025-FINAL.pdf. Acesso em 25 jun. 2020.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Revista Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 14, n.3, p. 449-460, 2011.

ALVES, M.D. **As representações sociais dos professores acerca da inclusão de alunos com distúrbios globais do desenvolvimento**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**, 2013. Disponível em: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx. Acesso em: 02 mai. 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS [AAP]. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. **Pediatrics**, v.118, n.1, p.405-420, 2006. Disponível: http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full.pdf+html. Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Lei nº 9394 de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 08 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica nº 33**, Brasília: 2012, p.122. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da criança**. Brasília, DF, p. 41-42, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf. Acesso em: 04 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.055. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Ministério da Saúde. Brasília: 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 01 jul. 2020.

BRITO, C. M.L; VIEIRA, G.O; COSTA, M.C.O; OLIVEIRA, N.F. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1403-1414, 2011.

BRUST, J.; LOPES, M.I. Concepções de professores de uma escola de educação infantil sobre o seu trabalho e a estimulação precoce como recurso em sala de aula. **Revista Destaques Acadêmicos**, v.2, n. 3, 2010 - CCBS/UNIVATES.

CASTRO, A. C.; GIFFONI, S. D. A. O conhecimento de docentes de educação infantil sobre o transtorno do espectro autístico. Revista Psicopedagogia, v. 34, n. 103, p. 98-106, 2017.

DIDONET, V. Creche: a que veio… para onde vai… Em Aberto. Brasília, v. 18, n. 73, p. 3-5, 2001.

EICHMANN, L. M. L. As rotinas na creche: a sua importância no desenvolvimento integral da criança dos 0 aos 3 anos. Relatório Final – Prática de Ensino Supervisionada Mestrado em Educação Pré-Escolar. **Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação de Portalegre**, Porto alegre, 2014.

FAVORETTO, N. C.; LAMÔNICA, D. A. C. Conhecimentos e Necessidades dos Professores em Relação aos Transtornos do Espectro Autístico. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v. 20, n. 1, p. 103-116, 2014.

FRANKFURT, W. K., et al. **Denver II: training manual. Denver Developmental Materials**, Denver, USA, 2 ed., 1992.

GANNAM, S. S. A. **Percepção de pais e professores do desenvolvimento de crianças de três a seis anos comparada com o Teste de Denver II**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2009.

GESELL, A. A criança dos 0 aos 5 anos. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GUERREIRO, T. B. F. Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de Unidades de Educação Infantil do Município de Belém. Belém, Pará. 145 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará, 2013.

GUIMARÃES, F. A. B; DI ASSIS, C; VIEIRA; M. E. B.; FORMIGA, C. K. M. R. Avaliação de material didático elaborado para orientação de cuidadores e professores de creches sobre o desenvolvimento infantil. Journal of Human Growth and Development, v. 25, n. 1, p. 27-40, 2015.

MELLO, D.F., et al. Childs afety from the perspective of essential needs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.4, p.604-610, 2014.

NATIONAL CENTER ON BIRTH DEFECTS AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES – NCBDDD (USA). **Positive Parenting Tips for Healthy Child Development**. 2012. Disponível: http://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/pdfs /Preschoolers3-5.pdf. Acesso em: 01 mai. 2020

NOBRE, F.S.S.; COSTA, C.L.A.; OLIVEIRA, D.L.; CABRAL, D.A.; NOBRE, G.C.; CACOLA, P. Análise das oportunidades para o desenvolvimento motor (affordances) em ambientes domésticos no Ceará – Brasil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.19, n.1, p.9-18, 2009.

REICHERT, A.P.S.; COLLET, N.; EICKMANN, S.H. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.5, p.954-962, 2015.

SANT'ANA, I. M. Educação inclusiva: concepções de professores e diretores. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.2, p. 227-234, 2005.

SANTOS, L.M.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Conhecimento e instrumentalização de professores sobre desenvolvimento de fala: ações de promoção da saúde. **Revista CEFAC**, v.13, n.4, p.645-656, 2011.

SOUZA, C. T.; SANTOS, D. C. C.; TOLOCKA, R. E.; BALTIERI, L.; GIBIM, N. C; HABECHIAN, F. A. P. Avaliação do desempenho motor global e em habilidades motoras axiais e apendiculares de lactentes frequentadores de creche. **Revista Brasileira de Fisioterapia,** São Carlos, v. 14, n. 4, p. 309-315, 2010.

VAN EYKEN, E. B. B. D.; GARCIA, C. S. N. B.; ANTUNES, T. M.; CAVALCANTE, A. B. S.; XARLES, T. M.; RIBEIRO, C. D. M. Conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **Revista HU**, Juiz de Fora, v. 41, n. 1 e 2, p. 23-31, 2015.

VITTA, F.C.F.; DE VITTA, A.; MONTEIRO, A.S.R. Percepção de professores sobre inclusão na educação infantil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.16, n.3, p.415-428, 2010.

WILLRICH A, AZEVEDO C.C.F, FERNANDES J.O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.51-56, 2009.

Capítulo 46

PAPÉIS OCUPACIONAIS DOS PAIS EM TEMPOS DE COVID-19: REFLEXÕES A PARTIR DA PERSPECTIVA DA TERAPIA OCUPACIONAL

OCCUPATIONAL ROLES OF PARENTS IN COVID-19 TIMES: REFLECTIONS FROM THE OCCUPATIONAL THERAPY PERSPECTIVE

José Júnior Bezerra da Silva[1]
José Francisco dos Santos[2]
Nícolas Pereira Paz[3]

RESUMO: O presente trabalho apresenta uma reflexão sobre as possíveis alterações nos papéis ocupacionais de pais e mães durante a atual crise de saúde pública provocada pela pandemia do novo coronavírus. Trata-se de um estudo teórico que seguiu os preceitos da metodologia qualitativa e utilizou referenciais da prática da Terapia Ocupacional. A organização do trabalho foi feita a partir dos eixos: 1. cotidiano, ocupações e Terapia Ocupacional, 2. (Re) pensando a rotina e adaptações a uma nova realidade. A pandemia causada pela COVID-19 impôs o exercício de (re) pensarmos novas rotinas, novos hábitos e um olhar mais atento e ampliado para o cotidiano.
Palavras-chave: Coronavírus; Terapia Ocupacional; Desempenho Ocupacional; Pandemia.

ABSTRACT: This paper presents a reflection on the possible changes in the occupational roles of fathers and mothers during the current public health crisis caused by the pandemic of the new coronavirus. It is a theoretical essay that followed the precepts of qualitative methodology and used references from the practice of Occupational Therapy. The organization of work was made from the axes: 1. daily life, occupations and Occupational Therapy, 2. (Re) thinking about the routine and adaptations to a new reality. The pandemic caused by COVID-19 imposed the exercise of (re) thinking new routines, new habits and a more attentive and expanded look at daily life.
Keywords: Coronavirus; Occupational therapy; Occupational Performance; Pandemic.

1. Introdução

A crise sanitária causada pela Pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), apresenta um desafio emergencial de pensar ferramentas que possibilitem a retomada econômica e sociais da população. Diante desse novo contexto, torna-se imprescindível traçar estratégias para conviver com qualidade durante essa crise de saúde pública, muitas vezes, pensar na possibilidade novos hábitos diários que impactem positivamente na vida cotidiana.

Para Morison e Silva (2020), esse novo panorama de saúde repercute de forma significativa em nossa vida, nos nossos pensamentos, influenciado diretamente nas práticas direcionadas à sobrevivência. Inclusive até as práticas profissionais podem se tornar desafiadoras, compreendendo que há um grande número de informações sendo produzidas e difundidas, podendo muitas vezes serem confusas. Para os autores supracitados, essa crise leva a uma nova demanda, para todas as áreas do conhecimento, em especial para área da saúde.

[1] Terapeuta Ocupacional, Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal). E-mail: josejuniorto@outlook.com
[2] Terapeuta Ocupacional, Pós-graduando em Educação Transformadora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) E-mail: franciscolourdessantos@gmail.com
[3] Terapeuta Ocupacional, Residente em Saúde da Criança pelo Programa de residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) E-mail: nicolasppaz@gmail.com

As diversas mudanças na rotina da sociedade, como adaptar-se a novas formas de trabalho, a exemplo do trabalho em domicílio, que popularizou o uso da expressão *Home Office,* as pessoas tiveram que levar o trabalho para casa em tempo integral.

Vale ressaltar, que outras pessoas também enfrentam situações estressantes trazidas pela pandemia, como aquelas que tiveram seus vínculos empregatícios rompidos, outras porque escolas, espaços de convivência e lazer foram fechados, o que obrigou as crianças a permanecerem em casa, bem como aquelas que permanecem trabalhando, como os profissionais da saúde e de outros serviços essenciais.

Bregalda e colaboradores (2020) apontam significativas mudanças abruptas no cotidiano trazidas pela pandemia da COVID-19, assim como na sociabilidade e nos projetos de vida daqueles que têm condições de se manter em isolamento social e dos que precisam continuar circulando. Nesse sentido, acreditam que a Terapia Ocupacional tem muito a colaborar nesse momento de crise, reunindo estratégias individuais e coletivas de enfrentamento, que produzam atividades/ ocupações e modos de vida compatíveis com as novas condições apresentadas.

Dentro desse contexto, neste trabalho destacamos as possíveis alterações nos papéis ocupacionais de pais e mães durante a pandemia do novo coronavírus, partindo do pressuposto de que houveram rupturas significativas em suas rotinas.

Para a privação de atividades restritas ao lar, denominaremos de privação ocupacional, desse modo, partimos da compreensão de Morison e Silva (2020) que as modificações relacionadas a ocupações, atividades e cotidiano, passam a ser um aspecto central no desempenho da Terapia Ocupacional, que poderá intervir junto a essas pessoas.

Pensar, ou repensar a prática da Terapia Ocupacional nesse momento, torna-se imprescindível, e a partir das tecnologias existentes buscar um meio para adaptação de novas rotinas. Diante disto, este estudo objetiva refletir sobre os papéis ocupacionais dos pais em tempos de pandemia a partir da perspectiva da Terapia Ocupacional.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo teórico que seguiu os preceitos da metodologia qualitativa utilizando referenciais da prática da Terapia Ocupacional. Esse tipo de estudo parte da compreensão de fenômenos como, significados, aspirações, crenças, valores, atitudes, entre outros elementos, compreendidos como parte da realidade social (MINAYO, 2011).

Este trabalho surge a partir de algumas inquietações frente às discussões presentes em publicações midiáticas e produções acadêmicas referentes a questões relativas às mudança de rotina das famílias em meio ao contexto da pandemia do novo Coronavírus. Assim como Barbano (2020), tomamos os papéis ocupacionais como componentes essenciais do nosso ensaio, pois eles se relacionam com elementos estruturantes e singulares da vida humana.

As discussões foram organizadas em dois eixos:1. cotidiano, ocupações e Terapia Ocupacional, 2. (Re) pensando a rotina e adaptações a uma nova realidade.

3. Resultados e Discussão

3.1 Cotidiano, ocupações e Terapia Ocupacional

O cotidiano humano é centro de atenção e gestão direta e indireta do Estado e do capitalismo – através de regulamentações e leis, da fiscalização, justiça, orientação da mídia, entre outros –, há bastante tempo. Vista sob esse ângulo, a vida cotidiana é em si um espaço modelado nas relações entre proletariado e burguesia, não podendo essa ser discutida sem prescindir a discussão de classes sociais, da relação de compra e venda da força de trabalho e da complexidade da totalidade que envolve a realidade social nos moldes burgueses (ROCHA, 2012).

Na literatura, a vida cotidiana passou a ser foco de reflexão, estudos e pesquisas nas últimas décadas dentro das profissões assistenciais sendo os autores sociais, enquanto indivíduos e comunidade, os principais construtores da subjetividade dessa vida cotidiana. A incorporação do conceito na Terapia Ocupacional brasileira se deu baseada em diferentes perspectivas teóricas, sobretudo a partir do marxismo, recorrendo-se às formulações de teóricos do campo da filosofia, notadamente Lukács, Heller, Lefebvre e Certeau, com a pretensão de substituir os conceitos de atividades de vida diária e atividades de vida prática – signos trabalhados na perspectiva positivista que não incorporam a diversidade cultural e social em sua concepção (DRUMOND, 2007; GALHEIGO, 2003).

Portanto, a heterogeneidade e a hierarquização das ações e relações na vida cotidiana se alteram em função dos valores, das particularidades e interesses individuais e coletivos, das relações políticas, econômicas e culturais. Deste modo, o ambiente imposto ao homem pelo cotidiano o conduz à aprendizagem de atividades para sua sobrevivência e manutenção social próprias a este espaço, ou seja, varia conforme a classe social, os laços culturais, o gênero e a idade.

Nessa perspectiva, cabe definirmos o que seriam uma ocupação humana. De acordo com Dickie (2011) atividades como cozinhar, lavar as mãos, arremessar um disco, caminhar por uma rua, contar uma história, dentre diversas outras, são todas ocupações que as pessoas realizam sem sequer percebê-las como tal, tornando-se parte do contexto da vida diária. Compreendemo-nos assim como seres ocupacionais, pois as ocupações são comuns no nosso dia a dia, e tendem a serem especiais quando acontecem de modo infrequente ou quando carregam significados simbólicos.

Ocupação e atividade são termos fundamentais para entender a Terapia Ocupacional. Tais conceitos possuem a habilidade de se ressignificar de acordo com a cultura local e período histórico. Com base nisso há uma diversidade de tais conceitos, bem como também de sua utilização a nível acadêmico (SALLES E MATSUKURA, 2016).

Segundo Pierce (2003), o conceito de ocupação e atividade estão conectados desde o princípio da profissão. Ivarsson e Müllersdorf (2008) apontam que descobrir a relação existente entre saúde e ocupação humana é um dos principais objetivos da pesquisa em Terapia Ocupacional. Os mesmos autores também relataram que nem sempre há uma consistência no uso dos termos de ocupação e atividade por parte dos profissionais. Em outras palavras, “na

Terapia Ocupacional, ocupações se referem às atividades diárias que as pessoas realizam como indivíduos, em famílias e com suas comunidades para ocupar o seu tempo, trazendo significado e propósito para a vida" (WFO, 2020, p. 273).

A partir disso, os terapeutas ocupacionais baseiam seu trabalho na plena compreensão da ocupação e de seu papel na esfera biopsicossociocultural, para além de uma simples definição, sendo necessário examinar o que os seres humanos fazem com seu tempo, como executam e organizam atividades e quais seus objetivos e seus significados para o indivíduo e para sociedade (DICKIE, 2011).

À vista disso, a pandemia da COVID-19 impôs um ambiente repleto de mudanças radicais no cotidiano, na sociabilidade e nos projetos de vida de pessoas, grupos e populações, desde aqueles que gozam do privilégio de se manter em isolamento social, à população que precisa continuar circulando para garantir seu sustento (BREGALDA; CORREIA; AMADO; ORUMA, 2020).

Nesse contexto, torna-se necessário, ao fazer o recorte do enfrentamento a pandemia em solo brasileiro, compreender as especificidades dos diferentes grupos populacionais que o compõem. É ressaltar, por exemplo, a existência de milhares de pessoas que assumem papéis ocupacionais relacionados ao cuidado de crianças conjuntamente ao papel ocupacional de trabalhador formal e/ou informal.

Heller (2016), em seu estudo acerca do cotidiano, caracteriza-o não apenas como heterogêneo, mas igualmente hierárquico – atributo fundamental para organicidade dessa cotidianidade. Assim, o trabalho assumiu por muito tempo o lugar dominante na vida cotidiana do homem e, mediante a mundialização do capital e a fragmentação de classe, deve-se manter predominante frente às demais atividades realizadas cotidianamente.

No entanto, em conjunto com o trabalho, a esfera familiar ocupa cada vez mais um lugar de realização humana, sendo desejada como fonte de sucesso pessoal e social (SOUZA; MOREIRA, 2012). Diante disso, as mudanças contemporâneas das dinâmicas familiares – redução do número de filhos, mobilidade conjugal, inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento das famílias monoparentais, entre outros – afetam diretamente o desempenho do ser pai/cuidador enquanto papel ocupacional.

Perante a esse contexto, reflete-se ainda sobre a vida familiar a emergência de novas tecnologias que permitem ao trabalhador o máximo de trabalho em um mínimo de tempo. O prolongamento de turnos, trabalhos de fim de semana, exercício laboral em períodos previamente considerados como tempo privado e os vínculos laborais precários, são fatores que contribuem para uma maior complexidade da integração do tempo entre a vida familiar e profissional (SILVA, 2007).

Contudo, somado às dificuldades para integração trabalho-família supracitados, a pandemia do COVID-19 impôs à dinâmica familiar a presença contínua do trabalho em casa, bem como a assiduidade constante da figura materna/paterna/cuidador no domicílio – seja por consequência do *home office* ou pelo desemprego em massa de algumas categorias profissionais.

Dessa forma, podemos correlacionar as ações prioritárias em Terapia Ocupacional, ou seja, os cotidianos, as atividades, os fazeres ou as ocupações dos sujeitos, com as repercussões da COVID-19 nos diferentes modos de viver da população, em especial na vida de pais e cuidadores de crianças, que têm em comum a necessidade de distanciamento social imposto pela transmissão acelerada do vírus e pelas debilidades socioeconômicas impostas pela pandemia.

3. 2 (Re) pensando a rotina e adaptações a uma nova realidade

O cotidiano é marcado por uma série de ocupações/atividades que compõem o repertório de fazeres pessoal das pessoas. As ações padronizadas de comportamento que são observáveis, regulares e repetitivas e que fornecem a estrutura para a vida cotidiana são compreendidas como rotina (AOTA, 2015).

A rotina nos traz segurança e a sensação de um certo controle sobre a nossa vida (SILVA, M; SILVA, P; RABELO; VINHAS, 2020). Ela pode ser gratificante, facilitadora ou prejudicial, o que significa que ela impacta diretamente na qualidade de vida e bem-estar das pessoas (AOTA, 2015).

Com a pandemia pelo novo coronavírus, as mudanças trazidas pelas medidas de distanciamento social, isolamento e quarentena (BROOKS et al, 2020), as ocupações do dia-a-dia podem apresentar formas, propósitos e significados diferentes do habitual (CORRÊA; NASCIMENTO; OMURA, 2020), o que na prática acaba exigindo uma nova maneira de organizar e reestruturar os padrões regulares de fazeres ocupacionais.

Estamos vivendo uma experiência de distanciamento social, embora temporária, tem provocado alterações nas ocupações que necessitamos, gostamos e/ou escolhemos fazer diariamente (CORRÊA; NASCIMENTO; OMURA, 2020). Atividades fundamentais para organização da vida cotidiana, tais como: produtividade, autocuidado, lazer, ambiente, mobilidade e o exercício pessoal de diferentes papéis têm sido drasticamente afetadas (Occupational Therapy Australia, 2020).

Diante disso, novas maneiras de organização e gerenciamento da vida diária, restritas ao espaço domiciliar, têm se apresentado na sociedade como alternativas de adaptação a essa nova realidade, evidenciando o esforço de algumas famílias que em meio às mudanças trazidas pela privação ocupacional buscam formas de minimizar os impactos provocados pela mesma.

Da Silva, Mariotti e Bridi (2020), destacam algumas das dimensões do fazer que têm sido alvo de adaptações:

- Produtividade: entendida como tudo aquilo que fazemos que demanda energia, como trabalho, aprender, cuidados com a família e a comunidade;
- Estudos: caracterizado pelos ajustes ao aprendizado on-line e acompanhamento de atividades e auxílio às crianças;
- Trabalho: para aqueles que trabalham em escritórios, uso de plataformas e espaços virtuais de reunião on-line, bem como modificações de ambiente de trabalho e mobiliário;

- Autocuidado: manutenção dos cuidados essenciais de limpeza com o corpo e manutenção da casa, uso de serviços de atendimento on-line, divisão das atividades domiciliares, procura por aprendizado de novas habilidades, manter-se fisicamente ativo e controlar o sono;
- Lazer: acesso a canais, filmes e conteúdos diversificados na internet e televisão, leitura de livros e revistas, uso das redes sociais e aplicativos como *Skype, Whatsapp* e *Hangouts* para a comunicação com amigos e familiares.

Corrêa, Nascimento e Omura (2020), observam que não são todas as pessoas que possuem as mesmas possibilidades de mobilização de recursos para enfrentar essas mudanças e destacam que quanto mais privilegiada a camada social, melhor equipada esta se encontra para enfrentar esses desafios.

Outro aspecto fundamental que também assume novos contornos e ressignificações em meio a este contexto de distanciamento e isolamento social são os papéis ocupacionais, compreendidos como a realização de atividades que contribuem para a identidade pessoal, pela maneira como as pessoas organizam o uso do tempo e como se relacionam com as pessoas ao seu redor. Os papéis ocupacionais podem ser diversificados na vida dos sujeitos, tais como: trabalhadora(o), voluntária(o), membro de uma associação, pai, mãe, irmão(ã), amigo(a) dentre outros (DA SILVA; MARIOTTI; BRIDI, 2020).

Os papéis ocupacionais são uma representação social da pessoa no meio no qual ela está inserida e também se caracteriza pela forma como os membros de uma sociedade são referidos, sendo os papéis ocupacionais um aspecto identitário da vida das pessoas (BARBANO; CRUZ, 2015). De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015, p. 28), um papel ocupacional diz respeito ao "conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e pelo contexto, que podem ser ainda mais conceituados e definidos pelo cliente".

Esses papéis podem sofrer mudanças importantes, visto que diante de uma situação marcada pela privação, reclusão, sofrimento, fardo e angústia, aqueles que podem cumprir as medidas de distanciamento e isolamento social acabam assumindo a pesada necessidade de conciliar os afazeres domésticos, atividades de trabalho e os cuidados com os filhos (BREGALDA; CORREIA; AMADO; OMURA, 2020).

Neste contexto, os pais acabam sendo sobrecarregados com multitarefas e passam a assumir papéis que habitualmente não estão no seu repertório pessoal de ocupações. O trabalho ganha uma dimensão sem precedentes, visto que associado ao trabalho formal, o planejamento, a administração e execução geral das atividades domésticas passam a ser tarefas protagonizadas integralmente pelos pais.

Sousa (2020), destaca que terapeutas ocupacionais estejam atentos e sensíveis às ocupações das famílias, em especial, daquelas que estão diretamente mais envolvidas nos cuidados de seus filhos. É válido lembrar também, que o papel de estimular, cuidar, acompanhar todas as fases do desenvolvimento das crianças são dos pais, mas há de se reconhecer que esse

novo contexto traz mudanças significativas, devendo estarem preparados para essa nova realidade, atentos ao cotidiano e a hábitos saudáveis, compreendendo que esse bem estar afeta também as pessoas que os rodeiam.

As orientações sobre a importância dos cuidados com a rotina das crianças devem ser devidamente esclarecidos para os pais, contemplando as diferentes ocupações próprias para a faixa etária da criança e principalmente aquelas ligadas ao brincar livre, sono e descanso (SILVA, M; SILVA, P; RABELO; VINHAS, 2020).

Segundo o Fundo Das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF), os pais e cuidadores acabam também assumindo a função de repassar as informações referentes ao atual cenário pandêmico de maneira honesta e cuidadosa aos filhos, sempre levando em consideração a seriedade do momento, e destaca, ainda, algumas atitudes que os pais devem tomar diante dos sentimentos de incerteza e ansiedade:

1) buscar acalmar-se e manter a proatividade diante das situações de fragilidade, procurar estabelecer a compreensão empática e valorizar atitudes que evidenciam o respeito ao afastamento social como estratégia de proteger outras pessoas; 2) manter uma rotina equilibrada, com tempo definido e flexível no ambiente doméstico, bem como variar atividades significativas; 3) construir um espaço de acolhimento e expressão das emoções que os filhos venham a sentir; 4) acompanhar os filhos no uso das redes sociais, as informações que eles estão tendo acesso, a fim de combater desinformações e disseminação de fake news, sempre estimular a procura por fontes confiáveis; 5) criar atividades que são bem-vindas, estimulando equilíbrio no uso do tempo em casa; 6) estar atento ao próprio comportamento, sabendo que os pais também estão sujeitos a experimentar sentimentos de tristeza, ansiedade, o que pode acabar influenciando negativamente na condição emocional dos filhos (UNICEF, 2020).

Corrêa, Nascimento e Omura (2020), apontam a relevancia do terapeuta ocupacional em lidar com as demandas ocupacionais e poder auxiliar pessoas a avaliar as suas ocupações neste contexto de isolamento social. Os autores propõem alguns questionamento sobre aspectos da vida ocupacional que podem ajudar na formulação de estratégias de enfrentamento da atual situação, como:

- Qual(ais) era(m) sua(s) ocupação(ões) antes do isolamento social?
- Como se apresentam as ocupações a partir desta necessidade de isolamento social? Ocorreram mudanças importantes?
- Considerando as ocupações possíveis neste momento, o que a pessoa pensa e sente?
- Quais os propósitos e os significados ocupacionais?

Além disto, este momento de privação ocupacional pode ser encarado também como uma boa oportunidade para viver melhor alguns de nossos papéis ocupacionais com filhos, familiares, vizinhos, ou buscar conhecer melhor pessoas que estão mais próximas na nossa rotina (DA SILVA; MARIOTTI; BRIDI, 2020),

Também é o momento de olhar para o cuidador da criança, de buscar possibilidades para o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento dos vínculos familiares e promover a saúde mental do responsável, para que se possa produzir um cuidado integral para a criança e seu núcleo familiar (SILVA, M; SILVA, P; RABELO; VINHAS, 2020).

Diante disto, é preciso compreender que não existem fórmulas ou receitas aplicáveis a todas as situações individuais para enfrentar os danos que a pandemia do novo Coronavírus trouxe para a dimensão pessoal da vida das pessoas em sua relação com as atividades de vida cotidiana, mas como destaca Silva (2020), pensar formas de ocupar o tempo-espaço frente à Pandemia do COVID-19 é um verdadeiro desafio diário, experimentado na trama do próprio viver e que errar e/ou acertar são consequências naturais da tentativa.

Por tanto, em tempos de privação ocupacional, torna-se necessário uma postura compreensiva, um olhar sensível, atento e cuidadoso para as rotinas, ocupações e o cotidiano das pessoas, compreendendo-os como uma complexa rede de significados, que embora restrita às configurações do novo cenário, são essenciais para o bem estar e a qualidade de vida.

Conclusão

A pandemia causada pelo COVID-19 impôs o exercício de (re) pensarmos novas rotinas, novos hábitos e um olhar mais atento e ampliado para o cotidiano. Compreendemos que a privação ocupacional trazida pela crise de saúde pública trouxe o desafio de pensarmos alternativas de adaptação para a vida cotidiana, mas também fez surgir um espaço potencial para o fortalecimento dos vínculos familiares no âmbito domiciliar, bem como a possibilidade de revigoramento das ocupações através de rotinas pensadas e estruturadas, que quando construídas a partir da compreensão dos aspectos singulares de cada família em seus diferentes contextos, trazem qualidade de vida e bem estar.

Por fim, acreditamos que a Terapia Ocupacional, dentro dos limites colocados pela pandemia, tem importantes contribuições para este momento de crise, por meio de diferentes tecnologias de cuidado, orientadas para o autonomia e a participação ativa nos contextos de vida diária, propondo (re)ajustes e organização de rotinas, traçando estratégias de engajamento ocupacional e orientando as pessoas na perspectiva de minimizar os impactos e compensar as rupturas trazidos pela pandemia do novo Coronavírus.

Referências

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, A. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 26, n. esp, p. 1-49, 24 abr. 2015.

BARBANO, Leticia Maria et al. Mães trabalhadoras: um estudo quanti-qualitativo sobre uso do tempo em papéis ocupacionais, poder aquisitivo e satisfação com a vida. Disponível em <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/12441> Acesso em 28 de jun. de 2020. 2020.

BREGALDA, M. M. CORREIA, R.L. AMADO, C.F. OMURA, K,M.; Ações da terapia ocupacional frente ao coronavírus: reflexões sobre o que a terapia ocupacional não deve fazer em tempos de pandemia. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. suplemento, 2020. v.4(3): 269-271.

BROOKS, S. K. WEBSTER, R. K. SMITH, L. E., Woodland, L., Wessely,

S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet,

395(102227), 912-920.

CORRÊA, V. A. C. NASCIMENTO, C. A. V. OMURA, K. M. Isolamento social e ocupações. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup*. Rio de Janeiro. 2020. suplemento, v.4(3): 351-369.

DA SILVA, T. R. MARIOTTI, M. C. BRIDI A. Aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao Covid-19: orientações práticas para rotinas

saudáveis. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. suplemento,

2020. v.4(3): 519-528.

DICKIE, V. *O que é Ocupação?* In: Willard & Spackman; [editado por] Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn, Barbara A. Boyt Schell; [revisão técnica Eliane Ferreira ; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo... et al.]. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

DRUMMOND, A. F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). *Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 10-17.

GALHEIGO, S. M. O Cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

HELLER, A. O cotidiano e a história. São Paulo/Rio de Janeiro: *Paz e Terra*, 2016.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: Deslandes, Suely Ferreira Pesquisa social : teoria, método e criatividade / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). - Petrópolis, RJ : Vozes, 2011.

MORRISON, R. SILVA, C. R.; Terapia ocupacional en tiempos de pandemia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional,* v. 20, n. 1, p. 7-12, 2020. OCCUPATIONAL THERAPY AUSTRALIA – OTA.(2020). Normal life has been

disrupted: managing the disruption caused by COVID-19. Fitzroy: OTA. Recuperado

em 24 de abril de 2020.

PIERCE, D. Desembaraçando ocupação e atividade*. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 8, n. 11, p. 13-26, 2003.

ROCHA, I. L. Reflexões sobre diferentes concepções de vida cotidiana no interior do marxismo. *Dissertação de Mestrado em Serviço Social*. Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2012.

SALLES, M. M. MATSUKURA, T. S.; O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura/The use of occupation and activity concepts in: Occupational Therapy: a systematic literature review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 24, n. 4, 2016.

SILVA, M. R. SILVA, P. C. RABELO, H. D. VINHAS, B. C. V.; A Terapia Ocupacional pediátrica brasileira diante da pandemia da COVID-19: reformulando a prática profissional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2020. v.4(3): 422-437

SILVA, M.; Vida profissional e familiar: padrões de conflito e facilitação na gestão de múltiplos papéis. *Dissertação de Mestrado.* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, 2007.

SOUZA, V. R. B.; A atuação do terapeuta ocupacional com base na Teoria da Integração Sensorial na assistência de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) durante a pandemia da Covid-19. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2020. suplemento, v.4(3): 371-379.

SOUZA, C. B. S.; MOREIRA, L. V. C. *Família e trabalho: o (des)compasso entre convivência conjugal, cuidados com os filhos pequenos e atividades profissionais.* In: Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, 2012, Niterói, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.aninter.com.br/ANAIS%20I%20CONITER/GT17%20Estudos%20de%20fam%A1lia%2

0e%20gera%87%E4es/FAM%D6LIA%20E%20TRABALHO%20-%20Trabalho%20completo.pdf>. Acesso em 29 de jul. 2020.

UNICEF. 6 Ways parents can support their kids through the coronavirus disease (COVID-19) outbreak.2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/coronavirus/6-ways-parents-can-support-their-kids-through-coronavirus-covid-19>. Acesso em 30 de Jul. 2020.

VARSSON, A.; MÜLLERSDORF, M. An Integrative review combined with a semantic review to explore the meaning of Swedish terms compatible with occupation, activity, doing and task. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Stockholm, v. 15, n. 1, p. 52-63, 2008.

WFOT - World Federation of Occupational Therapists. Posicionamento público: resposta da Terapia Ocupacional à pandemia do Covid-19.Traduação: Omura KM. Rev. *Interinst. Bras. Ter. Ocup*. Rio de Janeiro. 2020. suplemento. v.4(3): 272-274.

Capítulo 47

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS FRENTE ÀS PRÁTICAS DE PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO INTERIOR DO RN

PERCEPTION OF PREGNANT WOMEN IN FRONT OF NORMAL CHILD PRACTICES IN A PUBLIC MATERNITY IN THE INTERIOR OF RN

Brunno Alves de Lucena[1]
Cristiane Spadacio[2]

RESUMO: Objetivou-se com esse estudo analisar a percepção das puérperas acerca da assistência ao parto normal em uma maternidade pública no interior do Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 20 parturientes. Os resultados revelaram que as parturientes apresentaram percepções favoráveis e desfavoráveis em relação parto normal, a saber: as atitudes dos profissionais de saúde, o estímulo da autonomia da parturiente, e uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. Já a percepção desfavorável foi tipificada pelo forte predomínio forte predomínio do modelo de atenção ao parto centrado na figura do médico e imposição de condutas e ações mecanizadas. Espera-se com este estudo contribuir para uma reflexão acerca do modelo assistencial a mulheres, além de fortalecer as Políticas Públicas de assistência à saúde da mulher.
Palavras-chave: Parto Normal. Parto Humanizado. Parto.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the perception of puerperal women regarding assistance to normal childbirth in a public maternity hospital in the interior of Rio Grande do Norte. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, conducted with 20 parturients. The results revealed that the parturients had favorable and unfavorable perceptions regarding normal childbirth, namely: the attitudes of health professionals, the encouragement of the parturient's autonomy, and the use of non-pharmacological methods of pain relief. The unfavorable perception, on the other hand, was typified by the strong predominance of the model of attention to childbirth centered on the figure of the doctor and the imposition of mechanized behaviors and actions. This study is expected to contribute to a reflection on the model of assistance to women, in addition to strengthening Public Policies for assistance to women's health.
Keywords: Natural Childbirth. Humanizing Delivery. Parturition.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto se evidenciam como eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do status de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES, SANTOS & LEAL, 2004) marcado por complexas transformações fisiológicas, psicológica e interpessoais que requer adaptações durante e após seu percurso, tornando assim, o ciclo gravídico-puerperal um processo individual que exige cuidados especiais.

A parturição é historicamente um evento natural, de caráter pessoal e compartilhado com outras mulheres e seus familiares, essas mulheres são conhecidas como parteiras ou comadres, consideradas pessoas de confiança das gestantes ou de experiência conhecida na comunidade e que exercem a atividade de partejar. (Souza, Aguiar, e Silva, 2015).

[1] Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN E-mail: brunno.psic@gmail.com
[2] Pós-doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública -USP. E-mail: cris.spadacio@gmail.com

No interior do Rio Grande do Norte, a parturição não fugiu à essa regra, e era realizado em domicílio pelas parteiras, que eram mulheres que pertenciam à mesma comunidade das parturientes que demandavam assistência. Na atividade das parteiras, não havia retribuição pecuniária, por isso a maioria das parteiras exerciam atividades agrícolas, pesqueiras ou de artesanato, com exceção das que se profissionalizaram no exercício de cuidar.

A incorporação da prática obstétrica pelos médicos, que teve início nos séculos XVII e XVIII, na Europa, foi afastando, aos poucos, as parteiras do cenário do nascimento (Wolff & Waldow, 2008). Neste contexto, o suporte fornecido pelas parteiras e familiares, no intuito de promover apoio emocional, foi considerado pelos médicos obstetras como desnecessário e, portanto, foram excluídas.

As parturientes, por sua vez, ao adentrarem no ambiente hospitalar foram submetidas a um conjunto de intervenções invasivas, e permaneceram isoladas em salas de pré - parto ou parto, tendo em volta equipamentos técnicos e pessoas desconhecidas (Santos; Tambellini; Oliveira,2011).

Essa série de transformações contribuiu para a transição do parto de um evento familiar para rotina hospitalar. Os médicos e seus instrumentos entraram em cena e a comunidade de mulheres que, tradicionalmente, desenvolviam a arte de partejar foram marginalizadas, tornando o parto um ato privativo dos médicos, justificado pelos grandes avanços e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, que surgiu com o advento do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, e que culminou significativamente para a diminuição da mortalidade materna e infantil (Moraes, Godoi & Fonseca, 2006).

Assim, por um lado a institucionalização do parto significou um grande avanço no que se refere à saúde da mulher, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por outro deixou as mulheres submissas e vulneráveis ao modelo biomédico, expondo as parturientes a procedimentos intervencionistas, invasivos e, muitas vezes, desnecessários, que diminuem sua autonomia e participação no processo (Schmalfuss, Oliveira, Bonilha & Pedro,2010).

A implementação deste modelo tornou a assistência ao parto pouco humanizada e a mulher perdeu o direito de decidir sobre o seu próprio corpo, condições que suscitam questionamentos acerca da qualidade da assistência prestada (Souza; Gaíva; Modes, 2011).

O conceito de humanização vem sendo utilizado há vários anos, em especial na área da saúde, quando se fala em humanização da atenção e assistência. O conceito de humanização da assistência inclui vários aspectos, alguns estão relacionados a mudança da atitude, filosofia de vida e percepção de si e do outro como ser humano. Quanto à informação, a sensibilidade, a decisão e a responsabilidade devem ser compartilhadas entre mãe-mulher, família e profissionais de saúde (Viana; Ferreira; Mesquita, 2014).

O parto humanizado consiste em um conjunto de condutas e procedimentos que promovem a gestação, o parto e o nascimento saudável, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê, fortalecendo a autonomia da mulher

de forma digna e libertaria, acerca do processo envolvido no pré-natal, parto e puerpério, cabendo à mesma a escolha onde, como e com quem parir (Viana; Ferreira; Mesquita, 2014).

No Brasil, um grande passo pela efetivação da humanização do parto foi dado com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde (Griboski & Guilhem, 2006).

O PHPN tem como foco principal o resgate da dignidade durante o processo parturitivo, bem como a transformação da assistência durante a gestação, parto e puerpério, priorizando o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas desnecessárias, tornando assim, o momento do parto um processo mais ativo por parte da mulher (Griboski & Guilhem, 2006).

Em março de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, constituída por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê.

A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS. (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar dos incentivos às transformações nas práticas de assistência ao parto, a partir de leis e portarias, que visam à qualificação e humanização da assistência obstétrica, que são preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e a Rede Cegonha, observa-se que no Rio Grande do Norte há baixa eficácia, uma vez que os índices de parto normal vêm diminuindo progressivamente no estado, apesar do acesso expandido ao pré-natal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma variação para a taxa de cesariana entre 10 e 15%. Contrariamente, no RN, esta taxa elevou-se de 51,17% em 2010 para 59,35% em 2015 (Rio Grande do Norte, 2016).

Ao ver o parto como um evento em que a mulher experencia diferentes emoções, dentre elas a ansiedade, o medo, a insegurança, a dúvida, que resultam em comportamentos que bloqueiam a sua adaptação ao ambiente hospitalar, a PHPN e a Rede Cegonha contribui a partir da colaboração direta apontando estratégias humanizadas para a superação destas dificuldades, viabilizando a autonomia e o encorajamento a fim de tornar as parturientes mais ativas nas decisões do parto.

Desse modo, a efetiva implantação do modelo de humanização da assistência ao parto e nascimento associa-se diretamente à necessidade de mudanças paradigmáticas que rompam com o modelo tecnocrático vigente (Malheiros et al., 2012). Como resultado, tem-se a possibilidade de destituir da mulher o caráter de objeto do processo parturitivo, devolvendo-lhe o legítimo papel de protagonista, e tornando-a capaz de decidir sobre aspectos inerentes ao seu corpo.

Objetivou-se com este estudo, analisar a percepção das puérperas acerca da assistência ao parto normal em uma maternidade pública no interior do Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, uma vez que são “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais” tomadas como construções humanas (Minayo, 2010).

Este estudo foi desenvolvido com puérperas, admitidas no serviço Materno-infantil de um hospital público, no interior do Rio Grande do Norte. Foram admitidas puérperas que possuíam idade superior a 18 anos, e terem vivenciado o parto normal (parto vaginal). Foram excluídos puérperas, que vivenciaram o parto do tipo cesárea.

Ao realizar a entrevista com 20 participantes, observou-se a incipiência dos dados e optou-se pelo critério de saturação teórica para definição do número final dos entrevistados. Desta forma, o número de participantes obedeceu ao critério de saturação teórica, como descritos por Denzin e Lincoln (1994) apud Fontanella, Ricas e Turato (2008), suspende-se a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na percepção do pesquisador, uma certa redundância ou repetição.

Dessa forma, no decorrer do trabalho de campo, com a análise constante dos dados empíricos em 20 (vinte) entrevistas, entendeu-se que era possível elucidar nos elementos de aproximação suficientes para compreensão do objeto de pesquisa de acordo com o critério de saturação teórica.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada que para Gil (2010), consiste em uma técnica de pesquisa que visa obter informações de interesse a uma investigação, onde o pesquisador formula perguntas orientadas, com um objetivo definido, frente a frente com o respondente e dentro de uma interação social. Cada entrevista durou aproximadamente 10 minutos, onde a fala foi gravada em um aparelho gravador mp3 mediante termo de autorização.

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra, os nomes dos entrevistados e mencionados por eles foram trocados por nomes fictícios, para garantir o anonimato e foi feita a conferência de fidedignidade da transcrição com as falas originais que se constitui em uma pré-análise do material.

A análise das entrevistas foi realizada por meio da análise de conteúdo descrita por Bardin (2011), que incorpora um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por meio de procedimentos temáticos e objetivos para descrever o conteúdo das falas e obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas.

O percurso analítico-interpretativo desdobrou-se nas etapas de pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus - leitura compreensiva - e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2010).

Conforme Minayo, Assis e Souza (2015) o processo de interpretação deu-se pela leitura compreensiva do material visando impregnação e construção das categorias empíricas que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relaciona entre si,

agrupadas em núcleos de sentido que são uma classificação dessas categorias, em um agrupamento de elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito, procurando estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos.

A eleição das categorias analíticas ou estruturas de análise foram realizadas por meio da ancoragem da leitura e o substrato, extraído dos dados empíricos, produziu compreensão ao significado atribuído as contradições, diversidades e tensões que foram norteados pelo referencial teórico.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN), o qual avaliou e emitiu parecer APROVADO em 16 de setembro de 2019 sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 18049819.5.0000.5568 e número do parecer 3.577 conforme os preceitos éticos apresentados na Resolução 466/12 do 17 CNS/CONEP, observadas as regulamentações da Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018 do CNS, a qual visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de pesquisa que envolve seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise do conteúdo das entrevistas permitiu identificar dois núcleos de sentido: (1) O modo humanizado de parir e suas implicações durante o trabalho de parto, parto e puerpério, (2) Acolhimento, a privacidade, as tecnologias de alívio da dor e ao respeito para com a autonomia das puérperas. A seguir, são descritos cada um dos núcleos encontradas. Para ilustrá-las, foram destacados trechos dos relatos das entrevistadas.

1. O modo humanizado de parir e suas implicações durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Este núcleo de sentido mostra qual a percepção atribuída pelas mulheres, sobre o modo humanizado de parir e suas implicações durante o trabalho de parto, parto e puerpério, através de suas vivências.

Analisando os discursos, foi possível perceber que as parturientes se sentem mais seguras quando são acompanhadas por uma equipe de profissionais que sejam sensíveis as suas angústias, medos, dores e sofrimento, que as intervenções invasivas ocorram quando necessárias, sem causar riscos, buscando sempre a segurança da mãe e do bebê, possibilitando que o parto seja mais natural, humanizado e seguro, oferecendo suporte emocional e promovendo a troca de informações entre os profissionais, parturientes e familiares.

A atenção a parturiente de forma humanizada inicia-se quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares; estabelecendo uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais. Isso pode ser visto nos depoimentos a seguir:

> *"As enfermeiras me ajudaram bastante na hora do parto, ela me orientou, me deu apoio, e tirou todas as minhas dúvidas. Era como se fosse da minha família, me ajudou em tudo."*
>
> Margarida

> *"Eu já tive outros filhos, mas dessa vez foi muito diferente. Eu cheguei aqui sentido muita dor, mas o pior era o medo. A equipe não me deixou um minuto sozinha. Ficaram comigo do começo ao fim, sem a ajuda deles não teria conseguido. "*
>
> Flor do ano

Os dados coletados evidenciam a importância de uma assistência de qualidade pela equipe de saúde. As mulheres que tiveram uma assistência integral durante o parto atribuem uma percepção positiva quanto a atenção prestada pelos profissionais. Uma percepção positiva do parto normal não está necessariamente associada ao alívio total da dor.

No entanto, se a parturiente se sentir confortável e cuidada este processo poderá ser minimizado, uma vez que as parturientes não temem apenas a dor do parto, mas também o ambiente e os cuidados que receberão dos profissionais envolvidos.

Para Frello; Carraco, (2010) a equipe de saúde deve prestar um atendimento focado nas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas, e para que exista uma relação de confiança entre a parturiente e a equipe, essa deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir o outro e na atenção dispensada; não se preocupar apenas em crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se devolver um processo natural e tranquilo.

Nesse sentido, pode-se correlacionar essa visão com o que se deseja com a Política Nacional de Humanização (PHN) que é ressaltar a prerrogativa do "trabalho em equipe", que em muitas ocasiões, torna-se não um modo de "conexão" - de saberes, poderes e afetos (Campos, 2006), mas um "fardo" vivido pelos trabalhadores, uma vez que a compreensão de "trabalho em equipe" é frágil e a constituição de equipes multiprofissionais não superou a fragmentação manifestada nas ações cotidianas dos serviços.

A PHN coloca-se como uma "política" que se expressa na finalidade de alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da Saúde, reinventando-se como trabalhadores articulados em equipes de trabalho, superando-se as cisões produzidas e mantidas pelas relações de saber-poder e pelas assimetrias entre as corporações profissionais (BRASIL, 2006).

Outra percepção revelada através dos discursos foi a de que as parturientes acreditam que os procedimentos técnicos utilizados nos hospitais são necessários e importantes, mesmo sendo alguns contraindicados na atualidade, como a Manobra de Kristeller, uma posição de grande passividade em relação à autoridade hospitalar, conforme demonstrado nos depoimentos seguintes:

> *"Senti muitas dores depois na barriga porque tiveram que apertar minha barriga para ajudar ao bebê sair, se não fosse isso não sei se teria mais forças"*
>
> *Girassol*

> *"A parteira olhou para mim e disse que ia me ajudar, e apertou com força minha barriga, e ainda teve que fazer um corte. O que é que uma mãe, não faz pelo filho, né?!"*
>
> *Orquídea*

Essas práticas não humanizadas embasa-se no desconhecimento da parturiente em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Na realidade, as parturientes não conseguem distinguir se sofreram ou não atos violentos porque confiam nos profissionais que conduzem a assistência e, também, pela própria condição de fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Assim, acabam concordando com a execução de procedimentos sem nenhum questionamento, não expressam seus desejos, suas dúvidas e, em silêncio, sofrem sem ao menos terem conhecimento de que foram violentadas.

Para Silva et el. (2016) essa passividade permite a imposição autoritária de normas e valores morais depreciativos por profissionais de saúde vestidos de sua autoridade técnico-científica e respaldados nas relações de poder e desigualdade entre as puérperas que, por sua vez, julgam saber o que é melhor para as pacientes colocando-as em uma situação de impotência, rompendo com as interações humanas, o que gera a fragilização dos vínculos entre suas pacientes e a crise de confiança no cuidado que é prestado, acarretando a perda da autonomia da mulher e do livre direito de decidir sobre seu corpo.

As parturientes são levadas a acreditar que não sabem e não podem conduzir o parto de modo natural, e o evento do nascimento é transformado no mais cômodo possível para os profissionais de saúde, sem levar em consideração os saberes e desejos da gestante.

Esse processo implica a vulnerabilização das parturientes frente a vontade dos profissionais, que passam a estabelecer os critérios que julgam mais adequados para a realização do parto, dentro das técnicas estudadas, dando prioridade às intervenções cirúrgicas.

2. Métodos não farmacológicos para alívio da dor e o respeito para com a autonomia das puérperas.

Este núcleo de sentido contempla as descrições sobre a busca das parturientes por um ambiente em que se sintam cuidadas, com oferta de afeto e atenção, que irão favorecer a segurança, o bem-estar e o alívio das sensações dolorosas do trabalho de parto e parto.

A descrição das puérperas, revelou que a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto foi responsável expressivamente para a promoção do bem-estar da mulher. Esses métodos possibilitaram, além do alívio da dor, conforto e percepção da redução do tempo de trabalho de parto, como estão descritas nas seguintes falas:

> *"Eu fiquei na bola, fiquei me agachando, eles colocaram umas músicas bem tranquila. Fiz todos os exercícios que me disseram pra ajudar na dilatação e na dor também. Ajudou bastante, tanto é que meu parto foi bem rápido."*
>
> *Dália*

> *"Sim, caminhei bastante, as fisioterapeutas fizeram muitas massagens nas minhas costas. Ave Maria!, se não fosse isso não sei se eu aguentaria as dores."*
>
> Crisântemo

A satisfação das parturientes sobre aplicação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor corrobora com o estudo de Oliveira, Bonilha e Telles (2012), em que evidenciou-se que os métodos não farmacológicos para alívio da dor foram bem aceitas pelas mulheres, em que as mesmas afirmaram a redução da dor e do trabalho de parto, como também as parturientes apresentam-se mais colaborativas, pois assumem sensação de controle que ganham ao manejarem ativamente a dor e o apoio que recebem do acompanhante e dos profissionais envolvidos, além da liberdade de movimentação e de escolha dos movimentos.

A aplicação desses métodos favorece, deste modo, o fortalecimento da autonomia, bem como o compartilhamento da assistência, visto que a parturiente é orientada a participar das decisões relacionadas ao seu trabalho de parto e parto. A partir da inserção da Residência Multiprofissional no referido Hospital Maternidade onde ocorreu a pesquisa, a oferta desses métodos foi disparado de maneira interdisciplinar, o que oportunizou o diálogo entre os profissionais efetivos da maternidade e os modos de trabalho em equipe, favorecendo mudanças em uma estrutura hospitalar que ainda mantinha resquícios de um modelo biomédico.

Nos discursos das parturientes ainda foi evidenciado que durante o processo de parto a parturiente deve vivenciar as dores em silêncio e estar em uma posição de submissão diante dos profissionais de saúde. Essas evidências denota a ideia de que apesar da incorporação de práticas de cuidado humanizado no atendimento a essas mulheres, o receio pela repreensão ainda persiste, manifestado nas falas seguintes:

> *"A parteira me falou para eu não gritar, porque senão o menino subia, eu nem reclamei, o que elas me mandava eu fazer, eu fazia, mas valeu a pena, deu tudo certo"*
>
> *Gérbera*

> *"No começo fiquei com muito medo, achei ruim quando o doutor disse que não era para gritar e só fizesse força. Aí peguei e disse que estava gritando porque era muitas dores, uma atrás da outra"*
>
> *Hortência*

Fica evidente nos discursos a fragmentação do protagonismo das parturientes no nascimento dos seus filhos, caracterizado pela desapropriação de suas próprias vontade e sem direito de manifestar a sua dor, que, apesar de senti-la, deve possuir um comportamento adequado, ficando calada e quieta.

Esses resultados corroboram com os estudos de Wolff e Waldow (2008) em que se analisou a vulnerabilidade feminina e como esta se relaciona ao desconhecimento sobre o tipo de assistência que deve ser oferecida, este estudo concluiu que a falta de informação acarreta nas parturientes uma limitação sobre seu poder de decisão e potencializa o entendimento de que é natural se sentirem submissas.

Segundo os autores supracitados algumas parturientes em trabalho de parto e parto não reclamam e não emitem opinião por medo e por estarem vivenciando um momento de grande relevância em suas vidas, contudo, depois de finalizado o processo, as dificuldades ocorridas durante o parto são, de certa forma, esquecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a percepção das puérperas acerca da assistência ao parto normal em uma maternidade referência no interior do RN. Considerando as entrevistas das participantes, concluiu-se que as puérperas apresentaram percepções favoráveis e desfavoráveis em relação a assistência ao parto normal.

No que se refere às percepções favoráveis, foi evidenciado que estas estavam relacionadas às atitudes dos profissionais de saúde, bem como promovendo o estímulo da autonomia da parturiente, sobretudo pelo uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e orientações/informações acerca do trabalho de parto e parto.

No que se tange às percepções desfavoráveis, as parturientes revelaram que apesar das diversas práticas de humanização preconizadas pelo Ministério da saúde, ainda há forte predomínio do modelo de atenção ao parto centrado na figura do médico, caracterizado pela imposição de condutas e ações mecanizadas, que por sua vez compromete o direito à saúde e contribui para a manutenção de uma cultura de subordinação e dominação, que reduz a mulher a um objeto desprovida de vontade e desejos.

Ao se analisar a realidade de um dispositivo de referência de atenção materno-infantil, espera-se contribuir para a reorientação de posturas e atitudes profissionais, para que estas, sejam condizentes com as propostas da Política Nacional de Humanização, bem como fortalecer as Políticas Públicas de assistência à saúde da mulher, por meio de estratégias intersetoriais que contemple a mulher em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

DOMINGUES, R. M. S. M., SANTOS, E. M., & LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o 31 debate. **Cad. Saúde Pública**, 20(1), 52-62. 2004. Disponível em: http://www. scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf. Acesso em: 28 de Janeiro de 2019.

FRELLO, A. T.; CARRACO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 660-8, 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1) 17-27, jan. 2008. Acesso em: 28 de Janeiro de 2019.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A.,184 p. 2010.

GRIBOSKI, R. A., & GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento.**Texto & Contexto Enferm.**, 15(1),107-114. Disponível em: http:// www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/ a13v15n1.pdf . Acesso em 28 de janeiro de 2019.

MALHEIROS, P. A. et al. Labor and birth: knowledge and humanized practices. **Texto & contexto enferm**., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a10v21n2.pdf. Acesso em 30 de Janeiro de 2019.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde.12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459**, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 28 de janeiro de 2019.

MORAES, J. F., GODOI, C. V. C., & FONSECA, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde Rev.**, 8(19), 13-19.2006. Disponível em: http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02. pdf. Acesso em: 31 de Janeiro de 2019.

OLIVEIRA, L.L.; BONILHA, A.L.L.; TELLES, J.M.; Indicações e repercussõesdo uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Ciênc cuid saúde [Internet]**. 2012;11(3):573-80.Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/ index.php/CiencCuidSaude/article/view/17657/pdf. Acesso em: 02 de novembro de 2019.

Rio Grande Do Norte (BR). Secretaria de Estado da Saúde Pública Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde. Plano Estadual de Saúde - 2016–2019. Natal/RN.2016.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **REME rev. min. enferm**., Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 453-8, jul./set. 2011. Disponível em: < http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da840 7cc5a.pdf>. Acesso em: 30 de Janeiro de 2019.

SCHMALFUSS, J. M., OLIVEIRA, L. L., BONILHA, A. L. L., & PEDRO, E. N. R. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Ciênc. Cuid. Saúde**, 9(3), 618-623. 2010.Disponível em: http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/9533/6658. Acesso em 30 de janeiro de 2019.

SILVA, R.L.V.; LUCENA, K.D.T.; DEININGER, L. S. C.; MARTINS, V. S.; MONTEIRO, A. C. C.; MOURA, R. M. A. Obstetrical violence under the look of users. **Rev. Enferm UFPE On Line**.

[Internet]. 2016;10(12):4474-80. Disponível: from:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/vie w/9982/pdf_179. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

SOUZA,S. N. E.; AGUIAR,G.G.M.; SILVA,M.S.B. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. **Enfermagem em Revista**, v.18n.02. Maio/Ago.2015. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/ article /download/11693/9348. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

SOUZA, T. G. D.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. D. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 479, 2011.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19831447201100030007. Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

VIANA, L. V. M.; FERREIRA, K. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal. **Revista Saúde em foco**, v. 1, n.2, p. 134-48, 2014. Disponível em:www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/245/431.Acesso em: 30 de Janeiro de 2019.

WOLFF, L. R., & WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.**, 17(3), 138-151. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf. Acesso em: 30 de Janeiro de 2019.

Capítulo 48

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL

PERCEPTION OF PEOPLE ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE IN ASSISTANCE TO VAGINAL CHILD

Gilce Helen Amorim da Silva[1]
Anna Paula Sousa da Silva[2]
Aline de Souza Pereira[3]
Helanno Gomes Alexandre[4]
Deborah Pedrosa Moreira[5]
Dafne Paiva Rodrigues[6]

RESUMO: O parto é um processo fisiológico que requer cuidado e acolhimento, sem danos físicos e psicológicos. Objetivou-se analisar a percepção das puérperas sobre à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal. Pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. O cenário eleito da região foi uma maternidade de referencia localizada no Estado do Ceará. Onze puérperas foram entrevistadas no período de maio a junho de 2017, através de entrevista semiestruturada. Utilizou-se o método da análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética através do parecer: 1.761.527. As categorias obtidas foram: percepção de puérperas acerca dos cuidados prestados pela equipe de saúde, aspectos profissionais considerados como violência obstétrica e práticas de humanização vivenciadas no trabalho de parto e parto. Identificou-se que apesar da assistência humanizada prestada pela maioria dos profissionais, ainda é necessário que se reflita acerca dos tipos de violência obstétrica encontrados.
Palavras-chave: Violência. Obstetrícia. Parto humanizado. Enfermagem.

ABSTRACT: Childbirth is a physiological process that requires care and reception, without physical and psychological damage. The objective of this study to analyze the perception of puerperal women about obstetrics violence in the assistance to vaginal delivery. Descriptive, exploratory and qualitative research. The chosen scenario of the region was a reference maternity located in the State of Ceará. Eleven puerperal women were interviewed from May to June 2017, through semi-structured interviews. Bardin's content analysis method was used. The research was approved by the Ethics Committee through the opinion: 1,761,527. The categories obtained were: perception of puerperal women about the care provided by the health team, professional aspects considered as obstetric violence and humanization practices experienced in labor and delivery. It was identified that despite the humanized assistance provided by most professionals, it is still necessary to reflect on the types of obstetric violence found.
Keywords: Violence. Obstetrics. Humanized Birth. Nursing.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem oferecido diretrizes para um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com vistas

[1] Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. E-mail: gilce_helen@hotmail.com.
[2] Doutora em Enfermagem pela UFC e professora do Curso de Enfermagem da Unifanor e Unichristus. E-mail: annapaula_ufc@yahoo.com.br.
[3] Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR e professora do curso de Enfermagem da Unichritus. E-mail: szp.aline@gmail.com.
[4] Mestrando em Saúde da mulher e da criança pela UFC. E-mail: helannogomes@gmail.com.
[5] Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR e professora do curso de Enfermagem da Unichritus. E-mail: deborahpm@gmail.com.
[6] Doutora em Enfermagem pela UFC e professora associada do curso de graduação em enfermagem e do PPCCLIS da UECE. E-mail: dafne.rodrigues@ucece.br.

a atender a especificidade de cada mulher no processo de parturição (BRASIL, 2014).

Dentro desse contexto, acredita-se que a mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos (DOSSIÊ, 2012).

O parto é um evento social que integra as experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento. Apesar disto, de acordo com a literatura vigente, esse momento é, várias vezes, permeado pela violência institucional, acometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores (AGUIAR; DOLIVEIRA, 2011).

Sendo assim, surge o conceito de violência obstétrica (VO), que é caracterizado por qualquer ato exercido por profissionais da saúde, no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimindo através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ, 2012).

De acordo com pesquisa da Fundação Perseu Abramo, um estudo realizado em 2010, aponta que 25% das mulheres brasileiras sofrem violência no parto, sendo as formas mais comuns a agressão através de gritos, os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, a falta de analgesia e até a negligência dos envolvidos com a assistência da ocasião, sendo que a população mais acometida foi a de mulheres pardas (29%), com 4 ou 5 filhos (29%), habitantes da região nordeste (27%) e das capitais (30%) (VENTURI *et al*., 2010).

Foi apontado pelos profissionais como possíveis causas para a violência obstétrica um ritmo de trabalho alienante associado à precariedade de recursos, que resulta não só no esgotamento físico e emocional do profissional como na dificuldade em refletir sobre sua prática; a falta de comprometimento ético na formação profissional e a impunidade, sobretudo, no serviço público contra esses atos (AGUIAR; DOLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

O controle da violência obstétrica na assistência ao parto vaginal consiste em um desafio, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos (LEAL *et al*., 2014).

Nessa perspectiva as mulheres, como sujeitos de direito, merecem ser acolhidas, protegidas, amparadas e, sobretudo, esclarecidas sobre o que é melhor fazer para ter no momento do parto segurança, respeito, dignidade, longe de qualquer forma de abuso, violação dos seus direitos, coação e desrespeito.

Nesse contexto os profissionais de saúde devem explicar a finalidade de cada intervenção, seus riscos e as alternativas disponíveis. Com base nessas orientações, a mulher

tem o direito de escolher tratamentos ou procedimentos que serão feitos em seu corpo. Além disso, devem proporcionar apoio a ela e aos familiares, monitorar o andamento do trabalho de parto e os batimentos cardíacos do bebê, além de prestar um atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência física ou psicológica (BRASIL, 2002).

Diante da problemática, surgem os seguintes questionamentos: Qual a percepção de puérperas acerca dos cuidados prestados pela equipe de saúde? Que atitudes ou práticas de profissionais da saúde que prestam assistência ao parto vaginal, podem ser geradoras da violência obstétrica?

Analisar os fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada no período de maio a junho de 2017, em um hospital universitário, terciário, de ensino, vinculado ao MEC (Ministério da Educação) e ao programa Rede Cegonha, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. A escolha deste local deu-se pelo fato de ser referência na assistência materna e infantil e de desenvolver programas e projetos que buscam a humanização da assistência ao parto e nascimento.

A amostra foi composta por 11 puérperas cujos critérios de inclusão obedeceram: puérperas que tiveram seus filhos por parto de via vaginal no período destinado à coleta, que estivessem internadas nas enfermarias de alojamento conjunto da instituição supracitada, com idades entre 18 e 39 anos, selecionadas através do método de amostragem por conveniência, onde o pesquisador seleciona membros da população mais acessíveis. Como critérios de exclusão foram mulheres que tiveram alguma complicação durante seu parto e as que apresentavam alguma dificuldade cognitiva.

Para coleta de dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas com horários convenientes para as participantes.

As entrevistas foram orientadas por formulários e realizadas em todas as participantes da pesquisa. Foram previamente informadas da gravação da entrevista de forma verbal e escrita, por meio do TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido em voz alta e assinado em duas vias nas quais uma fica com o pesquisador e a outra com a entrevistada.

Os instrumentos de coleta de dados utilizado durante a entrevista continha as seguintes variáveis: idade, cor da pele, estado civil, grau de instrução, paridade e como perguntas norteadoras da pesquisa, destacam-se: Qual a percepção da senhora em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde? Você considera ter sofrido algum tipo de violência obstétrica?

Essas entrevistas eram realizadas de acordo com a disponibilidade das puérperas, no próprio alojamento conjunto, onde o tempo necessário para cada coleta foi variável e bastante flexível e caso fosse necessário interromper a entrevista por algum procedimento realizado na criança que a puérpera precisasse acompanhar, a entrevista era interrompida e então

posteriormente era retomada a pesquisa.

Após coleta as entrevistas foram transcritas e a sua reunião constituiu o corpus da pesquisa. Foram elaboradas três categorias, são elas: Percepção de puérperas acerca dos cuidados prestados pela equipe de saúde; Aspectos profissionais considerados como violência obstétrica e Práticas de humanização vivenciadas no trabalho de parto e parto.

A entrada na instituição do estudo foi efetivada após parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria maternidade com número do parecer: 1.761.527 e CAAE: 59783816.5.0000.5050, e só então depois da aprovação que foi realizada a coleta de dados, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS

Apresenta-se a seguir, o perfil das puérperas que participaram do estudo. As variáveis apresentadas contêm dados gerais que referem-se a idade, estado civil e escolaridade.

Sete puérperas, ou seja, a maioria (63,6%) das mulheres pesquisadas se encontram na faixa etária de 18 a 28 anos de idade. Em relação ao estado civil quatro (36,4%) eram solteiras, quatro (36,4%) mantinham uma união estável, e três (27,2%) eram casadas. Sobre a escolaridade três (27,2%) tinham o fundamental incompleto, três (27,2%) possuíam o fundamental completo, uma (9,2%) tinham o ensino médio completo, três (27,2%) concluíram o ensino médio e apenas uma puérpera (9,2%) possuía o nível superior completo.

No perfil obstétrico apresentado das puérperas, sete (63,3%) eram multíparas e quatro (36,4%) eram primíparas. A gestação foi planejada apenas no relato de quatro mulheres (36,4%), a maiorias das puérperas 9 (81,8%) estavam com a idade gestacional acima de 37 semanas.

Quanto a realização do pré-natal, 10 (90,9%) responderam ter feito. Em relação ao número de consultas 8 mulheres (72,7%) responderam terem feito mais de 6 consultas. Quanto ao motivo da entrada na maternidade, seis (54,5%) responderam que tiveram contrações e dores, duas (18,2%) tiveram sangramento, uma (9,1%) teve a pressão alta, e duas (18,2%) deram entrada por outros motivos.

Durante a gestação, muitos são os motivos que podem levar a uma internação. Neste estudo, em que o desfecho foi o parto e nascimento, como esperado o trabalho de parto apresentado por sinais como contrações e dores foi o que se apresentou de forma mais significante, principalmente considerando que a maioria das puérperas 9 (81,8%) estavam em gestação a termo.

A seguir, apresenta-se as categorias, onde estão os dispostos e organizados os depoimentos das puérperas.

Percepção de puérperas acerca dos cuidados prestados pela equipe de saúde

Os achados desse estudo, constatou que o acolhimento por parte dos profissionais, o atendimento rápido, a boa recepção na admissão, a relação de confiança que os profissionais passaram são fatores que influenciaram na satisfação das mulheres mediante o tratamento recebido na maternidade, conforme descrito a seguir:

> *"Foi ótima, desde o começo até o final [...] a atenção, a paciência, explicou ajudando também (a equipe), ajudou a me acalmar, ajudando nas dores, foi ótimo "* (LARA).

> *"Eu fui super bem atendida, assim não demorou muito, eu cheguei com contrações aqui, e acho que foi em torno de meia hora a quarenta minutos que foi feito a ficha tudo bem direitinho e eu fui atendida, já estava com sete centímetros de dilatação (RENATA).*

Percebeu-se que a satisfação dessas mulheres estava associada principalmente a ser admitida sem demora, a receber um acolhimento de qualidade pelos profissionais, e os aspectos positivos mais citados pelas entrevistadas foi o tratamento recebido pela equipe de saúde e a atenção. Os aspectos relacionados com essa atenção foram: as orientações recebidas e o esclarecimento de dúvidas, o acompanhamento recebido durante o trabalho de parto pela equipe de saúde, a competência e o bom relacionamento dos profissionais com as usuárias.

Souza et al. (2013) mostra que as ações como a presença constante, a atenção dispensada, o diálogo e mesmo pequenos atos, como o contato físico, são fatores de acolhimento, pois ultrapassam as barreiras entre o profissional e a parturiente, estabelecendo uma relação de confiança e trocas, ou seja, uma relação de apoio emocional. A compreensão, a delicadeza, a sensibilidade, a atenção, o respeito aos sentimentos e a subjetividade são elementos chaves para a configuração de uma atenção humanizada por meio da equipe.

> *Foi tudo no meu tempo mesmo, porque a previsão dela nascer era em torno de duas horas e tipo eu tive ela cinco horas da tarde. Mais assim foi tudo realmente no meu tempo, não teve aquela coisa, aquela pressão, eu me senti super a vontade com relação a isso, não tenho realmente do que reclamar não. Eu super indicaria, quem quiser parir aqui, venha, porque super indico" (BEATRIZ).*

No parto, a paciência está atrelada à qualidade da espera, principalmente em deixar o processo acontecer naturalmente, para que ocorra no tempo certo, ou seja, em esperar o tempo fisiológico do nascimento que deve ser determinado pela ação conjunta do feto e parturiente.

Estudos demonstram que a maior necessidade para uma mulher em trabalho de parto

está no manejo do controle emocional, pois as mulheres apontam como fator determinante para uma experiência de parto positiva a confiança na equipe a qual é assistida e ressaltam a importância do carinho, paciência e calma por parte dos profissionais (SILVA *et al*., 2014).

Uma pesquisa realizada em uma maternidade estadual no Rio de Janeiro, mostrou que a principal descoberta do estudo foi verificar através dos resultados que a enfermagem obstétrica vem contribuindo e participando de modo efetivo, na mudança de paradigma no que se refere ao processo de parturição e nascimento (REIS et al., 2016). Esse achado vem a corroborar com essa pesquisa, onde pode ser vista através das falas das puérperas a seguir:

> *"As meninas (enfermeiras) daqui de cima (alojamento conjunto) e lá do coisa do parto são ótimas, tão atenciosas, de vez em quando vem perguntar aqui a gente". (AMANDA)*

> *"Eu tava até comentando com o meu marido, que quando elas vinham (enfermeiras), elas me acalmavam por que eu tava com muita dor e eu não sabia muito o que fazer e elas me ajudavam[...]eram várias enfermeiras, era uma equipe, elas vinham e pediam pra mim ficar sempre bem à vontade". (RENATA)*

Sendo assim, percebe-se que a equipe de enfermagem de um modo geral ao atuar dessa maneira, tem colaborado e contribuído de forma significativa com as políticas de humanização ao parto e nascimento do Ministério da Saúde. Portanto, o cuidado de enfermagem, em suas diversas formas na atenção ao parto, é visto como fundamental por proporcionar conforto e bem-estar para as mulheres.

Nesta perspectiva, nota-se que o diálogo entre a equipe de enfermagem e a parturiente é imprescindível tendo em vista que ao acompanhar as mulheres durante o processo de parto, estes profissionais devem saber ouvi-las e valorizar suas necessidades (sociais, psicológicos e emocionais), reconhecendo a importância de estabelecer uma comunicação neste momento por influenciar na vivência da mulher no parto e promover o vínculo entre equipe e a parturiente (SOUZA *et al*., 2013).

Uma investigação realizada, no Brasil, acerca dos aspectos relacionados à escolha do tipo de parto, concluiu que o medo de sentir dor, a orientação/ indicação de amigos e a possibilidade de ocorrência de lesões vaginais foram mencionados pelas mulheres como alguns motivos para a preferência da cesárea como melhor forma de dar à luz (MANDARINO *et al*., 2009).

Verifica-se, portanto, que a cultura da cesárea como parto rápido e sem dor encontra-se bastante difundida na sociedade, e isso pode ser observado na fala a seguir:

> *"Eu cheguei sentindo muita dor, como ele tava lá em cima (a criança), eu pedi umas*

> *duas a três vezes se possível fazer uma cesárea, mas eu não considero isso assim, nenhum dano não, porque simplesmente o normal é melhor do que cesáreo, e ai as pessoas que me atenderam disseram: 'não, você ta sofrendo pra ter normal, então vamos com calma', ai me ajudaram justamente com esses exercícios"* (EDUARDA).

As informações analisadas no presente estudo permitiram observar que o pedido de cesárea foi usado como forma de alivio da dor, e com ajuda dos profissionais houve o resgate do parto vaginal como a melhor opção de via de parto segundo o quadro clínico de cada uma dessas mulheres.

A importância do uso da orientação como um dispositivo de cuidado facilitador do processo de parturição é indispensável, uma vez que a orientação auxilia a mulher em trabalho de parto, fazendo com que ela assuma papel de protagonista já que, tantas vezes, lhe é negado, subestimando a força dessa mulher em conduzir o seu parto com sucesso (SOUZA *et al*., 2013).

Apesar desses relatos terem sido relatados como vivenciado de forma positiva acerca dos cuidados de forma geral pela equipe de saúde, existiram algumas falas de puérperas que se mostraram ao contrário do que já exposto, e isso poderá ser visto na próxima categoria.

Aspectos profissionais considerados como violência obstétrica

As violações utilizadas contra a mulher durante a gestação podem acontecer em qualquer fase da gravidez, porém é durante o trabalho de parto e parto que as chances dessas violações acontecerem se tornam maior, porque é nesse momento que essas mulheres encontram-se mais frágeis e susceptíveis a tais acontecimentos.

O momento em que a violência ocorre com maior frequência é durante a admissão na unidade hospitalar e na assistência ao parto na sala de pré-parto e centro obstétrico (SANTOS; SOUZA, 2015). E isso pode ser percebido pelas falas das entrevistadas descritas abaixo:

> *"No começo eu não gostei porque eu não fui bem atendida lá fora [...] Num tem aquela mulher que põe a pulseirinha na gente? Eu disse pra ela que tava sentindo dor, ela simplesmente olhou pra minha cara foi ignorante comigo e disse que eu não tava sentindo dor"* (AMANDA).

É importante ressaltar que a informação é uma das principais ferramentas para que essa população possa ter acesso aos seus direitos, pois, uma vez que os conhece, é possível cobrá-los. O que se pode observar é que mesmo com a quantidade de políticas públicas voltadas ao direito da mulher, em específico, das gestantes, a violência obstétrica encontra-se normatizada em nossa sociedade, um aspecto que favorece esse tipo de violência é a falta de informação por

parte dos usuários do serviço (SOUZA; VALENTE, 2016).

> *"Quando eu cheguei, o enfermeiro lá de baixo (emergência), quando foi me dá o exame de toque, achei ele muito bruto, que eu realmente gritei, aí que eu comecei a sentir dor mesmo, ele foi muito bruto, coisou com tudo assim, que ave maria fui lá no céu e voltei, foi logo tacando o dedo, que eu gritei. Eu só fiz gritar mesmo, ai pronto, eu num reclamei nada não, que ele sabe né"* (YASMIN).

Analisando essas falas, pode-se constatar que foram feitos procedimentos sem o consentimento prévio das entrevistadas e que elas não receberam nenhum tipo de explicação e não participaram das decisões sobre o seu próprio corpo. E que alguns atos, como é demonstrado na fala de Yasmin, foi submetida a um procedimento que causou dor e muito desconforto. Essas práticas desencadeiam sofrimento e fragilizam a autonomia das parturientes que, em alguns momentos, naturalizam esta violência obstétrica.

Apesar de a expressão, em um primeiro momento, conduzir-nos à interpretação de que violência obstétrica se refere apenas à violência física, importa destacar que esta se configura, além da subjugação física, à submissão psicológica da paciente a imensuráveis transtornos e traumas, seja durante o período gestacional, ou no período puerperal, e essa submissão psicológica é caracterizado por palavras danosas que tem a intenção de ridicularizar, humilhar, manipular e/ou ameaçar. E assim, como a violência física esse tipo de agressão afeta significativamente a vítima, causando-lhe danos psicológicos bastante significativos.

> *"Ela tirou brincadeira comigo ainda, falou assim: mãezinha na hora de botar a cabeça dentro num é tão bom. Ai eu: a senhora já reparou o tamanho de uma cabeça que entra pra uma cabeça que sai, a minha acompanhante falou umas boas verdades pra ela."* (AMANDA).

Refletir sobre esse fato faz reiterar a importância do preparo do profissional de saúde que presta o cuidado a mulher no trabalho de parto e parto. Esta violência, que muitas vezes é vivenciada pelas mulheres de forma silenciosa, por medo ou por opressão, produz angústia num momento em que deveria estar ocorrendo acolhimento e cuidado adequado pelo profissional de saúde (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Outro ponto a ser descrito é o abandono no trabalho de parto e parto, que é representada pela ausência de respostas ao chamado da parturiente pelo profissional de saúde, realidade que faz com que as mulheres se sintam abandonadas e desesperadas no trabalho de parto e parto (RODRIGUES, 2016).

> *"Teve um momento quando a minha acompanhante desceu pra almoçar e eu fiquei só...e só por acaso que alguém entrou e viu, mais eu fiquei sozinha, foi horrível, eu tava sentindo muita dor e gritando e gritando e ninguém aparecia. [...] Ai por acaso uma mulher que chegou lá pra mim assinar alguma coisa, aí viu a doutora, jovem aprendiz, num sei, ai ela fez exame de toque e disse que tava perto, ai pronto, ai bem acho que chamou os outros, e foi na hora, mas foi horrível " (YASMIN).*

Esse caso de abandono foi o único relatado pelas entrevistadas, mas que foi descrito com angústia e como algo assustador, o tempo que ficou sozinha esperando atendimento. A ausência dos profissionais no acompanhamento do trabalho de parto e no repasse de orientações necessárias nesse momento, fez com que essa mulher ficasse perdida, receosa e com medo em relação ao parto.

Então nessa perspectiva, sabendo que a mulher hospitalizada age basicamente como uma pessoa assustada, pois está num ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer, cabe à equipe de saúde, portanto, conhecer os mecanismos de comunicação que facilitarão o melhor desempenho de suas funções em relação à mulher, bem como, melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe de saúde (RODRIGUES, 2016).

Algo que foi percebido, é que essas mulheres que relataram esses acontecimentos durante o processo de parturição, quando indagadas inicialmente se consideravam que sofreram algum tipo de violência obstétrica, a resposta na maioria das vezes era negativa, isso mostra o fato de a maioria das mulheres não deterem de conhecimento acerca da humanização da assistência preconizada pela OMS, uma vez que foram realizadas práticas inadequadas ou que devem ser utilizadas com cautela.

Práticas de humanização vivenciadas no trabalho de parto e parto

Durante o trabalho de parto, a dor é um grande obstáculo que pode ser encarado e vivenciado de forma positiva pela mulher e por seus familiares, para isso, ela deve estar preparada e consciente da necessidade de manter-se calma e relaxada, assim a adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor, é aconselhada por muitos pesquisadores (BAVARESCO *et al*., 2011).

Foi demonstrado a consequência da posição materna sobre o grau de bem-estar da mãe e seus efeitos no feto e na progressão do trabalho de parto, especialmente, no terceiro período do trabalho de parto.

> "*Eu escolhi a posição que eu quis durante o parto, fiquei semideitada, eles*

> *perguntaram se eu queria mudar a posição, eu disse que não, então eles deixaram "* (LARA).

Esses aparelhos utilizados podem ser realizados durante o trabalho de parto com o objetivo de promover uma participação mais ativa da gestante durante o processo de parturição proporcionando uma melhor percepção da tensão e assegurando assim o relaxamento global da mulher constituindo uma das estratégias de promoção da humanização no trabalho de parto (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

> *"Me ajudaram na hora das dores, massagem, indicação de como ser o melhor, a posição, deram toda aquela atenção, ficaram ali comigo. Assim porque a gente num sabe né a primeira vez, mais elas (enfermeiras) explicaram tudo" (LUANA).*

Outra prática recomendada após o nascimento do recém-nascido é o estimulo do contato pele a pele, onde uma pesquisa mostra que esse primeiro contato entre a parturiente e o recém-nascido, proporciona o estabelecimento de um vínculo inicial, que é importante para a criação do afeto entre a mãe, o bebê e o acompanhante logo após o parto (KOLOGESKI *et al*., 2017).

Esse mesmo autor relata que o contato pele a pele do binômio mãe/bebê tem vários benefícios entre eles pode-se destacar: a diminuição da perda de temperatura corporal do recém-nascido para o ambiente, amenizando a diferença entre as temperaturas intra e extrauterina, facilitando a adaptação externa do neonato; favorece a amamentação ainda na sala de parto, estimulando a descida do leite materno; e a mulher ao ter o contato ininterrupto com o seu bebê, pode-se desenvolver sentimento de alívio e segurança (KOLOGESKI *et al*., 2017).

> *"Deixaram ela até a hora de me levantar pro banho. Botaram ela em cima de mim(a criança), depois vieram, grampearam e pediram a minha irmã pra cortar.[...] É um momento de alegria, são vários sentimentos ao mesmo tempo (risos), emoção, alegria e ao mesmo tempo alivio da dor" (LUANA).*

Conforme as falas descritas acima, pode-se observar a satisfação das puérperas em relação ao contato pele a pele realizado após o nascimento do recém- nascido e que esse é um momento muito importante para estimular a amamentação, pois nesse momento consegue-se contribuir para uma sucção eficaz, além de influenciar de forma positiva a relação mãe e filho.

Outro ponto destacado nas falas foi o clampeamento tardio do cordão umbilical, que é outra pratica estabelecida pela OMS. O Ministério da Saúde em 2011 junto com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendou que o recém- nascido a termo, saudável e com boa vitalidade seja posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por um a três minutos antes de clampear o cordão umbilical. Isso por que esse clampeamento tardio é recomendado

como estratégia fácil e de baixo custo para melhorar os níveis de ferritina ao nascimento e prevenir a anemia na infância (CHAPARRO, 2011).

Nessa perspectiva, humanizar o parto diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado, garantindo o respeito quanto aos direitos da paciente, sua individualidade e cultura, bem como, a valorização do profissional que presta a assistência, estabelecendo assim um ambiente concreto nas instituições de saúde que regularize o lado humano das pessoas envolvidas no processo de cuidar (OLIVEIRA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados da pesquisa, percebeu-se que muitas das recomendações da OMS no que se refere ao processo de parturição foram incorporadas na instituição. As mulheres, perceberam a atenção à parturição como de qualidade e humanizada, além de enfatizarem o acolhimento e bom relacionamento com a equipe de saúde.

Porém, foram também evidenciadas dificuldades por algumas parturientes, como a falta de acompanhamento da equipe de saúde durante o trabalho de parto, a ausência de informações em relação ao que estavam vivenciando, e o comportamento grosseiro, insensível e desumano de alguns profissionais. Ou seja, no que se reconhece como violência obstétrica, pode se observar que tal violência foi citada em suas diversas formas, desde a negligência na assistência, a de informações, falas de profissionais em tons de piadas e de alguns procedimentos realizados sem o consentimento prévio.

Verifica-se que esses depoimentos das mulheres acerca da violência, remete- se a atribuir uma reflexão a respeito de como a assistência tem sido realizada, e perceber como que estas mulheres têm sido tratadas.

Sendo assim, o panorama apresentado pela análise de dados pode contribuir para a reflexão entre os profissionais envolvidos no cuidado, bem como, sugerir caminhos a serem percorridos com o principal objetivo de melhorar a assistência ao trabalho de parto e parto.

O estudo realizado apresentou limitações importantes no que diz respeito a coleta de dados. As puérperas entrevistadas nem sempre se apresentavam disponíveis e não sabiam inicialmente o que era a violência obstétrica, gastando mais tempo do que o necessário para a coleta de dados, onde precisava ser explicado com maiores detalhes como se caracterizava tais atos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 15, n. 36, p.79-91, jan./mar. 2011.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**. 29(11): 2287-96, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAVARESCO, G. Z. et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 16, n. 7, p.3259-3266, jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento** (PHPN). Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos humaniza SUS**: humanização do parto e do nascimento. Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CHAPARRO, C. M. Timing of umbilical cord clamping: effect on iron endowment of the newborn and later iron status. **Nutrition Reviews,** [s.l.], v. 69, p.30-36, nov. 2011.

DOSSIÊ. **Violência Obstétrica**: "Parirás com Dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília 2012.

JUAREZ, D. **Violência contra a mulher**: ferramentas para o trabalho das equipes da comunidade. Buenos Aires: Ministério da Saúde de la Nación; 2012.

LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. **Cad Saúde Pública**. v. 30, p. 17-47, 2014.

KOLOGESKI, T.K.; STRAPASSON, M.R.; SCHNEIDER, V. RENOSTO, J.M. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev enferm UFPE**. Recife, v11, n.1, p. 94-101, jan., 2017.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** [s.l.], v. 25, n. 7, p.1587-1596, jul. 2009.

MUNIZ, B.M.V.; BARBOSA, R.M. **Problematizando o atendimento ao parto**: cuidado ou violência? Memorias Convención Internacional de Salud Pública. [periódico online]. 2012. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/ artigo%20parto.pdf > Acesso em: 01 jun. 2017.

OLIVEIRA, L.M.N.; CRUZ, A.G.C. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde,** [s.l.], v. 18, n. 2, p.175- 180, 2014.

OLIVEIRA, T.R. et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line,** Recife, v.11, n. 1, p.40-46, jan. 2017.

REIS, C. S. C.; SOUZA, D.O.M.; NOGUEIRA, M.F.H.; PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** [s.l.], v. 8, n. 4, p.4972-4979, 4 out. 2016.

RODRIGUES, D.P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem,** [s.l.], v. 19, n. 4, p.614-620, 2016.

SANTOS, R.C.S.; SOUZA, N.F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Macapá**. v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.

SILVA, M.G. et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** [s.l.], v. 15, n. 4, p.720-728, 13 out. 2014.

SOUZA, A.C.A.; VALENTE, M.B.B. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM DESAFIO PARA PSICOLOGIA. **HumanÆ**. Questões controversas do mundo contemporâneo, v. 10, n. 1, 2016.

SOUZA, C. M. et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 5, n. 4, p.743-754, 1 out. 2013.

TESSER, C.D.et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Família Comunidade**. [s.l.], v. 10, n. 35, p.1-12, 24 jun. 2015.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010.

Capítulo 49

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADES TERCIÁRIAS

NURSE´S PERCEPTION ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE IN TERTIARY MATERNITIES

Eliene Regina Silva Correia[1]
Ellen Eduarda Santos Ribeiro[2]
Maria Paula Macêdo Brito[3]
Lívia Carvalho Pereira[4]
Juliana da Fonseca Bezerra[5]
Lia Maristela da Silva Jacob[6]
Herla Maria Furtado Jorge[7]

RESUMO: Objetivo: Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a violência obstétrica em maternidades terciárias de Fortaleza-CE e Campinas-SP. **Métodos:** Participaram do estudo 21 enfermeiros que atuavam no ambulatório de pré-natal de alto risco e no centro obstétrico de duas maternidades terciárias em Fortaleza-CE e Campinas-SP. Os dados foram coletados no período de março a dezembro de 2015, usando a entrevista semiestruturada e analisados por meio da análise de conteúdo. **Resultados**: Observou-se a ocorrência de violência obstétrica no serviço de assistência ao pré-natal alto risco e no centro obstétrico. No pré-natal evidenciou-se o preconceito dos profissionais durante o atendimento de adolescentes gravidas, a falta de exames laboratoriais básicos, falta de ambiência do setor e a não garantia da visita a maternidade antes do parto. Com relação a assistência ao parto as participantes mencionaram o uso de procedimentos desnecessários como a episiotomia, uso indiscriminado de ocitocina, excesso de toque vaginal e entre outros.
Palavras-chave: Parto humanizado. violência contra a mulher. centro obstétrico. gravidez de alto risco.

ABSTRACT: Objective: To analyze nurses' perception of obstetric violence in tertiary maternity hospitals in Fortaleza-CE and Campinas-SP. **Methods:** 21 nurses who worked in the high-risk prenatal clinic and in the obstetric center of two tertiary maternity hospitals in Fortaleza-CE and Campinas-SP participated in the study. Data were collected from March to December 2015, using the semi-structured interview and analyzed through content analysis. **Results:** Obstetric violence was observed in the high-risk prenatal care service and in the obstetric center. In the prenatal period, the professionals' prejudice was evident during the care of pregnant adolescents, the lack of basic laboratory exams, the sector's lack of ambience and the visit to the maternity ward before delivery was not guaranteed. Regarding childbirth assistance, the participants mentioned the use of unnecessary procedures such as episiotomy, indiscriminate use of oxytocin, excessive vaginal touch and others.
Keywords: Humanized delivery. violence against women. obstetric center. high-risk pregnancy.

[1] Enfermeira especialista em enfermagem obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail:lncorreiasilva@hotmail.com.
[2] Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. E-mail:ellenribeirosr@hotmail.com.
[3] Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. E-mail:marrybritto@gmail.com.
[4] Doutoranda em Saúde da criança e da mulher pelo Instituto Fernandes Figueira-IFF/FIOCRUZ-PI. Docente do departamento de enfermagem da Universidade Federal do Piauí – campus Teresina. E-mail: liviacpereira4@gmail.com.
[5] Doutora em Saúde coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP. Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: ju25fb@hotmail.com.
[6] Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Caicó e Universidade Estadual do Rio Grande do Norte-UERN/Caicó. E-mail: lia_maristela@hotmail.com
[7] Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-Campus Ministro Petrônio Portella/Teresina-PI. E-mail:herlafurtado@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica consiste na imposição de um grau significativo de dor e sofrimento contra a mulher que abrange a violência física, sexual e/ou psicológica. Além disso, esta ação pode ser promovida pelos profissionais da saúde no que diz respeito ao corpo e aos processos reprodutivos da mulher por intermédio de uma assistência desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e reversão do processo de parto de natural para patológica (CARDOSO, *et al.*,2017)

Atualmente no Brasil, vive-se hoje um paradoxo perinatal, pois ao mesmo tempo em que há melhoras significativas na ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde e à disponibilização de tecnologias para diagnóstico, há uma intensa medicalização do parto e do nascimento, com a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal. Isto sinaliza uma baixa qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto. Em reflexo disso, a taxa de 53,7% de cesarianas no Brasil que é um dos exemplos mais enfáticos desta realidade (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Diante disso, é recorrente situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciadas por grávidas durante o trabalho de parto. Apesar dessas violações terem chances de acontecer em qualquer fase da gravidez, é no parto que essas mulheres se encontram mais frágeis e susceptíveis a tais acontecimentos. Em contrapartida de outros procedimentos que precisam de assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico que necessita de cuidados e acolhimento (PEREIRA *et al*., 2016).

Diante do exposto, ressalta-se as iniciativas do Ministério da Saúde em prol das melhores condições para a assistência as gestantes e parturientes. No ano 2000 foi publicado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) tendo como meta o atendimento humanizado, a melhora nas condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, objetivando a diminuição da mortalidade materna e perinatal (BRASIL,2001).

Já em 2011 a Rede Cegonha foi implantada com o intuito de complementar o PHPN através de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses, baseada em uma reorganização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com proposta de intensificar a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL,2011).

Ademais, a Lei 11.108/2005, também conhecida como Lei do acompanhante, representou também um marco importante para o reconhecimento do bem-estar da parturiente, tendo em vista esta norma foi sancionada com a finalidade de obrigar os serviços de saúde, a permitir que a mulher tenha um acompanhante para lhe apoiar durante o todo o procedimento do parto (BRASIL,2005).

Em 2013, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Maternidade Segura que objetiva respeitar a dignidade humana, os sentimentos, escolhas e preferências de todas as mulheres, portanto, é mais do que a prevenção de mortes e morbidades e sim o desenvolvimento de um olhar holístico sobre as mulheres, abrangendo todo o biopsicossocial feminino. Em 2014, a

Organização Mundial da saúde publicou em seis idiomas uma declaração oficial para prevenção e eliminação da violência obstétrica nas instituições de saúde do mundo inteiro (OMS,2017).

Diante desse cenário, permeado por ocorrências da violência obstétrica, é importante ressaltar a atuação do enfermeiro, como sendo o profissional que está inserido em todo o processo de cuidado a paciente desde o pré-natal até o parto, sendo capaz de sensibilizar a equipe para o não uso de práticas desnecessárias que não favorecem a humanização da assistência. Dessa forma, este estudo objetivou analisar a percepção dos enfermeiros sobre a violência obstétrica em maternidades terciárias de Fortaleza-CE e Campinas-SP.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, o qual objetiva interligar termos, com conceitos e suposições que possibilitam aprofundar os processos destinando seu foco à natureza socialmente construída da realidade estudada (TURATO,2013).

O número de participantes foi definido por meio do critério de saturação teórica dos dados que envolve a percepção do pesquisador e consiste no processo contínuo de análise dos dados começando já no início do processo de coleta, uma vez que considera as questões colocadas aos entrevistados e os objetivos da pesquisa na busca de novos componentes que pouco aparecem, para a partir de aí nortear a sua finalização (MINAYO,2016).

Além disso, foram incluídos no estudo os enfermeiros que trabalhavam na assistência ao pré-natal e parto a mais de seis meses e excluídos aqueles que estavam de férias, de licença e os que não aceitaram participar da pesquisa.

Dessa forma, a população do estudo foi composta por 21 enfermeiros que atuam nas maternidades de referência na Assistência ao parto e ao recém-nascido das respectivas cidades. Desses, 9 eram provenientes de Campinas-SP e atuavam no ambulatório de pré-natal de alto risco (3 enfermeiros) e (6 enfermeiros) no centro obstétrico. Além disso, a amostra do estudo foi composta por enfermeiros da cidade de Fortaleza-CE, os quais exerciam suas atividades no ambulatório de pré-natal de alto risco (3 enfermeiros) e no centro obstétrico (9 enfermeiros).

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a dezembro de 2015 e foi realizada pela equipe de pesquisadores em uma sala que promovesse conforto e privacidade aos participantes e, quando possível, durante o horário de trabalho dos participantes. Por conseguinte, sucedeu-se a entrevista semiestruturada, que consiste em uma conversação na qual o entrevistador procura conduzir a fim de obter elementos para entender ou esclarecer os objetivos propostos.

As entrevistas foram gravadas e seu desenvolvimento deu-se com o uso de um roteiro semiestruturado contendo dados sociodemográficos e perguntas abertas sobre: o conceito de humanização, a motivação que levou o profissional a trabalhar na área, a definição de violência obstétrica e a ocorrência da violência na assistência ao pré-natal e ao parto.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e exploração do

material. Na pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante do material para que os mesmos fossem organizados de acordo com as ideias que emergiram nas entrevistas.

Em seguida, procedeu-se com a *exploração do material* mediante a leitura de todo conteúdo com o objetivo de, não só, agrupar as ideias convergentes e divergentes, como também, identificar as unidades de sentido das quais originaram-se temáticas de análise. Os dados foram analisados com base no marco conceitual sobre a humanização da gestação e parto propostos pelos programas e políticas do MS e nos resultados de estudos publicados sobre a temática (MINAYO,2016).

O presente estudo segue os princípios éticos abordados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as pesquisas em seres humanos (BRASIL,2012a). Além disso, a pesquisa foi aprovada junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas com o nº do parecer 923.073. Ressalta-se, ainda, que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 15 enfermeiras que trabalhavam no centro obstétrico e seis que atuavam no ambulatório de assistência ao pré-natal de alto risco das maternidades de Campinas e Fortaleza. As participantes tinham idade média de 26 a 59 anos, tempo de formação de 2 a 34 anos e trabalhavam de 10 meses a 34 anos nas respectivas funções, com carga horária de 30 horas semanais. Das participantes que trabalhavam na maternidade de Campinas, apenas sete eram especialistas em Enfermagem Obstétrica, enquanto que em Fortaleza todas concluíram a especialidade.

Resultados

Significados da humanização da assistência ao pré-natal e parto

A maior parte das participantes relatou que foram motivadas a trabalhar na área obstétrica desde a graduação por incentivo dos docentes, por participarem de grupos de estudos e mencionaram ainda a afinidade com a área. As demais relataram ingressar na área em decorrência da oportunidade do concurso público e por sentirem a necessidade de não trabalhar em regime de plantão.

Três enfermeiras de Fortaleza e duas de Campinas mencionaram que a humanização do pré-natal se dá quando o profissional favorece o empoderamento da mulher ao esclarecer informações sobre a gestação, parto e nascimento. Relataram ainda a importância em prestar assistência a mulher de forma holística respeitando as diferenças culturais e individuais de cada uma.

> "...Humanização é você fazer com que o teu indivíduo de trabalho, de estudo, a tua clientela possa se empoderar daqueles conhecimentos, possam estar independentes para escolher o que ela quer, ela possa saber buscar o que é melhor para ela, e possa ter neste profissional, um link, um elo..." (Enf.3 Fort)

> "... trabalhar holisticamente o indivíduo. Eu não trabalho só a barriga do indivíduo, o binômio mãe e filho, mas dentro do binômio mãe e filho, tem uma família, tem uma história de vida, tem um sofrimento, tem uma vida social". (Enf. 3 Fort.)

Quanto à humanização da assistência ao pré-natal, uma participante da maternidade de Fortaleza mencionou algumas práticas, como a escuta qualificada e os encaminhamentos para equipe multidisciplinar quando necessário. Em Campinas, uma participante relatou a importância de esclarecer as normas e rotinas da instituição, da formação do vínculo e a importância presença do acompanhante no pré-natal.

> "...Então, depois do grupo, eu geralmente pergunto "se alguém quiser conversar comigo sozinha, ou então em um outro momento..."você é muito bonita... você está muito bem hoje..., então esse momento, dá uma abertura para o outro te procurar, e aí você fazer suas orientações, você ter uma escuta para aquele indivíduo. (Enf.3 Fort.)

> "... O conteúdo técnico científico é o mesmo, mais tem um jeito para chegar na paciente. Então, eu acho que tudo isso são práticas que é humanização, quando a gente chama pelo o nome, eu anoto o nome de todos os bebês no prontuário, eu já chamo o bebê pelo o nome, e eu percebo que isso cria um vínculo muito maior, e eu gosto muito de trabalhar assim..." (Enf.2 Camp.)

No centro obstétrico, a maior parte dos participantes das duas maternidades relataram que a humanização consiste em dispor de uma assistência de qualidade, respeitar as escolhas da mulher e realizar assistência com base nas evidências científicas. Além disso, mencionaram a importância de evitar intervenções desnecessárias, bem como o uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, o favorecimento do contato pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida.

> **"...** respeitar o desejo dessa mulher, deixar ela confortável, ouvir o que ela tem para nos falar, respeitar os direitos da paciente e entender que aquele momento é mais dela do que nosso" ... (Enf.1 Camp.)

> "... realização de medidas não-farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto, a inclusão do acompanhante em todos os períodos, ter um parto com menor intervenção possível e quando tiver intervenção ela deverá ser informada enquanto a isso..." (Enf.3 Camp.)

Na maternidade de Fortaleza, uma enfermeira relatou a importância de dispor de um profissional que forneça apoio de qualidade, conforme relato a seguir:

> "...A gente tem várias tecnologias de alívio da dor, mas você não estar ali com a presença de qualidade para aquela mulher, acho que isso é muito importante, porque mais importante que você ofertar todos os equipamentos que você tem, toda a estrutura que você tem, é você está disponível para ela, é você tentar entender o que ela necessita". (Enf. 7 Fort)

Percepção dos enfermeiros sobre a violência obstétrica na assistência ao pré-natal e parto de alto risco

O conceito de violência obstétrica no pré-natal relatado pelas participantes das duas maternidades consiste na ocorrência de agressões verbais por parte dos profissionais de saúde, na realização de práticas que não são mais recomendados, e na assistência ao pré-natal sem qualidade por conta da demanda excessiva e do número reduzido de profissionais enfermeiros para atender a demanda do serviço.

Em Fortaleza, duas enfermeiras consideraram que a violência obstétrica se relaciona a falta de liberdade da mulher para condução do seu parto, e uma mencionou que uma manifestação da violência seria negar informações à gestante. Em Campinas, uma enfermeira mencionou que impor as pacientes para participarem grupo de gestante é uma violência.

> " ... tipo há na hora de fazer não doeu"... E isso elas relatam que foram maltratadas, que gritaram com ela, que ela já passou por um momento do parto que brutalmente assim "cala a boca, na hora você não gritou agora vai ficar gritando..." (Enf.2 Camp.)

> "Então, eu acho que o ideal, como eu já falei, seria trabalhar com mais profissionais para você dar um outro tipo de atendimento, porque eu me sinto sobrecarrega para fazer tudo, porque tem uma hora que a gente não consegue atender bem porque tem muitos pacientes para atender..." (Enf.1 Camp.)

> "...olha, a violência eu acho que é não prestar informação a essa mulher, não atender dignamente, não deixar que ela se expresse..." (Enf.2 Fort)

Com relação a violência obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto, a maioria dos participantes das duas maternidades conceituaram a violência como o fato de não explicar o procedimento a paciente, o desrespeito à privacidade, o excesso do toque vaginal por parte estudantes, ocorrência das cesáreas sem indicação e a imposição da posição de parto e da força no momento expulsivo. Duas enfermeiras de Fortaleza consideraram um ato de violência o

profissional não se apresentar ao paciente, não chamar as parturientes pelo nome e agredi-las verbalmente.

> "...então a violência obstétrica vai nesse sentido de você fazer um procedimento com a paciente sem explicar o quê que está sendo feito né, aqui uma..." (Enf.4 Fort)
>
> "...violência obstétrica é a imposição de técnicas invasivas sem orientação prévia, é o profissional não se identificar para a gestante, realizar qualquer procedimento sem uma comunicação prévia..." (Enf.6 Camp.)
>
> "... fazer uma episiotomia sem perguntar para ela se ela deseja que seja feita, isso também é uma violência obstétrica. Encaminhar ela para uma cesárea dizendo que é um sofrimento fetal, simplesmente porque não querer acompanhar o trabalho de parto dela..." (Enf.7 Fort.)
>
> "...essa questão de ser imposto para a gestante a posição de parto dela, o tipo de parto dela, ela ter que ficar em jejum por orientação médica, ser obrigado para ela uma indução do trabalho de parto, ela não poder ficar com o acompanhante de for do desejo dela, ela não poder opinar na questão da episiotomia..." (Enf.1 Camp.)
>
> "... na hora de fazer foi bom, foi ótimo, mas agora aguenta na hora de ter" A gente observa alguns termos, ..." (Enf. 2 Fort.)

Ocorrência da violência obstétrica na assistência pré-natal e obstétrica

Com relação a ocorrência da violência na assistência pré-natal apenas duas participantes mencionaram não presenciar esse tipo de violência no serviço. Na maternidade de Campinas uma enfermeira presenciou a falta da escuta qualificada por parte dos profissionais e relatou que a demanda excessiva e o pouco tempo para o atendimento favorecem a ocorrência da violência institucional.

> ".... Eu acho que aqui não tem violência institucional, acho que os profissionais são super abertos, atendem bem, todo mundo vai atrás de resolver o problema, a estrutura do hospital é muito boa, a gente tem um suporte para tudo que quer fazer, tem apoio para participar de eventos..." (Enf.1 Camp.)
>
> "... Assim, ultimamente, graças a Deus, eu vejo bem menos a violência obstétrica, mas assim, algumas coisas que ainda me deixam angustiadas..." (Enf.2 Fort.)
>
> "... a violência obstétrica de uma forma geral eu acho que a gente ainda presencia pontualmente, as vezes as pessoas cometem uns atos falhos sem pensar.

> Quando você não comunica a mulher o que está sendo realizado, quando você impõe determinada coisa a mulher, a mulher tem que se levantar da cama...” (Enf.9 Fort.)

Dentre os profissionais que atuavam na assistência ao pré-natal de alto risco da maternidade de Fortaleza, uma enfermeira mencionou a existência do preconceito com o atendimento de adolescentes grávidas, a falta de exames laboratoriais básicos, a escassez de ambiência do setor e não garantir visita a maternidade antes parto para todas as gestantes acompanhadas no ambulatório.

> “...Porque às vezes, chega aqui uma menina com 12 anos, aí às vezes o profissional pode... Por que às vezes isso acontece..., mas poderia, por exemplo... “a menina tão nova, já grávida” ... O julgamento. (Enf.1, Fort.)

> “... não garantir os exames básicos, não garantir a visita na maternidade, não garantir uma boa ambiência, um ambiente adequado para o atendimento...” (Enf.2, Fort)

A maioria dos participantes do centro obstétrico das duas maternidades relataram presenciar muitos procedimentos desnecessários como: episiotomias, uso indiscriminado de ocitocina, amniotomia precoce acarretando inúmeras cascatas de intervenções, analgesia sem consentimento, comentários desnecessários, imposições a mulher, falta de acolhimento adequado e a exclusão do acompanhante.

> “... algumas coisas que ainda me deixam angustiadas, algumas episiotomias desnecessárias, mas que diminuiu muito, mas que ainda tem...” (Enf.2 Fort.)

> “... diariamente. É eu percebo uso indiscriminado de ocitocina nesse lugar, eu percebo muitas episiotomias desnecessárias, eu percebo que não respeitam às vezes algumas coisas que a paciente pede que as vezes é banal...” (Enf.2 Camp.)

> “...é feito amniotomia indiscriminadamente. Foi retirado os amiótomos para que não se faça amniotomia, e eles pedem para que a gente abra o kit de rafia para usar uma pinça dente de rato que muitas vezes a

> apresentação está tão alta, que ele não alcança com a pinça, e ele fica brigando, dizendo absurdos que tem, porque tem que romper aquela bolsa. (Enf.7 Fort.)

> "...essa coisa de falar com a paciente de forma grossa, a analgesia que é feita sem consentimento ou a desvalorização da dor, o próprio obstetra que não permite que o acompanhante entre na sala porque não foi com a cara da pessoa, então eu identifico que infelizmente existe esse tipo de coisa sim..." (Enf.3 Camp.)

> "…existe a imposição da paciente mais muitas delas acabam não questionando até por não conhecer, ..." (Enf.6 Camp.)

No centro obstétrico de Fortaleza, três enfermeiras presenciaram a ocorrência de violência obstétrica quando o profissional não explicou o procedimento antes de realizá-lo na paciente, e duas mencionaram o excesso de toques por parte dos médicos, residentes e internos bem como a falta de registro na evolução. Ademais, uma enfermeira mencionou a ocorrência de falso registro no partograma, falta de leitos e a necessidade de permanecer em maca defeituosa.

> "...sem nem orientar para ela se aquilo que você está fazendo, qual o objetivo, o que ela vai sentir, eu acho uma violência obstétrica..." (Enf.2 Fort.)

> "... você tem as vezes uma paciente que acabou de ser tocada, vem um interno e diz: "doutor, a gente acabou de tocar aquela paciente" aí vem um interno e toca, vem um médico e toca, vem um residente e toca. ... tudo lindo no partograma, sendo que eu já disse, esses toques são feitos indiscriminadamente. Tem médicos aqui...e eles não registram na evolução..." (Enf.7 Fort.)

No centro obstétrico de Campinas, as participantes presenciaram violência verbal, desvalorizando a dor da paciente além de grande demanda de pacientes, sobrecarga de trabalho e a falta de respeito com a paciente:

> "...eu vejo aqui é que a paciente acaba sendo muito guiada, a fazer força mais não na questão de ser uma violência e sim orientações que eles fazem para o parto acontecer de uma forma correta..." (Enf.1 Camp.)

Discussão

Os resultados do estudo retratam que, apesar da violência obstétrica estar presente na assistência ao pré-natal e parto de alto risco, houve uma diminuição dos índices de violência nos respectivos setores.

O modelo de assistência ao pré-natal e parto no Brasil ainda é permeado por prática intervencionista. Este fato associa-se com os resultados deste estudo que aponta para a diminuição dessa prática na assistência ao trabalho de parto e parto. Contudo, ainda se faz presente o uso de práticas prejudiciais e desnecessárias, como: uso indiscriminado de ocitocina sintética, excesso de toque vaginal por parte residentes e médicos, episiotomia e amniotomia de forma precoce para acelerar o nascimento e cesarianas (RODRIGUES, *et al*.,2017).

Evidências apontam que não há justificativas clínicas suficientes para um percentual tão elevado de cesáreas no Brasil de 55,6% e no setor privado chega em torno de 85,5%. Isso é reforçado em estudo realizado em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, no qual foram identificadas divergências entre as indicações documentadas em prontuário e as informadas às parturientes. Além disso, o estudo constatou que a realização da cesariana já foi pré-determinada durante o pré-natal, principalmente quando este foi realizado em instituições privadas (VIANA, *et al*.,2018).

A percepção dos enfermeiros acerca da humanização da assistência ao pré-natal e parto ressalta a importância do profissional favorecer experiências positivas para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações, uma boa comunicação entre a equipe e a mulher e sua família é fundamental para se alcançar tal objetivo. Faz-se necessário também o reconhecimento dos diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, procurando a individualização do cuidado, de encontro a essas expectativas, sempre que possível (RODRIGUES, *et al*.,2017).

A compreensão da violência obstétrica na assistência ao pré-natal e centro obstétrico de alto risco, os participantes relataram a falta de assistência adequada e agressões verbais por parte dos profissionais como por exemplo “cala a boca, na hora você não gritou e agora vai ficar gritando”. Contudo, pesquisas apontam que durante a gestação a mulher experimenta um misto de sensações e sentimentos que podem ser negativos quando associados a violência obstétrica (SILVA; SILVA; ARAÚJO,2019).

A ocorrência da violência obstétrica nos serviços de atendimento ao pré-natal e parto, em que o preconceito dos profissionais com as adolescentes grávidas, condiz com o conceito de violência obstétrico atribuído pela Organização Mundial de Saúde ao afirmar que a falta de um ambiente acolhedor e digno reflete na vivência de experiências negativas durante a gestação (BRASIL,2012b).

A prática desnecessária da episiotomia é relatada pelos profissionais do centro obstétrico como uma violência obstétrica. Essa prática diverge das recomendações da OMS e do MS que contraindicam o uso rotineiro da episiotomia e ressaltam que esta não ultrapasse 15% dos partos. O Ministério da Saúde, ao avaliar a satisfação de 200 mil mulheres sobre o atendimento dos

profissionais na assistência obstétrica, identificou que metade delas relataram insatisfação com a qualidade da assistência médica e hospitalar recebida durante o nascimento (BRASIL, 2012b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de humanização da assistência ao pré-natal e parto atribuído pelos profissionais deste estudo condiz com as recomendações da OMS e MS, no entanto, apesar da diminuição dos índices de violência no Brasil, esse fato ainda é presente na assistência obstétrica.

A prática do enfermeiro neste contexto enaltece a humanização da assistência, favorece o parto respeitoso, contribui para a oferta de um ambiente acolhedor a mulher e sua família, promove o empoderar da mulher por meio das orientações oferecidas desde o pré-natal e acima de tudo coloca em foco a importância de dispor de uma assistência centrada para o respeito às escolhas da mulher.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de mudanças na prática dos profissionais em prol de uma assistência obstétrica humanizada às mulheres e familiares. Dessa forma, faz-se necessário investimentos para estruturar melhor as maternidades, dispor de capacitações dos profissionais a fim de prepará-los para dispor de uma assistência de qualidade pautada nas evidências científicas e no respeito às normas e condutas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, que considera a mulher de forma holística e contribui para a redução da violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde**. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. 1° edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução Nº 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentos de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 27 de jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil - **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, 2012b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em 27 de jun. 2017.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 11 de junho de 2017

BRASIL. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 11 de junho de 2017

CARDOSO, F.C.*et al*. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UFPE online**, v.11, n.9, p.3346-53,2017.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34.ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2016.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.26, n.2, p. 1-10,2017.

OMS. Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf 14. Acesso em: 15 jun. 2017.

PEREIRA, J. S. *et al*. Violência obstétrica: ofensa e a dignidade humana. **Brazilian jornal of surgery and clinical research**, v.15, n.1, p.103-08,2016.

RODRIGUES, F.A. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério,** v.32, n.2, p.78-84,2017.

SILVA, F.M.; SILVA, M.L; ARAÚJO, F.N.F. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**,v.3,n.4,p.25-34,2018.Disponível em: https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924 . Acesso em: 16 jul. 2020.

VIANA, T.G.F; MARTINS, E.F; SOUSA, A.M.M; SOUZA, K.V, REZENDE, E.M; MATOZINHOS, F.P. Motivo da realização de cesárea segundo relatos das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. **REME- Rev Min Enferm.**, v.22, n.1, p.1-8,2018.Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1211. Acesso em: 16 jul. 2020

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

Capítulo 50

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

PREVENTION AND CONTROL OF HOSPITAL INFECTIONS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Luziana de Paiva Carneiro[1]
Karine Sales Braga Alves[2]
Alana Mara Lima Feijão[3]
Letícia Kessia Souza Albuquerque[4]
Cleane Maria dos Santos Teles[5]
Francisca Camila Teixeira Mesquita[6]
Francisco Marcelo Alves Braga Filho[7]

RESUMO: Este estudo objetivou analisar a atuação da equipe de enfermagem na prevenção e controle de infecções hospitalares dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, por meio de uma revisão de literatura. Os dados foram coletados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. A busca pelos artigos foi realizada utilizando-se os descritores abaixo citados. Os resultados foram analisados com base na análise de conteúdo, que evidenciou as seguintes categorias temáticas: Fatores de risco relacionados à Infecção Hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais; Assistência de Enfermagem na prevenção e controle de Infecção Hospitalar Neonatal. O conhecimento dos fatores de riscos relacionados a infecções hospitalares dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais é de grande relevância, pois permite que os profissionais envolvidos na assistência elaborem um plano de cuidados diferenciado e específico para cada condição apresentada pelo paciente, tendo como objetivo a prevenção e controle dessas infecções.
Palavras–chave: Infecções Hospitalares. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to analyze the performance of the nursing team in the prevention and control of hospital infections within Neonatal Intensive Care Units, through a literature review. The data were collected in the databases of the Virtual Health Library. The search for the articles was carried out using the descriptors mentioned below. The results were analyzed based on content analysis, which showed the following thematic categories: Risk factors related to Hospital Infection in Neonatal Intensive Care Units; Nursing Assistance in the prevention and control of Neonatal Hospital Infection. Knowledge of the risk factors related to hospital infections within Neonatal Intensive Care Units is of great relevance, as it allows professionals involved in assistance to develop a differentiated and specific care plan for each condition presented by the patient, with the objective of prevention and control of these infections.
Keywords: Hospital Infection. Neonatal Intensive Care Unit. Nursing.

[1] Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: luzianapv@gmail.com
[2] Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: karinesalesbragaalves@gmail.com
[3] Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: alana-mara1@hotmail.com
[4] Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: kessiasouza1993@gmail.com
[5] Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: cleane@stacasa.com.br
[6] Graduada Em Enfermagem Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: camilamesquitadocs@gmail.com
[7] Graduado Em Fisioterapia Pelo Centro Universitário INTA – UNINTA.
E-mail: marceloalvesfisio@gmail.com

INTRODUÇÃO

Infecção hospitalar é aquela cuja evidência diagnóstica (clínica, laboratorial e microbiológica) ocorre após as primeiras 48 horas de internação em unidade hospitalar (BRASIL, 2008).

As Infecções hospitalares demonstram um grande problema para a segurança e qualidade de vida do paciente, além disso, seu impacto pode resultar em hospitalização prolongada, incapacidade a longo prazo, morte, além de um maior custo financeiro para as instituições de saúde como também, para o paciente e seus familiares(LORENZINI, E; COSTA, T.C; SILVA, E.F. 2013, p.107-113).

Há alta incidência de infecções hospitalares, no Brasil, estima-se que 3% a 15% dos pacientes hospitalizados desenvolvem Infecção Hospitalar. Devido a esse grande número, o Ministério da Saúde criou um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que é um conjunto de ações que são desenvolvidas de forma deliberada e sistematicamente, com o objetivo da redução máxima da incidência dessas infecções (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2010).

A Portaria nº 2.616/98 regulamenta o Programa Nacional de Controle de Infecção e a implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Dentre as atribuições do CCIH está a educação permanente dos profissionais tendo como objetivo, a prevenção e o controle de infecções hospitalares (BRASIL,1998).

Apesar de todos os esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, publicações recentes demonstraram que dentre os grandes desafios que persistem na área da saúde, o Brasil, continua em busca de reduzir a incidência de infecções adquiridas nos serviços de saúde. Alguns autores consideram também que esse seja um problema de grande magnitude, pois muitos hospitais contam com Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), mal estruturados e que não priorizam a vigilância e educação permanente (VICTORA, C.G; BARRETO, M.L et al. 2011).

A infecção hospitalar é uma complicação comum nos pacientes hospitalizados e mostra-se como uma importante causa de morbidade e mortalidade também em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (DAL-BO, K; SILVA. R.M; SAKAE, T. M, 2012) .

A mortalidade neonatal corresponde a um terço da mortalidade infantil global. A incidência de infecções hospitalares é descrita na literatura com variações entre 18 e 34%, podendo chegar a 40% de todos os óbitos neonatais nos países em desenvolvimento (VIANNA, M.S; BRAGA, A.M; MENEZES, L.C.A; et al.2012, p.69-74).

Estima-se que cerca de um terço das infecções hospitalares poderiam ser prevenidas, se os hospitais tivessem programas eficientes de controle de infecção (TOMAZ, V.S; ALMEIDA, P.C; MONTEIRO, W.M.S. et al,2011).

Apesar dos programas de vigilância epidemiológica e das medidas preventivas para controle das infecções hospitalares, o risco para seu desenvolvimento permanece ainda bastante elevado (CAMPOS, D.V; PEREIRA, H.O;LIMA,F.S.2012,p.123-126).

Na busca pela redução da ocorrência da infecção hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva, as atividades de educação permanente devem ser realizadas continuamente pelos profissionais do serviço a fim de favorecer uma melhora na assistência prestada e redução da infecção cruzada.

O cuidado com o recém-nascido deve ser diferenciado e minucioso, pois sua pele é a principal porta de entradas dessas infecções (PINHEIRO, M.S.B; NICOLETTI, C; BOSZCZOWSK, I; PUCCINI, D.M.T et al.2009).

Portanto, a equipe de enfermagem das unidades de tratamento intensivo neonatal e a CCIH devem trabalhar em conjunto, capacitando à equipe assistencialista, e buscando detectar possíveis falhas a fim de melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos (MONTANHOLI, L.L; MERIGHI. M.A.B; JESUS, M.C.P. 2011).

Diante disso, nota-se a importância do cuidado constante e do olhar clínico de toda a equipe profissional da unidade neonatal, em especial da equipe de enfermagem que são os que prestam assistência 24 horas à beira do leito tornando possível: a identificação dos primeiros sinais e sintomas da infecção hospitalar, qual o tipo de infecção, se hospitalar ou não, e o tratamento imediato dos recém-nascidos infectados, pois a detecção precoce dessas complicações pode melhorar de forma significativa a evolução do paciente.

Enquanto enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a escolha desse tema justificou-se pelo elevado número de casos de recém-nascidos com infecção hospitalar no ambiente da UTI Neonatal, que geralmente está associada aos procedimentos e intervenções terapêuticas e ao longo período de internação para tratamento de suas enfermidades.

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a atuação da equipe de enfermagem na prevenção e controle de infecções hospitalares dentro das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, por meio de uma revisão de literatura.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, realizado na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, sobre o tema: Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

A revisão integrativa é um método de revisão bastante amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M.2008).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer algumas etapas, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (POMPEO, D. A; ROSSI, L.A; GALVAO, C.M.2009).

Para a obtenção deste estudo, a pergunta norteadora foi: quais as e evidências disponíveis na literatura sobre prevenção e controle de infecções hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais? Como essas evidências podem contribuir para a redução dessas infecções?

Para a realização deste estudo, o mesmo foi dividido em etapas. Na primeira etapa buscou-se a identificação do material de interesse. Nesse momento, foram delimitadas as bases de dados, constituída por produções científicas publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Lilacs, Medline e Bdenf. Na segunda etapa buscaram-se as produções científicas de interesse e como estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores: Infecção hospitalar, Enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A busca pelos artigos foi realizada no mês de maio de 2015, tendo como critérios de inclusão das produções a disponibilidade em texto completo e a sem delimitação temporal, em inglês ou português.

Os critérios de exclusão foram teses, monografias, editoriais, textos não disponíveis na íntegra, bem como os que não atendiam aos objetivos do estudo.

Na terceira etapa, foi realizada a leitura do material selecionado, com base em uma ficha elaborada para cada produção possibilitando a organização dos dados, considerando as variáveis: base de dados; ano de publicação; tipo de produção e, objeto, segundo a análise dos autores, assim, foram selecionadas e analisadas 15 produções, sendo 6 artigos indexados no Lilas, 6 artigos na Medline, 3 na Bdenf.

Na quarta etapa realizou-se a análise destas produções, com base na análise de conteúdo de Bardin(2009), aplicando-se a regra de pertinência, isto é a adequação do material e sua correspondência com o objetivo que suscita sua análise, com base no recorte do tema definido. Assim, identificaram-se os núcleos de sentido de cada categoria. Após a aplicação da regra de exclusividade e reorganização dos núcleos de sentido, chegou-se à delimitação de categorias temáticas.

RESULTADOS

A análise temática de conteúdo permitiu a construção de duas categorias temáticas: Fatores de risco relacionados a Infecção Hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais; Assistência de Enfermagem na prevenção e controle de Infecção Hospitalar Neonatal. O quadro a

seguir apresenta os artigos selecionados conforme título do artigo, autores, ano de publicação e tipo de estudo.

Quadro 1. Quadro resumo dos artigos encontrados

IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	AUTORES/ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO
1. Associação entre hospitais e reconhecimento da excelência da enfermagem e os resultados dos próprios bebês com baixo peso ao nascer. Association Between Hospital Recognition for Nursing Excellence and Outcomes of Very Low Birth Weight Infants.	Lake, Staiger, Horbar et al,2012.	Descritivo. Quantitativo.
2. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Ventura, Alves e Meneses, 2012.	Exploratório e descritivo por meio de análise documental
3. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal.	Lorenzini, Costa e Silva, 2013.	Descritivo, Qualitativo.
4. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Martinez, Campos e Nogueira, 2009.	Estudo prospectivo e observacional.
5. Infecções neonatais hospitalares	Pinhata e Nascimento, 2001.	Descritivo. Revisão bibliográfica.
6. Infecção hospitalar em recém-nascidos: Inevitável ou Evitável? Nosocomial Infection in Neonates: Inevitable or Preventable?	Newby, 2008.	Descritivo. Qualitativo.
7. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Oliveira, Souza e Silva et al, 2013.	Descritivo. Quantitativo e Retrospectivo.
8. As infecções hospitalares no cenário da terapia intensiva neonatal: uma contribuição para enfermagem.	Araújo e Máximo, 2009.	Descritivo. Revisão bibliográfica.
9. Taxas de infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal.	Bittencourt, Lima e Barbosa et al, 2009.	Descritivo. Quantitativo.
10. Enfermeiros em conformidade com a prática de higienização das mãos e do conhecimento no hospital Klang Valley. **Nurses compliance to hand hygiene practice and knowledge at Klang Valley hospital.**	Ho SE, Ho CC, Hng SH et al, 2013.	Descritivo e Transversal.
11. Transmissão de Candida parapsilosis Candidemia em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Lupetti, Tavanti, Davini, et al,2002.	Descritivo. Qualitativo.

12. Principais causas de óbitos de recém-nascidos internados em UTI Neonatal.	Taveira, 2009.	Descritivo. Transversal. Quantitativo.
13. Particularidades imunológicas de recém-nascidos prematuros extremos: um desafio para a prevenção de septicemia nosocomial. Immunological peculiarities of extremely preterm infants: a challenge for the prevention of nosocomial sepsis.	Pinhata e Rego, 2005.	Revisão Bibliográfica. Quantitativo e Retrospectivo.
14. Prevalência de colonização de recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por microrganismos multirresistentes e de importância hospitalar.	Campos, Pereira e Lima,2012.	Quantitativo. Exploratório e Descritivo.
15. Intervenções de melhoria da qualidade realizada pela enfermagem para reduzir infecção hospitalar na UTIN. *Nurse-Driven Quality Improvement Interventions to Reduce Hospital-Acquired Infection in the NICU.*	Ceballos, Waterman,Hulett et al, 2013.	Descritivo. Qualitativo.

DISCUSSÃO

1. Fatores de risco relacionados à Infecção Hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais

Após a leitura dos artigos percebeu-se que inúmeros fatores estão associados à ocorrência de Infecção Hospitalar em Terapia Intensiva Neo Natal, isso porque a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um local que realiza assistência a pacientes de alta complexidade, o que torna essencial a investigação dos casos de infecção hospitalar tendo em vista alguns fatores que facilitam essas infecções, como a extrema suscetibilidade desses pacientes; o surgimento de bactérias cada vez mais resistentes, devido ao uso indiscriminado de antibióticos; a ausência da utilização de um processo de trabalho de enfermagem sistematizado, falha na atuação da CCIH, além do alto custo hospitalar para tratamento dessas infecções (PINHATA, M.M; REGO, M.A. C,2005).

Portanto trata-se de um assunto de grande relevância, em que todos os esforços devem ser realizados com o intuito de melhorar esta problemática ficando evidente a grande necessidade de se fazer uma vigilância epidemiológica das infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

As literaturas encontradas mostram que o desenvolvimento das infecções hospitalares em neonatos também está relacionada com a superlotação das unidades, às deficiências de recursos humanos, à infraestrutura dos serviços de saúde, a utilização de procedimentos invasivos por

longos períodos, como também aos fatores do próprio recém-nascido (OLIVEIRA, C.O.P. et al.2013).

As Infecções hospitalares nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais são aquelas adquiridas no período intraparto (origem materna e manifesta em 48 horas de vida), durante a hospitalização, ou 48 horas após a alta, com exceção das infecções transplacentárias (MONTANHOLI, L.L; MERIGHI, M.A.B; JESUS, M.C.P.2011).

As evidências também mostraram que os fatores de risco de infecções hospitalares para o recém-nascido são classificados considerando os intrínsecos, que são próprios do recém-nascido e os extrínsecos, relacionados aos fatores externos ao mesmo. Dentre os fatores intrínsecos estão o baixo peso ao nascer; prematuridade; grau de desenvolvimento imunológico; severidade da doença de base; extrínsecos - período de hospitalização e uso de procedimentos invasivos (MALAQUIAS, S.G; BACHION, M.M; NAKATANI ,A.Y.K. 2008).

Os fatores de risco extrínsecos associados com o desenvolvimento de infecções hospitalares foram à utilização de dispositivos intravasculares, entubação, desequilíbrio da flora induzido por antibióticos e exposição contínua às infecções hospitalares, devido à internação prolongada.

Outro achado evidenciado nos artigos refere-se que o uso prolongado de medicações, muitas vezes usada em altas doses está relacionado ao aumento da suscetibilidade do neonato a infecção. Outros fatores exógenos que também podem constituir ameaças à manutenção da integridade fisiológica são os procedimentos técnicos, a instalação de equipamentos, o uso de traqueostomias, as punções venosas, o uso de inaladores e ventiladores mecânicos que facilitam a veiculação de microorganismos (FLORES, A.2008).

Isso porque os recém-nascidos prematuros permanecem por longo período de internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, sendo submetidos a diversos procedimentos invasivos como: cateterismo arterial e venoso, nutrição parenteral, entubação traqueal, sondagem gástrica ou gastroduodenal, derivações ventrículo-peritoniais, drenagem torácica e ventilação mecânica favorecendo ao surgimento de infecções.

Esses agravos, segundo a literatura representam aumento da morbi-mortalidade dos neonatos, que representam 38% do coeficiente de mortalidade infantil, aproximadamente 75% na primeira semana de vida, cuja sepse constitui uma das principais causas de óbitos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (TAMEZ, R.N; SILVA,M.J.P.2006).

Portanto, o trabalho da equipe de enfermagem mostra-se como fator primordial na realização de uma assistência de qualidade, reduzindo desta forma, o número de casos de infecções hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva neonatais, favorecendo a uma maior sobrevida desses recém- nascidos.

2. Assistência de Enfermagem na prevenção e controle de Infecção Hospitalar Neonatal

Os artigos encontrados foram unâmines em defender a lavagem das mãos como principal ação de controle de infecção hospitalar, portanto, as infecções hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais devem ser prevenidas por meio da lavagem adequada das mãos, a restrição de grande circulação de pessoas, o uso de indumentária estéril em procedimentos invasivos além de técnica asséptica, o uso de protocolos para realização de curativos, a desinfecção química de superfícies, material para uso individual e coletivo periodicamente e a esterilização de materiais nas UTIs Neonatais (MARTINEZ,M.R. et al.2009).

Segundo os autores selecionados, cerca de 30% dos casos de infecções relacionadas à assistência à saúde são considerados preveníveis através da utilização de medidas simples, sendo a lavagem correta das mãos pelos profissionais de saúde a mais efetiva delas, pois são as mãos que transportam o maior número de microorganismos aos pacientes, através do contato direto ou de objetos. Dentre esses microorganismos, muitos são patógenos potenciais, como S. aureus, E. coli, P. aeruginosa e E. fecaelis, sendo metade deles multirresistente aos antibióticos(CAMPOS, L.A.F. et al.2006).

Desta forma, para a prevenção de infecções a lavagem das mãos torna-se o fator primordial, sendo indicada antes de ministrar medicamentos por via oral, preparar nebulização, antes e após a realização de trabalhos hospitalares, atos e funções fisiológicas ou pessoais, antes e depois do manuseio de cada paciente, do preparo de materiais ou equipamentos, da aplicação de medicamentos injetáveis, da higienização e troca de roupa dos pacientes (CAMPOS, L.A.F. et al.2006).

Alguns problemas foram identificados na adesão à higienização das mãos, segundos a literatura, como a não utilização de sabonete ou anti-sséptico que devem ser utilizados em UTIs, o esquecimento de algumas etapas deste procedimento e o ato de não observar as superfícies das mãos, estão entre as principais falhas na técnica de higienização por parte dos profissionais, e que esses preocupam-se mais com a quantidade do que com a qualidade da técnica(BRASIL,2008).

Embora reconheçamos a multidisciplinaridade na atenção ao recém-nascido, considera-se que a enfermagem, e mais especificamente o Enfermeiro Neonatal possui fundamental importância no cuidado e manuseio do neonato em tratamento intensivo. Este pressuposto baseado na prática assistencial do enfermeiro de forma direta e próxima ao recém-nascido hospitalizado em UTI Neonatal. Além de ser um dos principais profissionais envolvidos nos cuidados, permanece por um maior período com o recém-nascido e sua família.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o recém-nascido é extremamente suscetível a adquirir infecções por um grande número de microrganismos. Isto se deve ao fato de apresentar sua

imunidade bastante comprometida. Esta suscetibilidade está relacionada a vários fatores: intrínsecos e extrínsecos.

O conhecimento desses fatores de riscos relacionados a infecções hospitalares é de grande relevância, pois permite que os profissionais envolvidos na assistência elaborem um plano de cuidados diferenciado e específico para cada condição apresentada pelo paciente, os quais devem ser continuamente revistos, tendo como objetivo a prevenção e controle das infecções. Os procedimentos invasivos são os que mais expõem os recém-nascidos ao risco de adquirir infecção hospitalar, pois se caracterizam pelo rompimento da proteção do meio interno contra o meio externo, daí a importância da higienização das mãos e utilização de técnicas assépticas durante procedimentos.

Algumas medidas podem ser realizadas com o intuito de prevenir as infecções hospitalares dentro do próprio serviço como: a implementação de treinamento e capacitação da equipe de saúde, pois o risco de infecção é maior nos pacientes mais graves internados em UTI's, devido às condições de fragilidade dos pacientes e aos procedimentos invasivos a que são submetidos.

Portanto, é obrigação de todos os profissionais de saúde que assistem ao recém-nascido, observar todas as orientações disponíveis e necessárias que tenham como objetivo a prevenção de infecções hospitalares, além de permanecer em constante alerta para qualquer evento que possa proporcionar risco ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Neonatologia: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998.** Brasília (DF): 1998. Disponível em: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/1998.htm>.Acesso em 02 out.2014.
4. CAMPOS, L.A.F. et al. **Infecções adquiridas no berçário: epidemiologia, prevenção e controle.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
5. CAMPOS,D.V;PEREIRA,H.O;LIMA,F.S.Prevalência de Colonização de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por microorganismos multirresistentes e de importância hospitalar.**Rev.Brasileira de Análises Clínicas**.v.38,n.2,p.123-126,2012.
6. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (SÃO PAULO). **O controle da infecção hospitalar no estado de São Paulo**. São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/Saude_publica/infeccao_hospitalar_2010.pdf.htm >Acesso em 29 set.2014.
7. DAL-BO, K; SILVA. R.M; SAKAE, T. M. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 4, Dez. 2012 .
8. FLORES, A. Sterile versus non-sterile glove use and aseptic technique. **Nurs Stand**.v.23,n.6,p. 35-39. 2008.
9. LORENZINI, E; COSTA, T.C; SILVA, E.F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio de Janeiro. v.34,n.4,p.107-113,2013.

10. MALAQUIAS, S.G; BACHION, M.M; NAKATANI,A.Y.K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Cogitare enferm;** Rio de janeiro.v.13,n.3,p.428-436, 2008.

11. MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 17,n.4,p. 758-764,2008.

12. MONTANHOLI LL, MERIGHI MAB, JESUS MCP. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev.Latino AM Enferm**.v.19,n.2,p.301-308, 2011.

13. OLIVEIRA, C.O.P. *et al.* Caracterização das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.**Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 21,n.1,p.90-94.2013.

14. PINHATA, M.M; REGO, M.A.C. Immunological peculiarities of extremely preterm infants: a challenge for the prevention of nosocomial sepsis. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 81, p.59-68, 2005.

15. PINHEIRO, M.S.B; NICOLETTI, C; BOSZCZOWSK, I; PUCCINI, D.M.T; RAMOS, S.R.T.S. Infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva neonatal: há influência do local do nascimento. **Rev Paul Pediatr**.v.27,n.1,p.6-14, 2009.

16. POMPEO, D. A; ROSSI, L.A; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

17. TAMEZ, R.N; SILVA,M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco.** 6ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2006.

18. VIANNA,M.S;BRAGA,A.M;MENEZES,L.C.A;ARMOND,G.A;CANGUSSU,D.et AL.Ações Educativas para Prevenção de Infecções Hospitalares em Unidade Neonatal.**Rev.Min.Enferm**. Minas Gerais.v.16,n.1,p.69-74.2012.

Capítulo 51

PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PROMOTION OF HEALTH EDUCATION IN AN EARLY STIMULATION SERVICE: EXPERIENCE REPORT

Ester Duarte Matoso[1]
Débora Ximenes de Águila[2]
Elias Silveira de Brito[3]
David Dias Roque[4]
Sofia Tavares Morais[5]
Maria Nicó Duarte de Castro Alves[6]

RESUMO: A estimulação precoce é uma técnica terapêutica que utiliza vários estímulos, objetivando intervir no desenvolvimento infantil. O estudo pretende discorrer sobre a experiência vivida em um serviço de estimulação precoce. Assim, trata-se de um relato de experiência referente a uma ação realizada no serviço de estimulação precoce do Hospital Distrital Gonzaga Mota em Fortaleza-CE. O projeto foi desenvolvido em quatro momentos, em que foi possível confirmar que os participantes relataram ter dúvidas quando foram encaminhados ao serviço de estimulação precoce, pois havia falta de informações acerca da importância desse serviço; além disso, foi realizado encontro com os profissionais responsáveis pelo serviço, como também uma exposição enriquecedora para os usuários do hospital. Assim, as temáticas discutidas no trabalho são de extrema importância no contexto da saúde materno-infantil por compreender situações relacionadas ao cuidado das mulheres e ao óbito neonatal, levando em consideração as vulnerabilidades sociais e o acesso aos serviços, que constituem maiores riscos individuais.
Palavras-Chave: Estimulação Precoce. Infância. Cuidado. Educação. Saúde Materno-infantil.

ABSTRACT: Early stimulation is a therapeutic technique that uses various stimuli, aiming to intervene in child development. The study aims to discuss the experience lived in an early stimulation service. Thus, it is an experience report referring to an action performed in the early stimulation service of the Gonzaga Mota District Hospital in Fortaleza-CE. The project was developed in four moments, in which it was possible to confirm that the participants reported having doubts when they were referred to the early stimulation service because there was a lack of information about the importance of this service; in addition, a meeting was held with the professionals responsible for the service and also an enriching exhibition for users of the Hospital. Thus, the themes discussed in the project are extremely important in the context of maternal and child health as they understand situations related to the care of women and neonatal death, taking into account social vulnerabilities and access to services, which constitute greater individual risks.
Keywords: Stimulation. Childhood. Care. Education. Maternal and Child Health

INTRODUÇÃO

A estimulação precoce é uma técnica terapêutica que utiliza vários estímulos com o fito de intervir no desenvolvimento infantil, seja com o objetivo de estimular e facilitar posturas, seja no desenvolvimento motor e cognitivo de crianças com alguma deficiência (MOLINARI, 2005). Nesse contexto, Segundo Mattos; Bellane (2010), a falta de estímulos nos primeiros dias de vida pode levar a criança a ter dificuldade de adaptação sensorial, bem como atraso em seu

[1] Graduando em Medicina pela Unichristus. E-mail: esterdmm16@gmail.com
[2] Graduando em Medicina pela Unichristus. E-mail: debora.aguila@hotmail.com
[3] Graduando em Medicina pela Unichristus. E-mail: elias.sdbrito@gmail.com
[4] Graduando em Medicina pela Unichristus. E-mail: david.roque@outlook.com
[5] Graduando em Medicina pela Unichristus. E-mail: sofiatavares289@gmail.com
[6] Dra. Professora do Curso de Medicina pela Unichristus. E-mail: marianico@gmail.com

desenvolvimento motor. Por isso, há a necessidade de intervir, de maneira precoce, quando, durante alguma avaliação inicial, nota-se algum atraso psicossomático da criança, seja de desenvolvimento, seja do estado de risco psíquico.

Ainda Mattos; Bellane (2010) discutem os benefícios de se tornarem, cada vez mais, precoce os padrões de postura e movimentos atípicos instalados nos primeiros meses de vida do indivíduo, uma vez que se percebe, nesse período da vida, o ponto de partida crítico e essencial para o desenvolvimento de qualquer criança, o que pode ser influenciado pela plasticidade cerebral envolvida no desenvolvimento de todas as capacidades da criança.

Diante disso, é notório o papel da família nessa mediação entre a criança e a sociedade, o que é essencial para o desenvolvimento da criança, principalmente no âmbito cognitivo e social. Dessa forma, surgem novos arranjos, diferentes da família nuclear anteriormente dominante. Assim, a ecologia do desenvolvimento humano, formulada por Bronfenbrenner & Ceci (1994), salienta a complexidade das inter-relações no ambiente imediato. Ele depende da existência e natureza das interconexões com outros ambientes complementares, permitindo contextualizar os fenômenos do desenvolvimento nos vários níveis do mundo social.

Segundo Carvalhaes & Benício (2002), ainda sobre a participação dos pais, pode ser, também, prejudicial se a família, em vez de auxiliar a criança em suas tarefas, fizer por ela. Tem sido, portanto, cada vez mais discutida a importância da família como fator que pode influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da criança. De modo geral, os trabalhos que abordam a participação efetiva da família no processo da intervenção precoce têm contribuído, de forma bastante satisfatória, para o desenvolvimento de crianças com atraso motor.

Entre os aspectos do ambiente familiar decisivos para o neurodesenvolvimento na primeira infância, há, principalmente, presença da figura paterna, interação da criança com o adulto ou outras crianças, organização do ambiente, expectativas e práticas parentais, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária. (MOLINARI, 2005)

Nesse contexto, as ações de saúde devem ser direcionadas pelos princípios da humanização e do cuidado. Esta, entendida como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados como ramo de atividade na área da saúde, podendo utilizar a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento entre os diversos setores da saúde e da comunidade. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivida em um serviço de estimulação precoce, por meio de um relato de experiência, identificar as principais carências de informação por parte dos usuários e sistematizar a melhor forma de saná-las.

METODOLOGIA

O presente estudo trata de um relato de experiência referente a uma ação realizada no serviço de estimulação precoce do Hospital Distrital Gonzaga Mota em Fortaleza-CE. A referida ação foi realizada pelos alunos de medicina do terceiro semestre do Centro Universitário Christus. Ela foi idealizada durante uma visita do grupo ao serviço, pois foi observado o fluxo de crianças e

responsáveis, os quais faziam questionamentos às profissionais do serviço, e esses questionamentos se mostravam frequentes entre os responsáveis das crianças que eram assistidas pelo serviço.

A ação foi realizada em quatro momentos:

1º Momento

Foi realizada uma entrevista com os pais e responsáveis dos pacientes acompanhados na estimulação precocepor telefone, quando foi aplicado um questionário sociodemográfico sobre a existência de dúvidas em relação à estimulação precoce e se havia algum interesse em saber mais sobre o assunto. Essa entrevista foi realizada, inicialmente, para que os alunos tivessem uma ideia do público que deveriam atingir. O serviço contava com 44 prontuários de pacientes ativos.

2º Momento

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com as profissionais do serviço

(dois fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional) acerca do trabalho que era realizado no referido hospital, sobre o perfil da população que frequentava o serviço, demandas existentes além de, nesse momento, também esclarecer dúvidas dos alunos quanto aoque é estimulação precoce, qual o objetivo do tratamento e que crianças teriam indicação para serem atendidas no serviço.

Neste momento, foram levantadas “carências” da população que usufruía do serviço quanto a instruções sobre higiene pessoal, acidentes domésticos, prevenção de verminoses, alimentação, imunização, posturas das crianças, assiduidade ao serviço, pré-natal e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

3º Momento

Para este momento, os alunos preparam um material para ser apresentado em forma de slides com base no que havia sido conversado nos momentos anteriores. Dessa forma, foram apresentados conteúdos sobre higiene pessoal, acidentes domésticos, prevenção de verminoses, alimentação, imunização, posturas das crianças, assiduidade ao serviço, pré-natal e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) por meio de uma linguagem acessível à população, alvo desta ação.

O objetivo desse momento foi mostrar às fisioterapeutas e à terapeuta ocupacional do serviço o material preparado para que elas fizessem suas observações sobre o que estava sendo abordado. Elas aprovaram, e a ação seguiu.

4º Momento

O material foi apresentado aos pais e responsáveis das crianças por meio de uma roda de conversa na qual eles puderam compartilhar suas experiências, tirar dúvidas e expor seu ponto de

vista acerca da relevância dos assuntos abordados e da necessidade de que mais momentos como esse fossem realizados.

Todos opinaram, de forma positiva, quanto à necessidade de mais momentos como aquele e informaramque os assuntos abordados eram bastante relevantes uma vez que eram temas do cotidiano.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva e por meio de gráficos e tabelas. Por se tratar de relato de experiência, não foi necessário submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos; no entanto, vale ressaltar que foram seguidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde.

RESULTADOS

Dos 44 pacientes ativos no serviço, não foi possível contato com 19 deles, sendo contabilizado, portanto, um total de 25 pais ou responsáveis que se dispuseram a falar com os alunos.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, foi constatado que 24 (96%) dos participantes eram do sexo feminino, 16 (64%) tinham entre 21 e 34 anos, 16 (64%) eram casados e 8 (32%) solteiros. Quanto à escolaridade e vida laboral, 13 (52%) tinham apenas concluído o ensino médio e 6 (24%) haviam estudado apenas até o fim do ensino fundamental II. Do total de participantes, 20 (80%) relataram não trabalhar fora de casa, e 18 (72%) disseram ter uma renda familiar total de até 1salário-mínimo, 10 (40%) participantes relataram morar com cinco ou mais pessoas, oito (32%) relataram morar com quatro outras pessoas, e sete (28%) com três outros indivíduos (tabela 1).

Com relação às crianças acompanhadas no serviço de estimulação precoce, a principal causa de encaminhamento ao serviço foi a prematuridade ao nascer, com 12 (48%) crianças acompanhadas por essa razão, seguida de hipóxia, com 5 (20%) pacientes encaminhados por tal evento. Entre as 25 crianças, 22 (88%) eram cuidadas pelas mães.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da população participante do estudo.

Dado	Quantidadeabsoluta (n)	Quantidade relativa (%)
Sexo:		
Homens	1	4%
Mulheres	24	96%
Faixa de idade:		
Até 20 anos	1	4%
De 20 a 34 anos	16	64%
Acima de 34 anos	8	32%
Estado civil:		
Casado	16	64%
Solteiro	8	32%
Separado	1	4%
Último curso concluído:		
Nunca estudou	1	4%
Ensino fundamental I	4	16%
Ensino fundamental II	6	24%

Ensino médio	13	52%
Ensino superior	1	4%
Religião:		
Católico	16	64%
Evangélico	6	24%
Outro	3	12%
Trabalha fora de casa:		
Sim	5	20%
Não	20	80%
Renda familiar total:		
Até meio salário-mínimo	7	28%
Até um salário-mínimo	11	44%
De 1 a 3 salários-mínimos	7	28%
Número de pessoas morando na mesma casa:		
3 pessoas	7	28%
4 pessoas	8	32%
5 pessoas	6	24%
6 pessoas	1	4%
7 pessoas	3	12%
Total		**25**

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

O primeiro contato foi importante para que os alunos conhecessem seu público-alvo e pudessem, assim, adequar seu material de forma a serem compreendidos. Enquanto, no segundo momento, foi possível que o ponto de vista das profissionais e suas demandas no que diz respeito à educação em saúde daquela população, uma vez que elas são quem mais têm contato com os pais e responsáveis de seus pacientes.

Suas colocações foram confirmadas quando 16 (64%) participantes relataram ter dúvidas quando foram encaminhados ao serviço de estimulação precoce, oito (32%) participantes relataram não terem sido informados com clareza acerca da importância do serviço de estimulação precoce e o impacto deste na vida da criança, e 20 (80%) demonstraram-se desejosos de receber mais orientações acerca do processo da estimulação e das práticas a ser realizado no ambiente domiciliar.

O terceiro momento da ação, quando os alunos apresentaram seu conteúdo para as profissionais, foi engrandecedor do ponto de vista que elas fizeram avaliações e observações, com um olhar de quem estava inserido diariamente no serviço e, portanto, tinham uma visão não só teórica, mas prática de toda a situação. Após isso, os alunos fizeram os ajustes necessários em seu conteúdo e seguiu-se para o 4º momento da ação.

No 4º momento, foi possível constatar a carência da população quanto a assuntos do cotidiano, todos ficaram atentos durante a exposição, e o interesse deles no assunto era demonstrado por meio dos diversos questionamentos que surgiram; além disso, o público-alvo da ação foi unânime quanto à importância e à necessidade de mais momentos como aquele.

Ademais, outras funcionalidades foram sugeridas, como a criação de um contato direto entre os profissionais do hospital e os pais, em que seja possível transmitir informações em forma

de pequenas notas, além de marcar e checar o histórico de consultas, possibilitando, inclusive, a avaliação da assiduidade dos pais. Para diminuir a ausência às consultas por esquecimento, um tipo de acontecimento muito comum, segundo o relato das profissionais, foi sugerida a possibilidade da criação de um sistema de notificação no próprio aparelho celular, que avisa, um dia antes da consulta, o seu horário, servindo como lembrete. A gravação de vídeos também foi sugerida como forma de tornar mais didático e atraente o acesso à informação pelos pais, os quais podem escolher entre ler o conteúdo ou assistir a vídeos curtos com as informações de cada tópico do aplicativo, servindo, também, como ferramenta de inclusão para pessoas não alfabetizadas.

DISCUSSÃO

Como foi observado nos resultados, a experiência relatada foi de grande valia para os estudantes que vivenciaram os desafios da longitudinalidade desses processos, mediante a contribuição dos profissionais ao relatarem sobre suas vivências no serviço, bem como no contato direto com os cuidadores durante o quarto momento, havendo uma enriquecedora troca de experiências. Dessa forma, tais atividades auxiliam os acadêmicos na construção de conhecimento, alinhando conhecimentos teóricos à prática (SANTOS, A. C. D., *et al*, 2019).

A maioria pesquisada relatou ter concluído apenas o ensino médio, não trabalhar fora de casa, com renda familiar total de até umsalário-mínimo e morar com cinco ou mais pessoas, configurando-se como famílias de baixa renda, conforme Lei nº 8.742/ 93. Todas essas variáveis podem afetar o estado de saúde da criança, interferindo em fatores como amamentação, cuidados, morbidade e estado nutricional (OLINTO *et al*, 1993). Os resultados de uma pesquisa feita em Pelotas - RS, com 354 crianças menores de 2 anos corroboramessa informação, mostrando, claramente, o efeito de condições ambientais como moradia e bairro sobre o déficit de peso/altura, visto que 198 possuíam condições regulares de moradia e 156, condições inadequadas (OLINTO *et al*, 1993).

Esses fatores contribuem, portanto, para um déficit educacional que dificulta, significativamente, o processo de comunicação entre os profissionais de saúde eos cuidadores, pois restringe a capacidade de compreensão de muitos termos e conceitos utilizados. Nesse sentido, é necessária a criação de alternativas para facilitar a aprendizagem, como ilustrações, materiais lúdicos, maior acessibilidade da linguagem utilizada, entre outros, sempre objetivando a prática do que é informado, como foi observado durante a experiência do quarto momento (HOGA, L. A., ABE, C. T, 2000). Ainda sobre a relação estabelecida entre profissionais e pacientes, uma parcela significativa (80%) mostrou-se desejosa de receber mais orientações acerca do processo de estimulação e das práticas a serem realizadas no ambiente domiciliar.

Conforme dados do Ministério da Saúde, houve aumento no índice de mortalidade infantil no Ceará e no Brasil. Diante desses dados, há preocupação em trabalhar temas visando à redução da mortalidade infantil em todos os âmbitos da saúde. Portanto, ressalta-se a importância de alguns temas trabalhados, como a higiene nas mãos da criança antes da alimentação, sem

deixar de destacar outras práticas como utilização de água potável, limpeza e preparação de frutas e verduras utilizadas na alimentação, evitando doenças causadas por verminoses, bactérias, entre outros. (TEIXEIRA. J. C., HELLER, L., 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As temáticas discutidas no presente trabalho e a metodologia utilizada são de extrema importância no contexto da saúde materno-infantil por compreender situações relacionadas ao cuidado das mulheres e ao óbito neonatal, levando em consideração as vulnerabilidades sociais, oacesso aos serviços, que constituem maiores riscos individuais. Conforme revelam muitos estudos, fatores socioeconômicos, planejamento familiar, assistência ao pré-natal, aoparto e ao recém-nascido, ou seja, aspectos pré, peri e pós-natal causam impacto relevante para os índices de mortalidade infantil (DEVINCENZI, M. U., SCHRAIBER, L. B., 2019).

Os profissionais do serviço de estimulação precoce identificaram alguns fatores limitantes ao sucesso do acompanhamento; entre os quais, a dificuldade com administração do tempo, aspráticas precárias de higiene, apostura inadequada ao segurar a criança foram alguns pontos que mereciam ser trabalhados.

Diante disso, viu-se a necessidade de uma comunicação mais rápida e efetiva entre os profissionais e os responsáveis pelos pacientes acompanhados pelo serviço. Essa comunicação pode ser feita por meio da instalação de um serviço e, até mesmo, por um aplicativo que permite a troca de mensagens, oslembretes de consultas e assessões agendadas. Além disso, foi percebida a necessidade de se ter mais atenção às reclamações e àssugestões que são feitas pelos pais a fim de ajustar o aplicativo às suas necessidades e demandas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MCP; MISHIMA, SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface (Botucatu) 2001; 5(9):150-153.

Andrade RD, Hilário JSM, Santos JS, Silva JP, Fonseca LMM, Mello DF. Maternal-child nursing care for adolescent mothers: health education. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180769. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0769.

BOLSANELLO, M. A. Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce. São Paulo, 1998. 146 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: estatísticas vitais. Mortalidade: óbitos infantis – 1996 a 2013. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: MS; 2014. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective. A bioecologicalmodel. PsycholRev 1994;101(4):568-86.

CARVALHAES, MABL; BENÍCIO, MHD'A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev Saúde Pública 2002;36:188-97.

DEVINCENZI, Macarena Urrestarazu; SCHRAIBER, Lilia Blima. Óbitos neonatais em região de alta vulnerabilidade do Município de Santos, São Paulo, Brasil: examinando questões assistenciais na perspectiva das mulheres. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro , v. 35, n. 9, e00081718, 2019 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001105007&lng=en&nrm=iso>. accesson 13 July 2020. EpubSep 09, 2019. https://doi.org/10.1590/0102-311x00081718.

HOGA, Luiza AkikoKomura; ABE, Catarina Terumi. Relato de experiência sobre o processo educativo para a promoção da saúde de adolescentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 407-412, Dez.2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400014&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 July 2020. https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000400014.

MATTOS, BrunaMarturelli; BELLANI, Forti. A importância da estimulação precoce em bêbes portadores de síndrome de down: revisão de literatura: The importanceofearlystimulation in babies withdownsyndrome: literaturereview. Revista brasileira de terapia e saúde, Curitiba, v. 1, n. 1, p.51-53, julho, 2010.

MOLINARI, J. S. O.; SILVA, M. F. M. C.; CREPALDI, M. A. Saúde e desenvolvimento da criança: A família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. Revista Psicologia Argumento. v.23, n.43, pp.17-26.2005.

MORAN, J. M. O vídeo na sala de aula. In: Revista Comunicação & Educação. São Paulo, ECAD - Ed. Moderna, [2]: 27 a 35, jan./abr, 1995.

MOREIRA, M. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação Escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, abr. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034 71672003000200015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 dez 2019.

OLINTO, M. T. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. & TOMASI, E. DeterminantsofMalnutrition in a Low-IncomePopulation: HierarchicalAnalyticalModel. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (supplement 1): 14-27, 1993.

OLIVEIRA, A. R. F. de, & ALENCAR, M. S. de M. (2017). O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. RDBCI: Revista Digital De Biblioteconomia E Ciência Da Informação, 15(1), 234-245.

SANTOS, JCT; BAUNGARTEN, M. Sociedade da informação: as metodologias inovadoras no ensino contemporâneo da sociologia. In: Martin CB, organizador. Para onde vai a pós-graduação em Ciências Sociais no Brasil. Florianópolis: ANPOCS/ EDUSC; 2005.

TEIXEIRA, Júlio César; HELLER, Léo. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, MG. **Rev. Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo, SP, v. 7, n. 3, p. 270-278. 2004. Available from<https://scielosp.org/article/rbepid/2004.v7n3/270-278/>. On 13 July 2020.

VIEIRA, Sônia Maria et al . Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal.**Textocontexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, p. 255-262, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032&lng=en&nrm=iso>. access on 13 July 2020. https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032

SANTOS, Ana Carolina Drehmeret al. Relato de Experiência: Construção e Desenvolvimento do Programa de Saúde na Escola (PSE) sob a Perspectiva da Sexualidade na Adolescência. **Rev. bras. educ. med**., Brasília , v. 43, n. 4, p. 193-199, Dec. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100550220190004001 93&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Jul 2020.

Capítulo 52

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO POR CÂNCER DE MAMA

Brendalinda Queiróz dos Santos[1]
Linda Kátia Oliveira Sales[2]
Marquiony Marques dos Santos[3]

RESUMO: O câncer tem se tornado problema de saúde pública pelo caráter epidêmico. O tratamento mais frequente é a quimioterapia, porém, os efeitos colaterais agressivos podem afetar a qualidade de vida. Assim, objetivou-se analisar a qualidade de vida de mulheres em tratamento quimioterápico por câncer de mama. Pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizada com mulheres em tratamento quimioterápico por câncer de mama, entre novembro de 2017 e maio de 2018, maiores de 18 anos, no Hospital de Oncologia do Seridó, Rio Grande do Norte, Brasil. A investigação respondeu aos preceitos éticos da instituição proponente, conforme parecer nº 2.335.056. Os dados foram coletados por meio do questionário EORTC QLQ-C30, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde. Cinquenta e três mulheres se enquadraram nos critérios de inclusão e 43 responderam ao questionário. Os dados foram analisados e discutidos através da estatística descritiva e análise bivariada. O domínio mais afetado foi o funcional.
Palavras-chave: Qualidade de vida. Mama. Tratamento farmacológico.

ABSTRACT: Cancer has become a public health problem due to its epidemic nature. The most frequent treatment for this is chemotherapy, however, as it is a treatment with aggressive side effects, it can affect the quality of life - QOL. Thus, the study aims to: Analyze the QoL of women undergoing chemotherapy for breast cancer. Research with a quantitative cross-sectional approach, conducted with all women undergoing chemotherapy for breast cancer between November 2017 and May 2018, over 18 years of age at the Hospital de Oncologia do Seridó, thus the investigation responded to the ethical precepts of that institution under Opinion No. 2,335,056. Data were collected using the EORTC QLQ-C30 questionnaire, recognized by the World Health Organization. Thus, 53 women met the inclusion criteria and 43 answered the questionnaire. The data were analyzed and discussed using descriptive statistics and bivariate analysis. The most affected domain was the functional domain**.**
Keywords: Quality of life. Mama. Pharmacological treatment.

Introdução

O câncer é uma doença conhecida há diversos anos, porém, ainda tem ocupado posição de destaque nos estudos referentes à saúde por todo o mundo, uma vez que se tornou problema de saúde pública, devido ao caráter epidêmico que tem apresentado, como também por ser considerado a segunda causa de morte no mundo. Deste modo, espera-se, em 2030, carga global de 21,4 milhões de novos casos e 13,2 milhões de mortes por câncer (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017; MANSO *et al*., 2017; MENDES; VASCONCELLOS, 2015; AGUIAR JÚNIOR *et al*., 2016).

Dentre as elevadas incidências do câncer, a neoplasia mamária é considerada o segundo tipo mais frequente no mundo, representando a quinta causa de morte por câncer em geral e a principal razão de óbito entre mulheres de 20 e 59 anos de idade, nos países de alta renda,

[1] Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. E-mail: brenda-queiroz@hotmail.com.
[2] Mestra em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN – Campus Caicó. E-mail: katiaoliveira@uern.br.
[3] Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Estado do Rio Grande do Norte - UFRN. E-mail:marquiony@gmail.com.

representando mais de um óbito em cada dez (SOUZA *et al*., 2017; BRASIL, 2018; VILLAR *et al*., 2015).

No Brasil, aparece como localização primária em mulheres e segundo lugar no ranking dos mais incidentes, acometendo tanto o sexo masculino quanto o feminino, porém mais comum nesta segunda população, o que corresponde a estimativa de 59.700 novos casos, com risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Aponta-se que, em 2013, ocorreram 14.388 mortes pelo câncer de mama, destas, 14.206 eram mulheres (BRASIL, 2018b).

Devido à progressão, no Brasil, o câncer de mama é a principal neoplasia maligna a acometer o sexo feminino, logo, os gastos federais com tratamentos oncológicos ultrapassaram R$ 1,9 bilhões, em 2010, constando deficiências na estrutura da rede de atenção oncológica, como o tempo médio dispensado em filas de espera, entre a data do diagnóstico e o início do tratamento que chegou a 113,4 dias, caracterizando-se como grave problema de saúde pública (BRASIL, 2016; 2011; ALMEIDA, 2016).

Apesar de ser considerado câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (GERMANO *et al*., 2015; SOUZA *et al*., 2017).

Existem diversas formas de tratar uma neoplasia maligna, a quimioterapia é a mais frequente, pois até 70% dos tumores necessitarão deste tipo de tratamento, em algum momento, durante o curso da patologia. Este recurso medicamentos traz implicações à identidade feminina, pela perda dos cabelos, das mamas ou de parte dela, irregularidade ou parada da menstruação e infertilidade, fragilizando a mulher. Além do sofrimento psicológico que ultrapassa o físico (DESANTIS *et al*., 2014 apud FERREIRA *et al*., 2015; BUSHATSKY *et al*., 2017; SILVA *et al*., 2014).

Essas alterações interferem na qualidade de vida dessas mulheres, por isso, estudos que avaliam a qualidade de vida (QV) desses pacientes podem traçar melhor entendimento acerca da quantidade e intensidade dos sintomas e a implicância destes na saúde, permitindo melhorar o planejamento e a intervenção terapêutica, como também guiar estratégias de combate aos fatores potencializadores do sofrimento e desconforto causado pelo tratamento, com a finalidade de enfrentá-los ou diminuí-los (FERREIRA *et al*., 2015; SILVA, 2018).

Além disso, os desconfortos, de modo geral, vivenciados pelo paciente oncológico, ocorrem paralelamente a outros enfrentamentos, enquanto a luta incessante no curso da doença diminui a QV, merecendo maior atenção dos profissionais de saúde (WITTMANN; GOLDIM, 2012 apud FREIRE *et al*., 2014).

Isso demonstra a importância de compreender esse indivíduo integralmente e, para tal, é preciso analisar o contexto fora das unidades terapêuticas, ou seja, circundar a qualidade de vida, por sua vez, definida pela Organização Mundial de Saúde como “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação

aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 2013 apud KHOURY; NEVES, 2014).

A QV também é importante indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, ou seja, está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde (SILVA *et al*., 2014).

Diante da problemática atual, é de extrema importância analisar o que acontece na vida do enfermo durante o tratamento quimioterápico, pois, como citado, essa experiência pode trazer desconfortos físicos, emocionais, espirituais e sociais, causando impacto na QV. Assim, sabendo que o diagnóstico atinge o ser de forma integral, levantaram-se os questionamentos: o tratamento quimioterápico por câncer de mama tem afetado a QV de mulheres? Quais os fatores preditores à baixa qualidade de vida de mulheres em tratamento quimioterápico por câncer de mama?

O estudo possibilita intervenções eficazes na área oncológica, além de contribuir para norteamentos de atenção à saúde, durante a quimioterapia, por identificar fatores relacionados e preditores à QV.

Logo, a pesquisa objetivou analisar a QV de mulheres em tratamento quimioterápico por câncer de mama.

Método

Pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizada na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, no município de Caicó-RN, Brasil. As participantes da pesquisa foram mulheres maiores de 18 anos, em tratamento quimioterápico por câncer de mama, entre novembro de 2017 e maio de 2018, atendidas pela instituição proposta.

Atenderam aos critérios de inclusão 53 mulheres, destas, duas se recusaram a responder aos questionários e oito estavam no primeiro dia do ciclo de quimioterapia, impedindo-as de conhecer a afetabilidade do tratamento.

Para coleta de dados, utilizou-se do EORTC QLQ-C30, instrumento validado, usado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com patologias específicas, reconhecido internacionalmente e validado com 30 questões fechadas.

O questionário EORTC QLQ possui 30 questões, divididas em três grandes grupos: Funcionalidade, Sintomatologia e Escala de Saúde Global, as respostas são classificadas em: 1(não), 2(um pouco), 3(bastante), 4(muito). Para análise, é empregada pontuação de 0 a 100. Referente à funcionalidade e ao estado de saúde global, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Enquanto que a sintomatologia diferencia-se: quanto maior a pontuação, maior a presença do sintoma, podendo piorar a QV (AMORIM; SILVA; SHIMIZU, 2017).

Então, de maneira mais clara, na análise da QV, as medidas dos escores do questionário foram transformadas em uma escala de zero a cem pontos, de acordo com o manual do instrumento. Nessa escala, zero representa o pior estado de saúde e cem, o melhor. Enquanto que na análise de sintomas, quanto maior o escore, maior a representatividade dos sintomas (LÔBO *et al*., 2014).

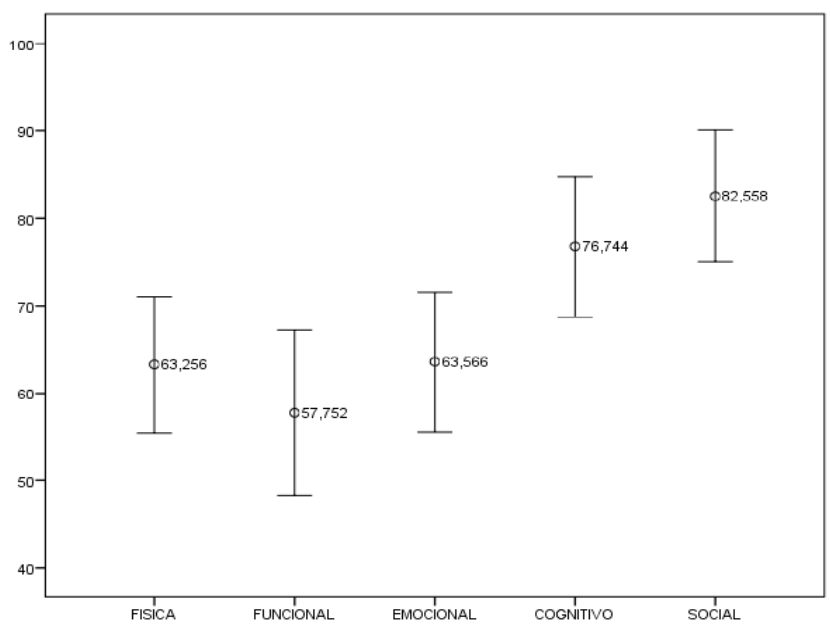
Para concretização desta pesquisa, solicitou-se a análise do Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, o qual aprovou a realização do estudo, conforme parecer n° 2.335.056 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n° 73239917.8.0000.5293, segundo recomendação da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, a qual trata de pesquisas com seres humanos.

Resultados

A pesquisa detectou que dentre os cinco domínios dispostos no questionário EORC-30 (função física, funcional, emocional, cognitiva e social), o mais afetado foi o funcional/desempenho de papel, com pontuação 57.7, ao analisar a Figura 1, é possível identificar que quanto menor o resultado, mais afetada foi a QV.

Acerca da QV, obteve-se pontuação geral de 71, 91, considerada razoável em decorrência do acometimento do domínio funcional, gerando redução das Atividades da Vida Diária (AVD), atrelada à fadiga, dor, insônia, constipação e às dificuldades financeiras, com 33,33 pontos, valor repetido por referirem “um pouco” tais sintomatologias, como se constata adiante.

Figura 1. Escala de funcionalidade analisada pelo EORC-30, com distribuição e pontuação dos domínios presentes no questionário.



Fonte: dados da pesquisa

Em suma, aquelas diagnosticadas com carcinoma invasivo não especial possuíam melhor QV que os demais diagnósticos. As que possuíam como ocupação profissional do lar foram as mais afetadas. Respectivamente, esse tipo de proteção pode ser explicado pela fé, apoio familiar e envolvimento em grupos sociais e durante o tratamento, quem é do lar (dona de casa) se preocupa mais em não poder cuidar da família do que de si.

A QV global recebeu 71, 32 pontos, demostra-se de maneira geral que a quimioterapia atinge razoavelmente esse público, da mesma forma, Lôbo *et al*. (2014) identificou QV igual a 76,14 e a considerou razoável, porém, percebeu-se redução na função emocional, com pontuação

média de 61,32. Portanto, concluiu-se que a angústia psicológica, atrelada ao declínio emocional, gerou impactos na saúde física e funcional, atribuindo relação com o presente estudo.

Em relação à escala de sintomas I, conforme Gráfico 1, perceberam-se fadiga, dor, náusea e vômito sequencialmente, os mais atingidos, relembrando que quanto mais alta estivesse a pontuação, maior vivacidade tinha o sintoma para o paciente, acarretando menor QV.

Gráfico 1. Escala de sintomatologia I, acarretada pelo tratamento quimioterápico por câncer de mama, conforme análise do questionário EORC QLQ – 30, Caicó-RN, 2018.

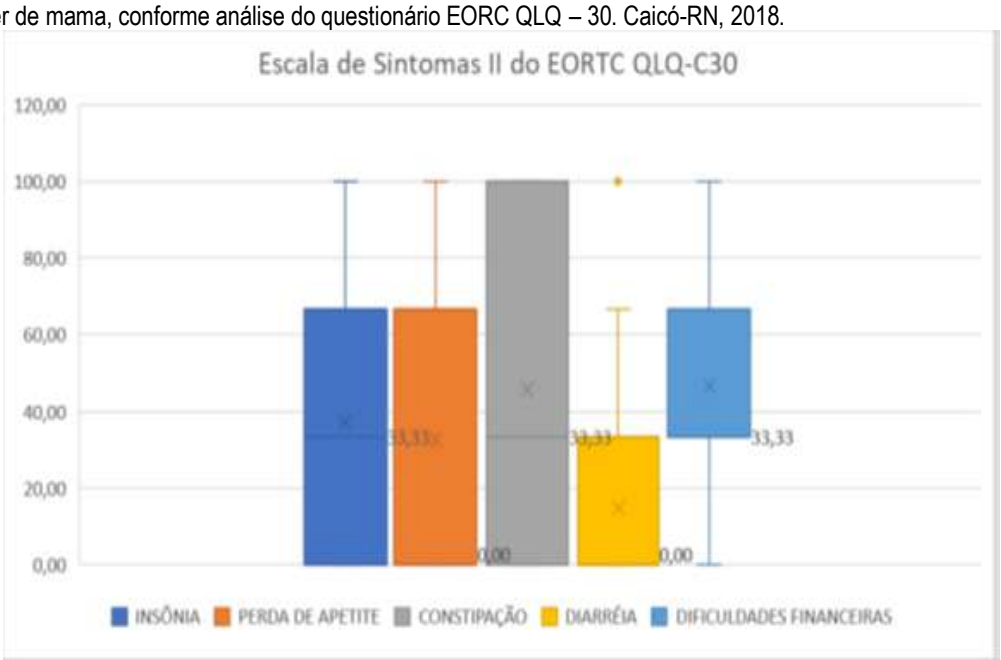
Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, a fadiga apresentou 33,33 pontos. Lôbo *et al.* (2014) consideraram em pesquisa este sintoma como mais prevalente dentre os efeitos físicos da quimioterapia, capaz de gerar grande estresse nas pacientes, exercendo, pois, influência na QV.

Em relação à náusea e ao vômito, a frequência foi menor, apenas 16,3 pontos, divergindo da literatura, ao encontrar o estudo de Caldeira e Galbiatti-Dias (2017), em que se identificou que 75% das mulheres apresentaram náuseas durante o esquema de FAC e TAC e 70,5%, vômito durante o paclitaxel (AC-T), conforme o autor, esses sintomas estão associados à inespecificidade dos agentes em atingirem as células cancerosas, logo, os efeitos citotóxicos comprometem também as células sadias e, como a medicação age em ciclos específicos da divisão celular, acabam por afetar células que estão em constante divisão, como as do revestimento gastrointestinal, motivando o aparecimento de tais sintomas.

Conforme Gráfico 2, detectou-se predominância de insônia, constipação e dificuldades financeiras ocasionadas pelo tratamento, que pontuaram 33,33.

Gráfico 2. Escala de sintomatologia II e dificuldades financeiras acarretadas pelo tratamento quimioterápico por câncer de mama, conforme análise do questionário EORC QLQ – 30. Caicó-RN, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

Em prosseguimento, a constipação manifestou 33,33 pontos, considerada desconforto que pode gerar perda de peso, isso porque o paciente pode optar por negar a alimentação sólida, até que melhore o quadro.

Discussões

Sabe-se que dentre os cinco domínios, o mais afetado foi o funcional, esse achado diverge do estudo de Bushatsky et al. (2018), em que se percebeu-se maior afetabilidade no domínio emocional, com 45,72 pontos, o que significa maior propensão à tristeza, ansiedade, irritabilidade e ao medo, conforme o mesmo autor, esses aspectos estão presentes do diagnóstico até o tratamento do CM.

Em relação a QV global, Nicolussi et al. (2017) detectaram média de 74,91 pontos para o mesmo público pesquisado e atribuíram bom resultado, por se apresentar próximo de 100, demonstrando que esse consenso foi estabelecido pelos autores.

Dessa forma, entende-se que muitas mulheres não se permitiram ou não reconheceram grandes alterações após o tratamento, de maneira que afete a vida geral, apesar de ser identificada a afetabilidade em grupos e domínios específicos, como demonstram outros estudos.

Enquanto que na escala de sintomas, um estudo qualitativo verificou esse sintoma após quimioterapia e identificou que este atribui limitação na realização das Atividades de Vida Diária, prejudicando as participantes no cumprimento de papéis habituais. Além da repercussão física, mencionou-se a influência sobre os domínios: emocional, comportamental e cognitivo, logo para superar tais dificuldades, elas buscavam o senso comum e as convicções culturais (CUNHA et al., 2019).

A busca pelo senso comum foi visualizada nas conversas que ocorreriam entre as mulheres, enquanto recebiam a quimioterapia. Ocasionalmente, referiram preocupações quanto

aos possíveis efeitos adversos ao tratamento, dieta, atividades diárias e, assim, ocorria a partilha de experiências com aquelas que enfrentavam o tratamento por um tempo maior.

Dessa forma, cabe à equipe de saúde desenvolver intervenções que associe a compreensão cultural e o conhecimento científico, como também identificar fatores associados à redução da QV para aprimorar a assistência, de modo a promover a integralidade (CUNHA et al., 2019).

Quanto ao apoio que deve ser ofertado pela equipe de saúde, estudo qualitativo realizado com profissionais que atuam no tratamento quimioterápico, em Teresina-PI, Brasil, identificou a necessidade da intervenção de enfermagem de maneira humanizada e interativa, assistindo as mulheres e familiares, ouvindo anseios e necessidades, criando, assim, ambiente onde a mulher tenha o desejo de verbalizar pensamentos, desejos, sentimentos, esclarecer dúvidas quanto ao tratamento, possibilitando o fortalecimento de vínculos (SOARES; ALBUQUERQUE, 2014).

Com essas estratégias, é possível investigar a afetabilidade do tratamento na vida dessas mulheres, identificar problemáticas que lhes aflijam e, ainda, demonstrar formas de enfrentamento e medidas de aprimoramento da qualidade de vida, inclusive no ouvir e na dispensação de atenção integral, de modo a promover a QV.

Acerca da dor evidenciada, sintoma geralmente associado ao tratamento quimioterápico, tanto pelo fato de a paciente receber infusões endovenosas a cada 21 dias, como por consequência do câncer em estágios avançados e das possíveis reações aos quimioterápicos, também foi sintoma incidente no estudo de Garcia et al. (2015), principalmente durante a primeira etapa da pesquisa que contemplou as primeiras seis infusões de quimioterápicos.

Este achado corrobora resultados da presente pesquisa, ao detectar que a maioria das mulheres estava em tratamento há até quatro meses, indicando cerca de quatro infusões, haja vista a periodicidade comum de 21 dias entre elas. Assim, tal sintoma contribuiu significativamente para redução da QV.

A dor citada pelas pacientes de outros estudos, como também da atual pesquisa, contém respaldo científico, uma das causas pode ser a neuropatia periférica, evento acarretado por alguns agentes antineoplásicos. Gera dor nas mãos e pés, fraqueza muscular, dentre outras alterações, tal acometimento é considerado, atualmente, o principal limitador do tratamento, pois, nestes casos, a dor somente cessará após interrupção do tratamento, o que pode comprometer o prognóstico e, assim, a QV (RONDINELLI et al., 2017; MILTENBURG; BOOGERD, 2014).

Outros estudos trazem que a neuropatia periférica se caracteriza também por parestesia e disestesia (redução do fluxo sanguíneo/formigamento e alteração na sensibilidade/dormência, respectivamente), nas regiões distais dos membros inferiores e superiores. Isso é comum em esquemas quimioterápicos que empregue os taxanes, a exemplo, o paclitaxel, utilizado no tratamento de câncer mamário, gerando elevada probabilidade de acometimento das AVD, consequentemente, a funcionalidade e a QV de pacientes (SIMÃO et al., 2015b; MILTENBURG; BOOGERD, 2014; SPECK et al., 2012).

Sabe-se que agir sobre o controle da dor vai além da aplicação de analgésicos, inicialmente, é imprescindível conquistar a confiança e o vínculo de pacientes. Posteriormente, para reconhecer tais desconfortos, pode-se utilizar de métodos que potencializem a assistência, como escalas de controle da dor, além de intervir com prescrições farmacológicas, ofertar empatia, apoio e interesse em restabelecer o bem estar, contribuindo para que não limite a vida, devido à dor (OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016).

Acerca da insônia, o estudo de Lôbo et al. (2014) que investigou a mesma população, identificou média de 37,93 pontos e, ainda, em virtude do tratamento, as pacientes apresentam dificuldades financeiras (41, 83 pontos), essas alterações podem ser explicadas por perdas físicas que ocorrem no decorrer do tratamento, como queda de cabelo, mutilação da mama para algumas, preocupações futuras e gastos acarretados pelo tratamento e pela perda de emprego.

Novamente refutando a insônia, Amorim, Silva e Shimizu (2017), ao estudarem adultas em tratamento por CM, demonstraram que os quimioterápicos exercem efeito destrutivo sobre o sono, por existir forte correlação (r=0,7414) entre qualidade do sono e insônia, o que também pode ser explicado por fatores secundários, como náuseas, dores e necessidade de ir ao banheiro à noite, fatores comprovados por outro instrumento de pesquisa, pois o nível de dor e as idas ao banheiro, no decorrer da noite, foram dificuldades relatadas por todas.

No que se refere a constipação, estudo realizado em um centro de oncologia de São Paulo, Brasil, detectou que dentre as pacientes mais afetadas pela redução do peso, associada à constipação, estavam aquelas com diagnóstico de CM. Em consequência, pode-se acarretar redução do prognóstico, pois a perda de peso está relacionada aos índices de mortalidade e morbidade, por causar interrupções no tratamento quimioterápico (MARCHIORI; GENARO, 2017).

Porém, percebeu-se na presente pesquisa que embora algumas mulheres tenham alegado constipação, não houve incidência de perda de apetite, que apesar de está associada às reações dos quimioterápicos, também se relaciona à constipação pelos fatores supracitados.

Em suma, dos sintomas mais evidentes, pode-se associá-los aos de Nicolussi et al. (2017) que ao mensurar a QVRS durante quimioterapia, ressaltaram dor, fadiga e insônia e dificuldades financeiras decorrentes do tratamento e/ou do acometimento físico, porém não consideraram déficit na QV e supuseram que ocorra bom controle destes fatores supracitados ou aderência de tratamentos complementares que contribuem para enfrentamento ao câncer e respectivas consequências.

Conclusão

A mensuração da QV pode ser utilizada como recurso na avaliação do tratamento, podendo ampliar as modalidades terapêuticas, por meio de abordagens diferenciadas, com apoio psicológico, de serviço social e demais profissionais.

Para redução do declínio funcional, faz-se necessário conhecer os motivos individuais e, assim, ofertar orientações específicas, inclusive à família e, se necessário, possibilitar a reabilitação fisioterapêutica, pós-quimioterapia, com auxílio da equipe multiprofissional. Além de

incentivar que as consultas de enfermagem na quimioterapia ofereçam abertura para o levantamento das limitações enfrentadas por elas e, assim, promova-se o controle ou a redução destas.

Pode-se, também, criar rodas de conversa entre profissionais e pacientes para o esclarecimento de dúvidas diárias, enquanto recebem a quimioterapia. Isso favorece o olhar ampliado às necessidades e aos anseios dessas mulheres, a fim de minimizar os efeitos da doença.

Ainda, faz-se importante o apoio ofertado pela atenção primária que também é responsável pela assistência ao público em quimioterapia, podendo fazê-lo de maneira multiprofissional, buscando, se necessário, a cooperação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), além da criação de grupos de educação em saúde, com abertura para o protagonismo das pacientes, possibilitando a redução dos danos causados pelo tratamento, pois, teoricamente, possuem maior proximidade com essas mulheres, consequentemente, maior conhecimento de histórico, hábitos de vida e limitações.

Referências

AGUIAR JR, P. N, et al, Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras, **Einstein,** v. 14, n.3 p.330, 2016.

ALMEIDA, A. C. **Impacto nos custos e no financiamento da utilização de Terapias Biológicas para o cancro da mama feminino**. 2016. (Especialização em Administração Hospitalar). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: https://run.unl.pt/handle/10362/20185. Acesso em: 03 abr. 2018.

ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M; COELHO, B. A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n.1, p.141-154, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100141&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 06 maio 2018.

AMORIM, J. R.; SILVA, I., A.; SHIMIZU, I. S. Avaliação da qualidade de sono em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 27, n.1, p. 3-7, 2017. Disponível em: http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1_3-7.pdf Acesso em: 10 jun. 2018.

BORGES, J. L. F. **Relação dos polimorfismos dos genes TP53 e ATM em pacientes com câncer de mama e efeitos colaterais à radioterapia**. (Mestrado em Genética). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás. 2014.

BRASIL (c), MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do câncer de mama, 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/indicadores/p7link. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL, Tribunal de Contas da União, Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327C1CB5497. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Mama, 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL (b). Ministério da saúde. **Instituto Nacional do Câncer, estimativa 2018**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp Acesso em: 19 abr. 2018.

BUSHATSKY, M., et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev. Cienc. Cuid. Saude**, v.16, n. 3, Jul-Set, 2017.

CALDEIRA, B. M.; GALBIATTI-DIAS, A. L. S. Acompanhamento e avaliação dos efeitos adversos da quimioterapia em pacientes com câncer de mama. **Revista Corpus Hippocraticum**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/8. Acesso em: 28 mar. 2018.

CUNHA, N. F., et al. Experiências de mulheres em quimioterapia no manejo da fadiga: estratégias de autocuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out., 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt_1414-8145-ean-23-04-e20190097.pdf. Acesso em: 29 jul. 2020.

DESANTIS, C. E., et al. Cancer Treatment and Survivorship Statistics. **CA CancerJournal for Clinicians**. v. 64, n 4. Jul-Ago. 2014. Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21235. Acesso em: 29 jul. 2020.

FERREIRA, M. L. L., et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00165.pdf Acesso em: 20 fev. 2017.

FREIRE, M. E. M., et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 2, n. 48, p. 357-67, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf Acesso em: 31 out. 2016.

GARCIA, S. N., et al. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária, **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, n. 2, p.89-96, jun 2015b; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00089.pdf. Acesso em: 09 jun. 2018.

GERMANO, C. M. R., et al, Possíveis novos determinantes da qualidade de vida de pacientes com câncer de tireoide tratado: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 21, p. 2451 - 2462, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802451&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 jun. 2018.

KHOURY H. T. T; NEVES A. C. S. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 3, n. 17, p. 553-565, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00553.pdf. Acesso em: 31 out. 2016.

LÔBO, S. A., et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Revista Acta Paul Enfermagem**, v. 27, n. 6, p.554-559, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0554.pdf. Acesso em: 09 jun. 2018.

MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A.D.F.; DAVOGLIO, T.; LEITE, J.C.C. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora:

uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf Acesso em: 09 jun. 2018.

MARCHIORI, M. C., GENARO, S. C., alterações nutricionais associadas ao tratamento quimioterápico em pacientes com câncer. **Revista Colloq Vitae**, v.9, n.1, p. 08-12. 2017.

MARCHIORI, M. C., GENARO, S. C. Alterações nutricionais associadas ao tratamento quimioterápico em pacientes com câncer. **Revista Colloq Vitae**, v. 9, n.1, p. 08-12. 2017. Disponível em: http://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1942/1913. Acesso em: 09 jun. 2018.

MENDES, E. C, VASCONCELLOS, L. C. F, **Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS**. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 882, jul-set, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf. Acesso em: 09 jun. 2018.

MILTENBURG, N. C., BOOGERD, W. Chemotherapy-induced neuropathy: a comprehensive survey. **Rev. Cancer Treat**, v.40, n.7, p.872-882, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24830939/. Acesso em: 09 jun. 2018.

NICOLUSSI, A. C., et al. Relaxamento com imagem guiada e presença de depressão em pacientes com câncer durante quimioterapia. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 01-10, Out-dez, 2016. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833107/48208-191971-1-pb.pdf. Acesso em: 24 jun. 2016.

OLIVEIRA, A. L.; PALMA SOBRINHO, N.; CUNHA, B. A. S. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 219-222, set. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132016000300219&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2018.

RONDINELLI, M. F. C. Neuropatia periférica tardia induzida pelo 5-Fluorouracil: Relato de caso. **Rev Dor**, São Paulo, v.18, n.2, p.178-180, 2017.

SILVA C. B.; ALBUQUERQUE V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, n. 56, p. 227-236, 2010. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamaria.pdf. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA C. B.; ALBUQUERQUE V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, n. 56, p. 227-236, 2010. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamaria.pdf. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, I. M. C. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres portadoras de câncer de mama**. (Dissertação Mestrado em saúde e ambiente). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

SILVA, E. C. S, et al, Câncer de Mama e Qualidade de Vida durante o Tratamento Radioterápico, **Ciências biológicas e da saúde**, v. 1 , n.3, p. 85-93, 2014. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1719/921
Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, Igor Marcelo Castro. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres portadoras de câncer de mama**. 2018. 76 f. dissertação. (Mestrado em saúde e ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA. 2018.

SIMÃO, D. A. S., et al. Neuropatia periférica induzida por quimioterapia: revisão para a prática clínica. **Rev Dor**. São Paulo, v.16, n.3, p. 215-220, jul-set 2015b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0215.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

SIMÕES, A. S. L. A dor irruptiva na doença oncológica avançada, **Rev Dor**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 166-71, abr-jun, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180600132011000200014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 31 out. 2016.

SOARES, ALBUQUERQUE, Intervenção do enfermeiro no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama. **Foco em saúde**. 2014.

SOUZA, N. H. A, et al, Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **SANARE**, v. 16 n. 02, p.61, Jul – Dez, 2017.

SPECK, R. M., et al. Scope of symptoms and self-management strategies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in breast cancer patients. **Rev. Support Care Cancer.** v20, n.10, p. 2433-2439, 2012.

VILLAR, V. C. P. L., et al. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 1, n. 24, p. 105-114, jan-mar, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00105.pdf. Acesso em: 31 out. 2016.

Capítulo 53

SAÚDE MENTAL MATERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA GRAVIDEZ E NO PUERPÉRIO

MATERNAL MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW ABOUT THE TREATMENT FOR DEPRESSION IN PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD

Isabela Maria Peixoto Arantes[1]
Rômulo dos Santos Arantes Filho[2]

RESUMO: Introdução A saúde mental materna é um tema de grande relevância epidemiológica e social. O objetivo deste trabalho foi conduzir uma revisão integrativa da literatura acerca dos tratamentos com maior nível de evidência para manejo da depressão perinatal. **Metodologia** Foram selecionados artigos indexados nas bases de dados Scielo, Lilacs e PubMed, publicados entre os anos de 2010 e 2020, em inglês e português. **Resultados** Há opções não farmacológicas eficazes disponíveis para tratamento do transtorno depressivo perinatal leve, como a psicoterapia. Para a depressão moderada a grave, devem ser avaliados os riscos e benefícios do uso de antidepressivos. Em geral, estes são seguros na gestação, com exceção dos tricíclicos, da fluoxetina, da sertralina e da paroxetina. Já para o lactente, a sertralina e a paroxetina possuem maior perfil de segurança. **Conclusão** Urge um maior conhecimento dos profissionais de saúde acerca do manejo adequado da depressão na gravidez e no puerpério.
Palavras-chave: “tratamento”; “depressão na gravidez”; “depressão pós-parto”; “antidepressivos”; “lactação”.

ABSTRACT: Introduction Maternal mental health is a topic of great epidemiological and social relevance. The aim of this study was to conduct an integrative literature review about the treatments with best level of evidence for perinatal depression. **Methodology** We selected articles indexed in Scielo, Lilacs and PubMed databases, published between 2010 and 2020, in English and Portuguese. **Results** There are effective non-pharmacological options available for the treatment of mild perinatal depressive disorder, such as psychotherapy. For moderate to severe depression, the risks and benefits of using antidepressants should be evaluated. In general, these drugs are safe during pregnancy, with the exception of tricyclics, fluoxetine, sertraline and paroxetine. During breast-feeding, sertraline and paroxetine have a higher safety profile. **Conclusion** There is an urgent need for health professionals to better understand the proper management of depression during pregnancy and the puerperium.
Keywords: "treatment"; “depression during pregnancy"; “postpartum depression”; “antidepressants”; "breast-feeding"

Introdução

A gestação e o puerpério consistem em períodos em que a saúde mental da mulher experimenta maior grau de vulnerabilidade, uma vez que o risco de sofrer recidiva de distúrbios psiquiátricos prévios, de agravar transtornos subjacentes ou até mesmo de apresentar o primeiro episódio de depressão torna-se maior quando comparado a outras épocas da vida[19,32]. As alterações ocorridas no período perinatal estão relacionadas a fatores hormonais, neuroimunológicos, genéticos, socioeconômicos e individuais, bem como à privação de sono e à experiência do parto[18,24].

No que tange aos mecanismos endócrinos, ressalta-se a influência da grande flutuação de esteroides gonadais no periparto, uma vez que, durante a gestação, são produzidas maiores taxas de estrógeno e progesterona, enquanto no pós-parto, a concentração plasmática desses

[1] Graduando em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Email: isabela.peixoto.arantes@gmail.com
[2] Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais e membro titular da Associação Brasileira de Psiquiatria. Email: arantesfilho@hotmail.com

hormônios cai bruscamente. Há receptores esteroidais no hipotálamo, amígdala e outras regiões do cérebro, responsáveis por modular a neurotransmissão e a neuroplasticidade através de mecanismos genômicos e não-genômicos.

Modelos animais concluíram que os níveis de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) no prosencéfalo e no hipocampo são aumentados pela presença de maiores concentrações de esteroides gonadais. Além disso, a alopregnanolona, um neuroesteroide derivado do metabolismo da progesterona, também exerce modulação alostérica do receptor de GABAa, abundante em várias regiões da substância cinzenta cerebral[18]. Alguns estudos teorizam que há correlação entre a predisposição a depressão perinatal e a ocorrência de alterações de humor pré-menstruais mais severas, como ocorre no transtorno disfórico pré-menstrual, o que pode estar relacionado a uma maior vulnerabilidade de certas mulheres a flutuações hormonais[24].

Além disso, sugere-se que fatores epigenéticos são determinantes para a deflagração da depressão pós-parto, tendo em vista dados de estudos epidemiológicos e trabalhos comparando gêmeos univitelinos. Cerca de 60% das mulheres submetidas a tratamento prévio para transtornos afetivos desenvolvem depressão pós-parto, enquanto na ausência desses distúrbios a prevalência é de 3%. Eventos estressores, ainda, podem ocasionar alterações epigenéticas envolvendo a metilação das histonas que compõem a cromatina do DNA, além de afetarem vias de transcrição gênica e o comprimento telomérico[18].

Diversos estudos nacionais e internacionais correlacionam prejuízos na saúde mental perinatal a fatores de risco como: desemprego; instabilidade financeira; pobreza; falta de apoio do parceiro e familiares; estado civil (solteira ou divorciada); violência doméstica; abuso sexual; traumas durante a infância; eventos estressores, como perda de entes queridos; perda gestacional prévia; ocorrência prévia de transtornos psiquiátricos; diagnóstico de transtornos mentais na família; gravidez não desejada; estigmatização e isolamento; diagnóstico positivo para HIV; gravidez na adolescência ou acima dos 35 anos; menor intervalo entre as gestações; gemelaridade; parto prematuro; dentre outros aspectos[2,4,6,7,19,20,28,33].

Em relação à epidemiologia, a presença de sintomas depressivos durante a gravidez ocorre em cerca de 20% das mulheres, atingindo os índices mais elevados no segundo e no terceiro trimestres da gestação, enquanto o diagnóstico de depressão maior varia entre 9 e 13%[19]. A ocorrência de transtornos psiquiátricos na gravidez predispõe a maior risco de depressão pós-parto, além de poder proporcionar consequências para o concepto, tendo em vista que alguns autores consideram que há aumento nas taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição ao crescimento fetal e maior risco de transtornos do neurodesenvolvimento[32]. Além disso, quando não tratados, esses quadros estão associados a maior exposição a álcool, tabaco e outras drogas, bem como desnutrição, dificuldade de seguir as orientações do pré-natal e menor frequência nas consultas, acarretando maior mortalidade neonatal[4].

No puerpério, é comum a ocorrência da disforia do pós-parto, também designada como *puerperal blues* ou *baby blues*, condição que acomete cerca de 60 a 80% das parturientes, caracterizada por humor instável, episódios de choro imotivados, sintomas de ansiedade,

irritabilidade, sentimentos de estranheza em relação ao bebê e ao mundo. Esse quadro, na maioria dos casos, é benigno e autolimitado, durando cerca de 2 semanas. Contudo, estima-se que 20% das mulheres com disforia puerperal desenvolverá depressão pós-parto, sendo este um importante fator prognóstico, que deve ser considerado no âmbito da atenção básica e da obstetrícia[24]. A depressão perinatal, por outro lado, consiste em um transtorno psiquiátrico, que requer intervenção terapêutica e atinge, no Brasil, 39,4% das puérperas. O diagnóstico é realizado com base nos critérios para depressão maior presentes na CID-11 e no DSM-V[19,24]. Contudo, apesar da elevada relevância epidemiológica, há parca compreensão médica sobre tema, sobretudo no que tange ao manejo farmacológico desses transtornos.

Aproximadamente 86% das gestantes acometidas por distúrbios psiquiátricos não são corretamente tratadas, algumas das quais interrompem a medicação por conta própria, enquanto outras são orientadas pelos próprios profissionais da saúde a fazê-lo, por receio do potencial teratogênico dos psicofármacos[24,31]. A interrupção do uso das medicações na gestação e na lactação aumenta consideravelmente o risco de recidiva em caso de distúrbios psiquiátricos prévios, além de gerar consequências importantes para a mãe e para o feto, dentre as quais a mais grave é o autoextermínio. O suicídio na gestação e no puerpério é responsável por cerca de 5 a 20% das mortes maternas em países de alta renda e por 1 a 5% nas localidades com renda média ou baixa[13].

Por outro lado, nenhuma droga psicotrópica, incluindo os antidepressivos, foi aprovada pela FDA (Food and Drug Administration), e a toxicidade farmacológica deve ser rigorosamente avaliada, ponderando os riscos e os benefícios de instituir a terapêutica. Ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo que investigam o uso de psicofármacos em gestantes são escassos, em virtude de razões éticas envolvendo o risco de malformações fetais[18,24].

Tendo em vista a problemática apresentada, o presente estudo tem como objetivo desenvolver uma revisão integrativa da literatura que investigue criticamente as condutas recomendadas para manejo da depressão na gravidez e no puerpério, através da análise de vários estudos acerca da segurança farmacológica e do grau de evidência clínica atribuído a intervenções medicamentosas e psicoterápicas.

Procedimentos metodológicos

Esta revisão integrativa de literatura foi construída a partir da busca de artigos indexados nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, empregando como palavras chave os termos em inglês e português: “tratamento”; “depressão na gravidez”; “depressão pós-parto”; “antidepressivos”; “lactação”. A busca em cada uma das bases de dados teve como resultado, respetivamente: 563, 41 e 46 artigos. Os critérios de inclusão abrangeram os trabalhos publicados entre 2010 e 2020, nos idiomas inglês e português, com os delineamentos: metanálise, revisão sistemática, revisão integrativa, ensaio clínico controlado e randomizado, *guidelines* clínicos estudos prospectivos, transversais e longitudinais. Foram excluídos os artigos duplicados, os que

não se aplicavam à questão norteadora do estudo, bem como os relatos de caso, as opiniões de especialistas e as revisões narrativas.

Em uma primeira etapa de seleção, os artigos que atendiam a todos esses critérios, nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, totalizaram, respectivamente: 75, 3, 5 estudos, totalizando 78 artigos. Posteriormente, em uma segunda etapa, foram excluídos os trabalhos sobre terapias que não se enquadravam nos níveis de evidência 1 ou 2 para tratamento de transtorno depressivo maior, de acordo com os critérios da Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT, 2018)[34]:

Tabela 1: Definições para classificação do nível de evidência adaptado de CANMAT (2018)[34]

Nível	Evidência
1	Metanálise com intervalo estreito de confiança ou replicada por ensaio clínico duplo-cego controlado por placebo ou comparação de controle ativo (n ≥ em cada grupo de interveção)
2	Metanálise com intervalo largo de confiança ou um ensaio clínico duplo-cego controlado e randomizado por placebo (n ≥ em cada grupo de intervenção)
3	Ao menos um ensaio clínico duplo-cego controlado por placebo ou comparação de controle ativo (n = 10-29 em cada grupo de intervenção) ou dados de sistemas administrativos de saúde
4	Ensaio clínico não controlado, relatos de caso ou opiniões de especialistas

Por fim, foram priorizados os artigos mais contundentes com a questão norteadora do trabalho e de maior qualidade metodológica para a elaboração da tabela 2, na qual foram sistematizados os principais referenciais teóricos utilizados para construção dos resultados e da discussão deste trabalho.

Resultados

Tabela 2: Dados dos principais referenciais teóricos utilizados para elaboração dos resultados e da discussão.

Autor/Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
Prady et al. (2017)[23]	A systematic review of maternal antidepressant use in pregnancy and short- and long-term offspring's outcomes	Revisão sistemática (n = 11)	Foi avaliada a ocorrência de impactos nos bebês de mulheres que utilizaram antidepressivos na gestação, em comparação com os filhos de pacientes que optaram por não realizar tratamento farmacológico.	Encontrou-se evidência limitada de que as crianças expostas a antidepressivos na gestação apresentavam maiores riscos de baixo peso ao nascer em dois estudos com grande chance de viés. Apenas cinco (7,5%) resultados do desenvolvimento neurológico e um (12,5%) resultado neurocomportamental mostrou efeito estatisticamente significativo, em três estudos com grande chance de viés.
Udechuku *et al.* (2010)[29]	Antidepressants in pregnancy: a systematic review	Revisão sistemática (n = 35)	Avaliar criticamente a literatura acerca dos efeitos adversos do uso de antidepressivos na gravidez.	11 dos 35 estudos avaliados relacionaram o uso de antidepressivos a malformações congênitas. A paroxetina foi associada a malformações cardíacas em 2 estudos. A maioria dos fármacos investigados permanece relativamente segura para uso durante a

				gestação, com exceção da paroxetina.
McDonagh *et al.* (2014)[17]	Depression Drug Treatment Outcomes in Pregnancy and the Postpartum Period	Revisão sistemática e metanálise (n = 25)	Comparar os riscos e benefícios do uso de antidepressivos na gravidez e no pós-parto.	Pacientes com depressão que utilizaram inibidores da recaptação seletiva de serotonina (ISRS) durante a gravidez tiveram melhores escores no componente mental do Short Form Health Survey de 12 itens. Neonatos cujas mães fizeram uso de ISRS durante a gravidez tiveram maior estresse respiratório (p<.001). Não foi encontrada associação significativa entre o uso de ISRS na gestação e risco aumentado de convulsões neonatais (p = 64) e parto pré-termo (p = 7).
Orsolini e Bellantuono *et al.* (2014)[22]	Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review	Revisão sistemática (n = 104)	Realizar uma revisão sistemática acerca do perfil de segurança neonatal dos ISRS durante a lactação	A sertralina e a paroxetina forneceram um melhor perfil de segurança na lactação em relação a outros ISRS. Há poucos dados na literatura acerca da segurança da duloxetina, fluvoxamina e escitalopram.
Rosalyn *et al.* (2010)[21]	Pharmacologic Treatment for Postpartum Depression: A Systematic Review	Revisão sistemática (n = 14)	Sintetizar os dados disponíveis acerca do tratamento da depressão pós-parto, incluindo intervenções farmacológicas hormonais e suplementação dietética.	A eficácia do tratamento foi mensurada através da Hamilton Rating Scale for Depression de 17 itens (HAMD-17) na maioria dos estudos revisados, encontrando evidência para eficácia dos fármacos: fluoxetina, sertralina, paroxetina e venlafaxina. Ainda não há evidência suficiente na literatura para a suplementação de ômega-3 e de estrogênio para tratamento da depressão pós-parto.
Zlotnick *et al.* (2016)[36]	Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance	Ensaio clínico controlado e randomizado (n = 205)	Examinar a eficácia de uma intervenção baseada nos princípios da terapia interpessoal (TPI) na redução do risco de depressão pós-parto em mulheres grávidas	Após 6 meses, a taxa geral de depressão no grupo de intervenção (16%) foi menor que no grupo controle (31%) e o efeito da intervenção foi estatisticamente significativo (p <0,05).
Vigod *et al.* (2019)[30]	Transcranial direct current stimulation (tDCS) for depression in pregnancy: A pilot randomized controlled trial	Ensaio clínico controlado e randomizado piloto (n = 20)	Realizar um estudo piloto randomizado e controlado para avaliar a eficácia da estimulação transcraniana por corrente contínua (tDCS) para tratamento de depressão pré-natal.	Não foram registrados efeitos adversos graves. Após a intervenção, os escores médios na Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) foram 11,8 para as pacientes submetidas a tDCS, contra 15,4 para os controles simulados. 4 semanas após o parto, 75% das mulheres que receberam a intervenção obtiveram remissão do transtorno depressivo, contra 12,5% dos controles

				simulados (p<0,04).
Songøygard *et al*. (2011)[27]	Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression?	Ensaio clínico controlado e randomizado (n = 855)	Estudar se a prática de exercícios durante a gravidez reduz o risco de depressão pós-natal.	Os escores na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) não tiveram diferenças significativas entre as pacientes que realizaram a exercícios e o grupo controle.
Zimeng *et al*. (2020)[16]	**Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta- analysis**	Revisão sistemática e metanálise (n = 30)	Avaliar a eficácia clínica da terapia cognitiva comportamental (TCC) para tratamento de depressão na gravidez e no pós-parto	O grupo de pacientes grávidas submetidas a TCC respondeu de forma superior na redução imediata dos sintomas de depressão em relação ao grupo de atendimento habitual, e a diferença foi estatisticamente significativa.
Kennedy *et al*. (2016)[12]	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments	Guideline clínico e revisão sistemática da literatura	Conduzir uma pesquisa sistemática da literatura, focada em revisões sistemáticas e metanálises, a fim de definir recomendações para o tratamento de transtorno depressivo maior, seguindo os preceitos da Medicina baseada em evidências.	O tratamento de primeira linha para depressão maior de intensidade moderada a grave é o uso de antidepressivos de segunda geração (ISRS). Na depressão leve, os tratamentos de primeira linha incluem psicoeducação, autogestão e tratamentos psicológicos. Nesse caso, o uso de antidepressivos pode ser recomendado de acordo com a preferência do paciente, a resposta prévia a antidepressivos e/ou a falta de resposta a tratamentos não farmacológicos.

Discussão

Não há distinção, no DSM-V, entre a depressão no periparto e a ocorrência do distúrbio em outras fases da vida. Vale salientar que, na nova edição do DSM, há o especificador "com início no periparto", em comparação com a revisão do DSM-IV (DSM-IV-TR), na qual considerava-se apenas a depressão surgida no puerpério, 4 semanas após o parto, identificada através do especificador "com início no pós-parto". Uma importante referência para conduzir o tratamento do transtorno depressivo maior consiste no CANMAT 2016, documento cujas considerações gerais foram resumidas na Tabela 2. Desse modo, é necessário proceder ao diagnóstico da paciente, graduando a severidade do quadro em leve, moderada ou grave, de acordo com os critérios do DSM-V e da CID-11. Uma estratégia para identificação da depressão puerperal na atenção primária é o uso da EPDS, escala também utilizada no ensaio clínico conduzido por Songøygard *et al*. (2011), que consiste em um questionário simples e autoaplicável, de 12 itens, capaz de operar como um instrumento rápido de triagem para depressão pós-parto nos serviços de saúde.

De acordo com o CANMAT, o tratamento de primeira linha para a depressão leve é a psicoeducação, a autogestão e a realização de tratamentos psicológicos (38). Em relação às intervenções não farmacológicas, a literatura recomenda a terapia interpessoal (TPI) e a terapia

cognitiva comportamental (TCC)[24]. Nesta revisão integrativa, foram incluídos dois estudos, um ensaio clínico controlado e randomizado e uma revisão sistemática e metanálise, cujo objetivo era investigar a eficácia, respectivamente, da TPI e da TCC.

Zimeng *et al*. (2020) analisou 30 ensaios nos quais participaram, no total, 966 pacientes, a fim de comparar o grupo de pacientes que foram submetidas a TCC em relação à parcela de gestantes que recebeu o tratamento usual empreendido pela equipe de saúde. A intervenção psicoterápica proporcionou redução significativa dos sintomas depressivos durante a gestação em comparação ao grupo controle, eficácia esta que se manteve 4 semanas após o parto, todavia, no transcorrer de mais 4 semanas, não foi possível avaliar diferença estatisticamente relevante entre os dois grupos. Desse modo, os pesquisadores concluíram que, apesar de a TCC ser efetiva para manejo da depressão perinatal a curto prazo, devem ser realizados mais estudos a fim de melhor avaliar os benefícios do tratamento por longos períodos.

Além disso, no ensaio clínico controlado e randomizado desenvolvido por Zlotnick *et al*. (2016), foi investigada a efetividade de uma intervenção baseada na terapia interpessoal que consistia em sessões realizadas com grupos pequenos, de 2 a 5 mulheres, nas quais gestantes que apresentavam elevado risco de desenvolver depressão pós-parto eram incentivadas a desenvolver habilidades relacionadas à transição para a maternidade, além de auxiliadas a construírem uma rede de suporte a fim de atenuar as dificuldades do puerpério. A intervenção foi significativamente efetiva em reduzir a incidência de depressão puerperal nos 6 primeiros meses após o parto, que foi de 16% nas pacientes submetidas a terapia interpessoal, em comparação com 31% no grupo controle.

Dentre as estratégias não farmacológicas, vale citar, também, a prática de exercícios físicos. O estudo de Songøygard *et al*. (2011) não detectou diferença estatisticamente relevante entre as mulheres da intervenção, que participaram de um programa de exercícios físicos regulares, e as gestantes do grupo controle. Há vários estudos na literatura, contudo, que demonstram os benefícios da prática de atividades aeróbicas no tratamento da depressão maior[1,14,25,26], embora não investiguem especificamente a eficácia da realização de exercícios quando o transtorno ocorre no periparto.

Outra intervenção cujo nível de evidência tem sido investigado nos últimos anos é a estimulação transcraniana por corrente contínua, que pode ser uma opção para pacientes que não respondem a outras modalidades de tratamento. Esta possui como vantagem o fato de não oferecer efeitos adversos significativos para a gestante e o concepto. Embora possua riscos de viés, o ensaio clínico de Vigod *et al*. (2019) registrou resultados promissores para a técnica, sendo que 4 semanas após o parto, 75% das mulheres que receberam a intervenção obtiveram remissão do transtorno depressivo, contra 12,5% dos controles simulados ($p<0,04$). São necessários mais estudos que comparem os riscos e benefícios da neuromodulação, em comparação com os tratamentos disponíveis, a fim de se avaliar a aplicabilidade da estimulação transcraniana para pacientes com depressão perinatal.

Ainda que as terapias não farmacológicas apresentem bons resultados para a depressão leve, quando o transtorno é grave a moderado, o CANMAT (2016) recomenda que se implemente o uso de antidepressivos. Vale ressaltar que o tratamento mais adequado deve ser analisado individualmente para cada paciente, sobretudo na gravidez e no puerpério, períodos nos quais os riscos do uso de fármacos para o feto e o lactente devem ser considerados. Contudo, mesmo na depressão leve, dependendo de fatores como o desejo da paciente, a ausência de resposta a outras modalidades terapêuticas e o uso prévio de psicofármacos, pode ser ponderada a possibilidade de utilizar antidepressivos[12].

Os fármacos de primeira linha (nível I de evidência) para tratamento de transtorno depressivo maior, segundo o CANMAT (2016) são: agomelatina, bupropiona, citalopram, desvenlafaxina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mianserina, milnacipran, mirtazapina, paroxetina, sertralina, venlafaxina e vortioxetina. Desse modo, para gestantes e puérperas que apresentem o primeiro episódio depressivo, recomenda-se iniciar a terapêutica com um ISRS de primeira linha, enquanto nas pacientes que já foram submetidas a tratamento prévio, à princípio deve-se manter o antidepressivo mais efetivo para a paciente[29], com exceção dos fármacos com potencial teratogênico e com baixo perfil de segurança na amamentação, que serão discutidos a seguir.

No que tange à ocorrência de efeitos deletérios no neonato, devido ao uso de antidepressivos na gestação, Udechuku *et al*. (2010) revisou sistematicamente 35 estudos, concluindo que a maioria dos fármacos pesquisados continuava relativamente segura para uso na gestação, com exceção da paroxetina, que foi relacionada a malformações cardiovasculares em 2 estudos. McDonagh *et al*. (2014) também avaliou a existência de um risco pequeno, mas significativo, da ocorrência de malformações congênitas em neonatos expostos a esse fármaco.

Ainda acerca do grupo de ISRS, Prady *et al*. (2017) reportou que, dos 7 estudos que avaliaram os impactos no neurodesenvolvimento e no comportamento, um deles demonstrou haver pequenas diferenças no comportamento dos neonatos expostos a fluoxetina e sertralina, bem como um grande impacto quando se diz respeito ao parâmetro “habituação”. Onfalocele foi relacionada ao uso de ISRS em 1 estudo, sendo que outro estudo associou essa malformação especificamente ao uso de sertralina[17]. A fluoxetina foi, ainda, associada a síndrome da abstinência neonatal quando administrada no primeiro trimestre da gestação[29].

Avaliando os ISRS como um grupo, três estudos correlacionaram o uso de ISRS a hipertensão pulmonar persistente, com resultados conflituosos[29]. Há evidência de baixa força metodológica indicando que os neonatos cujas mães fizeram uso de ISRS durante a gravidez tiveram maior estresse respiratório que os neonatos cujas mães não utilizaram antidepressivos (13,9% contra 7,8%, respectivamente; $p<.001$)[17]. Contudo, não foi encontrada associação significativa entre o uso de ISRS na gestação e risco de convulsões neonatais ($p = 64$), parto pré-termo ($p = 7$) e impactos a longo prazo no desenvolvimento[17,29], incluindo risco de autismo e TDAH.

Já os antidepressivos tricíclicos apresentaram associação positiva a malformações maiores e anomalias cardíacas[17,29] e a amitriptilina foi associada, em 2 estudos, a encurtamento dos membros do neonato. Há informações insuficientes na literatura acerca da segurança do uso de mirtazapina e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, como a venlafaxina, a duloxetina e bupropiona. Todavia, um estudo relacionou o uso de venlafaxina no final da gravidez à ocorrência de síndrome da abstinência neonatal, além de um dos trabalhos analisados ter demonstrado associação entre o uso de bupropiona na gravidez e maior chance de diagnosticar TDAH na criança aos 5 anos de idade[17,22,21].

Quanto ao uso de antidepressivos na amamentação, todos os fármacos analisados por Orsolini e Bellantuono *et al.* (2014) apresentaram concentração no leite materno em relação ao plasma muito inferiores a 10%, limite considerado parâmetro de segurança por alguns trabalhos (HALE, 2018). Contudo, ao analisá-los comparativamente, a sertralina e a paroxetina forneceram um melhor perfil de segurança na lactação em relação a outros ISRS. Para chegarem a essa conclusão, os pesquisadores utilizaram, dentre outros parâmetros, o Breastfed Infant-Antidepressant Safety Index (BI-ASI) proposto por Gentile (2007), que propõe o cálculo do "milk to plasma ratio", isto é, a razão entre a concentração da droga no leite e no plasma da mãe.

De acordo com esse critério, fármacos com BI-ASI ≥ 2 poderiam ser considerados relativamente seguros na amamentação, categoria em que se enquadram a paroxetina (BI-ASI = 0,95) e a sertralina (BI-ASI = 0,68). Já os medicamentos com BI-ASI entre 2,1 e 10 devem ser usados com muita cautela, tais como a fluoxetina (BI-ASI = 3,5) e o citalopram (BI-ASI = 5,3). Ainda são escassos os dados acerca da fluvoxamina, o escitalopram, a venlafaxina e a desvenlafaxina, portanto, devem ser realizados mais estudos para avaliar sua segurança na amamentação.

Considerações finais

A elevada prevalência de transtornos psiquiátricos na gravidez e no puerpério, com destaque para a depressão perinatal, demonstra a importância de que haja maior compreensão dos profissionais da saúde acerca do tema. Para promover um tratamento adequado, é essencial conhecer as principais recomendações para o manejo desse quadro, além de avaliar os riscos e benefícios da farmacoterapia. Através da revisão integrativa de artigos promovida por este trabalho, conclui-se que há opções não farmacológicas eficazes disponíveis para tratamento do transtorno depressivo perinatal leve, como a terapia interpessoal e a terapia cognitivo comportamental. Contudo, na depressão moderada a grave, deve ser avaliada a necessidade do uso de antidepressivos, objetivando a manutenção da saúde mental materna e a prevenção do suicídio na gestação e no puerpério.

De modo geral, a maioria dos antidepressivos avaliados permanece relativamente seguro para uso na gestação, com exceção dos tricíclicos, da fluoxetina, da sertralina e da paroxetina, cujo uso deve ser, quando possível, evitado. Já em relação à amamentação, os antidepressivos com maior perfil de segurança são a sertralina e a paroxetina. A maior parte dos antidepressivos

estudados, contudo, possui baixa concentração no leite materno, não oferecendo grandes riscos ao lactente. Vale salientar, por fim, que são necessários mais estudos a fim de avaliar a segurança farmacológica de antidepressivos pertencentes a gerações mais recentes, como os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina.

Referências

1. BALCHIN, Ross et al. Sweating away depression? The impact of intensive exercise on depression. **Journal of affective disorders**, v. 200, p. 218-221, 2016.
2. BIAGGI, Alessandra et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. **Journal of affective disorders**, v. 191, p. 62-77, 2016.
3. CANTILINO, Amaury et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.
4. COSTA, Daisy Oliveira et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 691-700, 2018.
5. DE SOUSA MOURA, Valéria Feitosa et al. A depressão em gestantes no final da gestação. **SMAD, Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 11, n. 4, p. 234-242, 2015.
6. FERREIRA, Cátia et al. Depressão pós-parto: deteção precoce e fatores associados. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 12, n. 4, p. 262-267, 2018.
7. FRANKS, Wendy LM; CROZIER, Kenda E.; PENHALE, Bridget LM. Women's mental health during pregnancy: A participatory qualitative study. **Women and Birth**, v. 30, n. 4, p. e179-e187, 2017.
8. Gentile S. 2007. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. Drug Saf 30(2): 107–121.
9. GENTILE, Salvatore; FUSCO, Maria Luigia. Antidepressants During Breastfeeding. In: **Perinatal Psychopharmacology**. Springer, Cham, 2019. p. 99-113.
10. HALE, Thomas W. **Hale's Medications & Mothers' MilkTM 2019**. Springer Publishing Company, 2018.
11. HENRIQUES, Tatiana et al. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2523-2534, 2015.
12. KENNEDY, Sidney H. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 61, n. 9, p. 540-560, 2016.
13. KHALIFEH, Hind et al. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 233-242, 2016.
14. KVAM, Siri et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v. 202, p. 67-86, 2016.
15. LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.
16. LI, Zimeng et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal depression: A systematic review and meta- analysis. **Journal of Clinical Nursing**, 2020.
17. MCDONAGH, Marian S. et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 124, n. 3, p. 526-534, 2014.
18. MELTZER-BRODY, Samantha et al. Postpartum psychiatric disorders. **Nature reviews Disease primers**, v. 4, n. 1, p. 1-18, 2018.
19. MISRI, Shaila; ABIZADEH, Jasmin; NIRWAN, Sonya. Depression during pregnancy and the postpartum period. **The Oxford Handbook of Perinatal Psychology**, 2016.
20. MORAES, Eleomar Vilela de; CAMPOS, Rodolfo Nunes; AVELINO, Mariza Martins. Depressive symptoms in pregnancy: the influence of social, psychological and obstetric aspects. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 38, n. 6, p. 293-300, 2016.

21. NG, Rosalyn C. et al. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, v. 30, n. 9, p. 928-941, 2010.
22. ORSOLINI, Laura; BELLANTUONO, Cesario. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, v. 30, n. 1, p. 4-20, 2015.
23. PRADY, Stephanie L. et al. A systematic review of maternal antidepressant use in pregnancy and short-and long-term offspring's outcomes. **Archives of women's mental health**, v. 21, n. 2, p. 127-140, 2018.
24. RENNÓ JR, Joel; RIBEIRO, Hewdy Lobo. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
25. SCHUCH, Felipe B. et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. **Journal of psychiatric research**, v. 77, p. 42-51, 2016.
26. SCHUCH, Felipe B. et al. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 3, p. 247-254, 2016.
27. SONGØYGARD, KRISTIAN M. et al. Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression? A randomized controlled trial. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 91, n. 1, p. 62-67, 2012.
28. THIENGO, Daianna Lima et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 416-426, 2012.
29. UDECHUKU, Adaobi et al. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 44, n. 11, p. 978-996, 2010.
30. VIGOD, Simone N. et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for depression in pregnancy: A pilot randomized controlled trial. **Brain Stimulation**, v. 12, n. 6, p. 1475-1483, 2019.
31. VITALE, Salvatore Giovanni et al. Psychopharmacotherapy in pregnancy and breastfeeding. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 71, n. 12, p. 721-733, 2016.
32. WALLWIENER, Stephanie et al. Epidemiology of mental disorders during pregnancy and link to birth outcome: a large-scale retrospective observational database study including 38,000 pregnancies. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 299, n. 3, p. 755-763, 2019.
33. XAVIER, Chloé; BENOIT, Anita; BROWN, Hilary K. Teenage pregnancy and mental health beyond the postpartum period: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 72, n. 6, p. 451-457, 2018.
34. YATHAM, Lakshmi N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar disorders**, v. 20, n. 2, p. 97-170, 2018.
35. ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 252-7, 2009.
36. ZLOTNICK, Caron et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. **Journal of affective disorders**, v. 189, p. 263-268, 2016.

Capítulo 54

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO PREGNANCY PREGNANT WOMEN: EXPERIENCE REPORT

Tatiane de Sousa Paiva[1]
Natasha Vasconcelos Sobrinho[2]
Maria Idelania Alves da Silva[3]
Ana Jessyca Campos Sousa[4]
Maria Adelane Monteiro da Silva[5]

RESUMO: O período gestacional causa alterações no organismo da mulher. Esses processos são considerados saudáveis quando sua evolução não implica na saúde da mulher e ao feto/recém-nascido; dentre as complicações deste período encontra-se a pré-eclâmpsia. OBJETIVO: Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma gestante de alto risco com pré-eclâmpsia, tomando-se por base a teoria de Wanda de Aguiar Horta. METODOLOGIA: Relato de experiência de abordagem qualitativa. RESULTADOS: Identifica-se a necessidade de avaliar clinicamente e ofertar um cuidado holístico, visando a promoção da saúde mental através da escuta acolhedora, do fortalecimento de vínculos com familiares e o desenvolvimento de confiança entre paciente e profissional de saúde, favorecendo o bem-estar da paciente. CONCLUSÃO: Por meio do estudo, percebeu-se a importância do cuidado integral durante o período gestacional e o puerpério, acompanhando a evolução e proporcionando o desenvolvimento de vínculos entre o profissional e a paciente.
Palavras-chave: Enfermagem. Pré-eclâmpsia. Promoção da saúde.

ABSTRACT
The gestational period causes changes in woman's body. This processes are considered healthy when their evolution doesn't imply the health of both woman and the fetus; among the complications of this period is pre eclampsia. OBJECTIVE: To implemente the Systematization of Nursinf Care to a high-risk pregnant woman with pre eclampsia, based oh the theory of Wanda de Aguiar Horta. METHODOLOGY: Report of the experience of qualitative approach. RESULTS: The need to evaluate clinically and offer holistic care is identified, aiming and promoting mental health through welcoming listening, strngthening bonds with Family members and developing trust between patient and health professional, favoring weel-being of the paciente. CONCLUSION: Through the study, it was realized the importance of comprehensive care during the gestational period and puerperium, following the evolution and providing the development of bonds between the professional and the patient.
Keywords: Nursing. Pre Eclampsia. Health promotion.

INTRODUÇÃO

No período gestacional ocorrem alterações no organismo da mulher, sendo estas fisiológicas, emocionais e mudanças dos fatores externos. Esse processo é considerado saudável quando não interfere na saúde da mulher nem do feto. Quando ocorrem alterações que implicam um processo não saudável a gestante é classificada como alto risco, definindo-se os fatores de

[1] Acadêmica do curso Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. E-mail: tatianesousa503@gmal.com
[2] Acadêmica do curso Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. E-mail: natashavascon2206@hotmail.com
[3] Acadêmica do curso Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. E-mail: mariaidelania@outlook.com
[4] Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC. E-mail: ana1jessyca@gmail.com
[5] Mestre e Doutora pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com

alto risco em relação as condições existentes que afetam a saúde e as circunstâncias manifestadas durante a gestação. Desse modo, é relevante acompanhamento pela equipe de saúde, intervindo por meio de ações se promovem a saúde da mulher, e acompanhando as mudanças gestacionais para identificar possíveis alterações que podem não favorecer a saúde do binômio (AMORIM et al., 2017).

Entre os fatores de risco gestacional, têm-se a pré-eclâmpsia, definida como uma desordem multissistêmica da gestação, caracterizada principalmente pelo aumento da pressão arterial e níveis elevados de proteína na urina, ou seja, ocorrendo proteinúria a partir da vigésima semana de gestação, durante o parto e até 28 horas depois. Como sintomas indicativos dessa condição, a gestante pode apresentar edema na face ao redor dos olhos e nas mãos, náuseas e/ou vômitos, cefaleia e alterações visuais, taquipneia e ansiedade. Entretanto, a patologia pode evoluir de forma silenciosa sem sinais indicativos, dificultando o diagnóstico e intervenções (FERREIRA et al., 2016).

Nos últimos anos o Brasil registrou redução da razão de mortalidade materna, com dados de 104 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 1990, para 44 mortes em 2015. O profissional de enfermagem deve contribuir com essa redução sabendo diferenciar precocemente sinais e sintomas de uma gravidez de risco, a fim de orientar e desenvolver cuidado efetivo junto a mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2015).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocorre em diferentes perfis sociodemográficos durante a gestação, principalmente em mulheres com idade avançada. A ausência de conhecimento, muitas vezes devido à baixa escolaridade faz com que ocorra deficiência de conhecimento sobre alimentação saudável e exercício físico, temáticas relevantes para prevenção da saúde. Logo, uma gestação sem cuidados alimentares e pratica de atividade física pode gerar durante o período gestacional, pré-eclâmpsia e agravos hipertensivos (AMORIM et al., 2017).

A pré-eclâmpsia, acarreta problemas a saúde da mulher e impacto significativo nos indicadores de saúde materna e infantil, como mortes maternas e perinatais e prematuridade iatrogênica associada. Uma pesquisa brasileira identificou que nas áreas mais desenvolvidas a prevalência da pré-eclâmpsia foi de 0,2%, e o índice de morte materna de 0,8%, entretanto, nas regiões com vulnerabilidades esta prevalência aumenta para 8,1%, e morte materna delimitando para 22,0%. Observa-se dessa forma, a relevância em se trabalhar a saúde da população em todos os meios sociais, reconhecer a dimensão do problema de cada área, conhecer as especificidades e adotar intervenções baseadas para melhorar a atenção saúde da gestante, de forma que resulte em estratégias de prevenção e detecção precoce da pré-eclâmpsia (RAMOS; SASS; COSTA, 2017).

Nessa perspectiva, observa-se que a equipe de enfermagem tem papel fundamental em oferecer assistência à gestante de alto risco, como cuidados de enfermagem específicos a mulher com pré-eclâmpsia capazes de reduzir as complicações e taxas de morbilidades. As intervenções para melhor atendimento são: exame físico criterioso, identificação precoce de sinais de pré-eclâmpsia, acompanhamento dos exames, avaliação fetal, educação continuada para os

profissionais e gestante, aferição da PA com manguito adequado a circunferência do braço, identificar e fazer tratamento precoce em paciente com crise hipertensiva de acordo com protocolos institucionais e realizar revisão do caso de cada gestante do alto risco (FERREIRA et. Al, 2016).

O presente trabalho torna-se relevante devido relatar a vivência pratica da assistência de enfermagem a gestante de alto risco, o relato de experiencia permite a compreensão das atribuições ao exercício profissional do enfermeiro, proporcionando o desenvolvimento de ações de saúde da mulher gestante de alto risco, oportunizando o enfoque crítico-reflexivo à assistência de enfermagem na formação de futuros enfermeiros.

Nesse interim, o estudo tem como objetivo relatar a experiência da Assistência de Enfermagem a uma gestante de alto risco com pré-eclâmpsia, tomando-se por base o referencial teórico de Wanda Aguiar Horta, aplicação da teoria das Necessidades Humanas Básicas

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir das vivências práticas que compõem o módulo de Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil, componentes da grande curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), no setor da maternidade de um hospital referência para gestações de alto risco no interior do Ceará no mês de agosto de 2019.

As informações foram obtidas a partir da assistência de enfermagem prestada a uma gestante. Realizado anamnese, exame físico e consultas a registros no prontuário, além de observações diretas que foram registradas. Os dados foram obtidos na enfermaria conjunta do referido hospital, no período de internação da gestante, em momento escolhido pela mesma, respeitando sua privacidade e sua vontade.

A experiência ocorreu a partir da assistência a uma gestante diagnosticada com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Pré-eclâmpsia, onde foi possível elaborar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Conceitua-se processo de enfermagem como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, a fim de assistir o ser humano, e se constitui em cinco passos: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (SANTOS et al., 2017).

Na identificação dos diagnósticos, utilizou-se raciocínio clínico prévio, fazendo a interação de processos interpessoais (análise de dados e tomada de decisão), processos técnicos (instrumentos utilizados) e processos intelectuais (pensamento crítico).

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde. Os diagnósticos foram estabelecidos e serviram de guia para o fornecimento do cuidado. Na fase avaliativa, os resultados esperados foram pré-estabelecidos, consultando a relações de resultados para cada diagnóstico, de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), para que suas necessidades humanas básicas fossem assistidas de forma holística. Por fim, na fase de planejamento, estabeleceram-se

as intervenções que, assim como os resultados, foram consultadas na classificação das intervenções de enfermagem (NIC).

Por se tratar de relato de experiência, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética, mas é norteado pela Resolução nº 466/2012, valendo-se pelos princípios éticos de não maleficência, beneficência, sigilo e respeito.

RESULTADOS

A seguir está descrito o plano de cuidados, elaborado a partir da teoria de enfermagem de Wanda Aguiar Horta, diagnostico de enfermagem (NANDA), resultados esperados (NOC), intervenções realizadas (NIC) e principais queixas da paciente.

QUADRO I. Problemas relacionados às necessidades psicobiológicas/psicossociais identificadas na assistência de Enfermagem e relação com os diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as taxonomias NANDA, NIC e NOC. Sobral, CE, 2019.

Necessidades Humanas Básicas (Wanda Horta):	**Diagnósticos de enfermagem (NANDA):**	**Resultados esperados (NOC):**	**Intervenções Realizadas (NIC):**	**Queixas do paciente:**
Psicobiológicas				
Percepção dos órgãos do sentido	Acuidade Visual Prejudicada	Integridade visual	• Manutenção dos níveis pressóricos • Segurança do ambiente	• Visão turva • Escotomas • Cefaleia
Regulação	Perfusão Tissular	Integridade tissular de pele e mucosas	• Prevenção de U.P.P • Controle da PA • Mudanças de posicionamentos • Cuidados circulatórios	• Edema em MMII • Parestesia em MMSS
Oxigenação	Padrão Respiratório Ineficaz	Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade de V.A.	• Mudança de posição • Avaliar necessidade de aspiração de V.A. • Monitorar SSVV • Avaliar sinais de esforço respiratórios (batimentos de asa do nariz, uso de musculatura acessoria) • oxigenoterapia	• Desconforto respiratório

Integridade cutaneomucosa	Risco de úlcera por pressão Risco de infecção	Cicatrização de feridas de segunda intenção (Alcance da regeneração de células e tecidos em ferimento aberto.)	• Prevenção de U.P.P • Controle da PA • Mudanças de posicionamentos • Cuidados circulatórios	• Adinamia
Terapêutica	Risco de infecção	Prevenir infecção evitável	• Assepsia em SVD e punção venosa • Avaliar SSVV e sintomas de infecção • Realizar desinfecção com álcool 70% nos dispositivos endovenosos antes de administração de medicamentos.	• Manutenção do acesso venoso • Manutenção da sonda vesical
Nutrição	Deglutição Prejudicada	Estabilidade da deglutição (fase esofágica) passagem segura de líquidos ou sólidos da faringe ao estomago.	• Mudança de posição • Controle de dor • Precaução contra aspiração • Supervisão de vômitos	• Epigastralgia
Sono e repouso	Conforto Prejudicado	Satisfação do paciente com o ambiente físico	• Cuidados para manutenção do ambiente • Administração e assistência de exames • Redução da ansiedade • Apoio da equipe	• Ambiência
Eliminação	Risco de Constipação	Eliminação intestinal (formação e evacuação de fezes)	• Controle hídrico • Controle de medicamentos • Deambulação • Redução da ansiedade	• Motilidade Gastrointestinal lenta
Psicossociais				
Autopercepção	Disposição para Enfrentamento Melhorado	Bem-estar pessoal (percepção da sua condição de saúde)	• Promoção ao exercício • Relaxamento muscular • Melhora para enfrentamento	• Boa percepção de sua saúde

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

A gestação é um acontecimento natural e fisiológico do corpo feminino, em que ocorrem mudanças de caráter físico e psíquico, sendo um período idealizado pela maioria das mulheres. No entanto, há certas complicações como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a obesidade, as cirurgias cesáreas recorrentes, a pielonefrite, a pré-eclâmpsia, dentre outros, que podem ocasionar alterações significativas no período gestacional desencadeando sintomas angustiantes e temerosos, classificado como gestação de alto risco (Wilhelm et al, 2015).

A gestação de alto risco, corresponde a complicações resultantes de fatores patológicos, ocasionando partos prematuros, complicações maternas e fetais que possam ameaçar a vida da mãe e/ou do feto. Diante disso, o estudo de Ferreira et al, 2019, destacou como fatores principais para o alto risco gestacional, o trabalho de parto prematuro, a má formação fetal, o crescimento intrauterino restrito, o diabetes gestacional, a hipertensão arterial sistêmica, a cardiopatia, a infecção do trato urinário, o hipertireoidismo e a pré-eclâmpsia.

Segundo Marques et al, (2019), a pré-eclâmpsia é uma condição exclusiva da gravidez, sendo caracterizada pelo aumento da pressão arterial e proteinúria, desenvolvendo-se após a vigésima semana de gestação em mulheres previamente normotensas ou sobreposta à hipertensão pré-existente. Já Oliveira et al, (2016) afirma através de seus estudos que mulheres que desenvolvem pré-eclâmpsia, possuem risco de recidiva da doença em gestações futuras bem como apresentam histórico familiar.

Segundo as orientações de RAMOS, J. G. L; SASS, N.; COSTA, S. H. M, 2017, esse distúrbio caracteriza-se através de um espasmo arteriolar ocasionando uma redução no diâmetro dos vasos, impedindo o fluxo sanguíneo adequado nos órgãos principais e elevando a pressão arterial sistêmica, resultando na insuficiência de muitos órgãos. Assim, esse vaso espasmo ocasionado na pré-eclâmpsia, dificulta o fluxo uteroplacentário, desencadeia a ativação e consumo constante de plaquetas, causando coagulação disseminada e ocasiona isquemia cerebral, edema difuso, convulsão (eclampsia) e acidentes vasculares. Já o estudo de Menezes et al, 2019, ressaltou como complicações da PE, trauma e pneumonia aspirativa, comprometimento da circulação placentária, afetando o fornecimento de nutrientes e hipóxia que compromete o aporte sanguíneo materno, desencadeando a restrição do crescimento fetal intrauterino podendo levar a prematuridade e/ou mortalidade perinatal.

Ferreira et al, 2019, enfatizou em seu estudo fatores de risco recorrentes para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, dentre eles, citou-se a idade materna avançada, a primariedade, a hipertensão crônica instalada, o diabetes mellitus e a obesidade. Destacou-se ainda, a associação entre fatores, dentre eles hipertensão crônica e diabetes, resultando na prevalência de causas mórbidas e histórico familiar de HAS com obesidade resultando em distorcias, hipertensão e diabetes.

Ainda sobre os estudos de Marques et al, (2019), identificou-se que a pré-eclâmpsia, é uma das principais causas de morbimortalidade materna, em que gestantes com sobrepeso ou obesidade têm maiores chances de desenvolvê-la. Com isso, o estudo de Amorim et al, (2017),

apresentou que as manifestações clínicas graves da pré-eclâmpsia são: pressão arterial acima de 160/110 mmHg, proteinúria, creatinina sérica superior a 1,2 mg%, oligúria, distúrbios visuais e/ou cerebrais, edema pulmonar ou cianose, dor epigástrica, disfunção hepática, plaquetopenia, eclampsia e restrição de crescimento fetal.

No que tange as Necessidades Humanas Básicas apresentadas na teoria de Wanda Horta, divide-se em três, as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Assim, ao fazer associação entre a teoria e o presente estudo, observou-se que os principais diagnósticos apresentados por necessidades biológicas são: perfusão tissular prejudicada, padrão respiratório ineficaz, risco de ulcera por pressão, risco de infecção, deglutição prejudicada, conforto prejudicado e risco de constipação. Disposição para o enfretamento melhorado foi o único diagnostico encontrado nas necessidades psicossociais e não houveram diagnósticos de necessidades psicoespirituais.

Ao avaliar a afirmação de Amorim et al, (2017), observa-se diagnósticos referentes a quadro de pré-eclâmpsia grave, sendo classificados segundo a taxonomia do NANDA como perfusão tissular ineficaz (edemas em membros inferiores), acuidade visual prejudicada (cefaleia e escotomas) e deglutição prejudicada (epigastralgia). Assim, a pesquisa de Oliveira *et al*, (2019), apresentam semelhança com o estudo, visto que as queixas principais identificadas foram: cefaleia, epigastralgia e dor abdominal. Ressalta-se ainda o estudo de Brito Neto et al, 2019, que classifica como fatores preditores de gravidade na pré-eclampsia sintomas como dor abdominal em barra, cefaleia intensa e turvamento visual (escotomas), sendo estes sintomas característicos do quadro apresentado.

Com isso, observou-se as necessidades psicossociais, em que a gestante apresentou disposição para enfrentamento melhorado, o que contribuiu na assistência prestada a paciente. Assim, foi implementado a teoria de Dorothea Orem sobre o autocuidado, em que foi orientado sobre a prática de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e uso da medicação de maneira correta, contribuindo para a estabilização dos níveis pressóricos, bem como promovendo saúde e bem-estar.

Percebeu-se, através da pesquisa que não houve diagnósticos de enfermagem apresentados pela gestante que se relacionasse com as necessidades psicoespirituais, visto que o hospital em que ocorreu a pesquisa, foi administrado por freiras e possui arquitetura religiosa, contribuindo para um espaço acolhedor e espiritual. Tarouco et al, 2019, apresenta resultados satisfatórios em relação ao uso da espiritualidade no período gestacional, proporcionando bem-estar, conforto, confiança e apoio, além de suporte emocional durante a gestação e no momento do parto.

O estudo de Wilhelm et al, (2015), destaca que ao passar por um episódio de risco gestacional, a mulher torna-se vulnerável, dificultando sua adesão ao tratamento, temendo ocasionar complicações para ela e o bebê. Com isso, Ballesteros et al, 2019, aborda em seu estudo que estado de saúde mental da gestante afeta o comportamento e o desenvolvimento da criança, causando desordens comportamentais, afetivas e sociais, portanto, torna-se necessário a

implementação de estratégias para enfrentamento do medo, ansiedade e estresse durante período de gestação e puerpério, afim de promover saúde e bem-estar no binômio materno-fetal.

Lopes et al, 2019, registrou em seu estudo, a alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na gestação, destacando sintomas de ansiedade e depressão ocasionados comumente por história de depressão anterior, gestação não planejada, ausência de companheiro, e condição socioeconômica desfavorável. Com isso, identifica-se a necessidade de avaliar tanto a situação clínica quanto ofertar um cuidado holístico, visando a promoção da saúde mental através da escuta acolhedora, do fortalecimento de vínculos com familiares e o desenvolvimento de confiança entre paciente e profissional de saúde, favorecendo o bem-estar físico e psíquico da paciente, bem como, proporcionar um parto seguro.

Por fim, ressalta-se a importância desse estudo para a formação profissional, proporcionando ao estudante o aprendizado teórico-prático, a fim de construir profissionais capacitados e humanizados, bem como contribuiu para a melhor assistência ofertada a gestante, afim de incentivar a criação de vínculos profissional-paciente, favorecendo sentimentos de confiança, bem-estar, calma e relaxamento tornando o ambiente hospitalar menos estressante e um trabalho de parto seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, através do presente estudo, foi perceptível a importância do cuidado integral durante o período gestacional e o puerpério, acompanhando a evolução e proporcionando o desenvolvimento de vínculos entre o profissional e a paciente, fortalecendo sentimentos de confiança, bem como, melhor adesão ao tratamento e busca por hábitos saudáveis. Assim, contribuindo significativamente o aprendizado teórico-prático do acadêmico, a fim de construir profissionais capacitados e humanizados. Dentre as limitações do estudo, podemos citar a quantidade limitada de tempo com a paciente, visto que a mesma estava em uma situação de saúde complicada e sentia-se impaciente com o fluxo de pessoas no quarto, e inúmeras perguntas realizadas durante a anamnese para a paciente.

Salienta-se, também, a importância do monitoramento da mulher no estado puerperal, considerando que os níveis pressóricos podem manter-se elevados, aumentando a chance de convulsões e lesões neurológicas. Apesar de ser um desafio, o diagnóstico precoce, o bom acompanhamento profissional bem como a adesão ao tratamento adequado são os principais fatores para retardar ou impedir a evolução da patologia, evitando consequências à mãe e ao bebê.

Vale ressaltar, a necessidade de acompanhamento multiprofissional adequado desde o início do pré-natal, visto que nesse período é possível identificar as alterações na gestação que possam ocasionar uma complicação, assim, proporcionando uma gravidez saudável e um parto sem riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê. Em vista disso, destaca-se também o estímulo a investimentos em estudos voltados para a temática pré-eclâmpsia na gestação, visto a escassez de artigos que fundamentem os riscos dessa patologia para a mãe e o feto.

REFERÊNCIAS

AMORIM, F.C.M; NEVES, A.C.N; MOREIRA, F.S; OLIVEIRA, A.D.S; NERY, I.S. Perfil da gestante com pre-eclampsia. **Rev. De Enfermagem**. Recife, v.11, n.4, p.1574-1583, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/tatiane1998/Downloads/15225-38014-1-PB.pdf. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

AMORIM, T.V; SOUZA, I.E.O; MOURA, M.A.V; QUEIROZ, A.B.A; SALIMENA, A.M.O. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Revista Emfermería Global**, Fortaleza, n.46, p.515-529, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

BALLESTEROS, C. I. de et al. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo,V. 12, n. 2, 2019. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v12n2/v12n2a05.pdf. Acesso em: 28 de Julho de 2020.

FERREIRA, E.T.M. de et al. Características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia em gestantes. **Rev Rene,** Murcia, n. 20, p. 01-07, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/tatiane1998/Downloads/40327-Article%20Text-132074-1-10-20190509.pdf. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

FERREIRA, M.B.G. de et al. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm**, Minas Gerais, v.50, n.2, p. 324-234, jan., 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200324&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

FERREIRA, S.V et al. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. **Refasc.** Minas Gerais, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2019. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3410. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

LOPES, R.S et al. O período gestacional e transtornos mentais: Evidências epidemiológicas. **Humanidades & tecnologia em revista**, Minhas gerais, n.13, v.19, p.1-10, 2019.

MARQUES, D. S. M. de et al. A relação entre a pré-eclâmpsia e a obesidade: Uma revisão integrativa. **Revista Caderno de Medicina.** 2019, v.2, n.2, p.57-62. Disponível em: http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1394. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

MENEZES, B. P. V. de et al. Manejo conservador de pré-eclâmpsia com características severas: resultados maternos e perinatais e avaliações de causas para parto pré-termo. e-Scientia, 2019, Belo Horizonte, vol. 12, n. 2, pp. 38-41. Disponivel em: https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2978. Acesso em: 28 de julho de 2020.

NETO, R.M.B. et al. Pré-eclâmpsia em período puerperal: relato de caso. **Revista USP.** São Paulo, v. 5, n.1, p.43-48, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/tatiane1998/Downloads/155458-Texto%20do%20artigo-403448-1-10-20200427.pdf. Acesso em: 28 de julho de 2020.

OLIVEIRA, A. C. M. de *et al*. Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió. **Online Brazilian Journal of Nursing.** Alagoas, 2015, vol.1, núm.1, p.01-08. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20150150.pdf. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

OLIVEIRA, M.P. et al. Pré-eclâmpsia tardia com sinais de gravidade associados a síndrome de HELLP parcial: um relato de caso. **e-Scientia**, Belo Horizonte, 2019. vol. 12, n. 2, pp. 51-54 Disponivel em: https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2981. Acesso em: 28 de julho de 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015**. Estimaciones de la oms, el unicef, el unfpa, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones. Suiça, 2015.

RAMOS, J. G. L.; SASS, N.; COSTA, S. H. M. Série, orientações e recomendações da febrasgo pré-eclâmpsia. **Febrasgo.** 2017, n. 8, p.1-56, 2017. Disponivel em:

https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAyMPSIA.pdf. Acesso em: 27 de julho de 2020.

SANTOS M, G. de et al. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enfermagem Foco**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 49-53, 2017. Disponivel em : http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1032/416. Acesso em: 25 de julho de 2020.

TAROUCO, V.S. de et al. Cuidado de enfermagem frente a dimensão espiritual no período gestacional. **Enfermagem Foco**, Fortaleza v.10, n.5, p.185-190. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2688/0. Acesso em: 25 de julho de 2020.

WILHELM, L. A. de et al. **S**entimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing.** Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.284-293. Disponivel em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361443744009. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

Capítulo 55

VIVENCIANDO JUNTOS A PARTURIÇÃO: DISCURSOS DE MULHERES SOBRE A PRESENÇA PATERNA NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

EXPECTING THE PARTURITION TOGETHER: WOMEN SPEECH ABOUT THE PATERNAL PRESENCE AT PLANNED HOME BIRTH

Jéssika Andrade de Melo Braga Monteiro[1]
Jane Baptista Quitete[2]

RESUMO: Objetivo: O nascimento de um filho é um momento único não só na vida das mulheres, mas na vida dos homens também. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa é compreender como foi para a mulher vivenciar o momento de parturição com a presença paterna. Método: Pesquisa aprovada pelo CEP SR2/UERJ, onde as participantes foram 08 (oito) mulheres que tiveram pelo menos um dos seus filhos por parto domiciliar planejado, assistidos por Enfermeiras Obstétricas no Estado do Rio de Janeiro. Resultados: A análise dos dados aponta uma categoria temática denominada: vivenciando juntos a parturição. Conclusão: Frente aos achados desta pesquisa, foi possível entender como a presença paterna no trabalho de parto e parto é de extrema importância para as mulheres, e que o mesmo traz inúmeras vantagens para a mulher e para o bebê.
Descritores: Paternidade. Parto Domiciliar. Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT: Objetive: The birth of a son is an unique moment not only in women's life, but also in men's life. Thus, the purpose of this reseach is to comprehend how it was for the woman to experience the parturition with paternal presence. Method: Reseach approved by CEP SR2/UERJ, where the participants were 08 (eight) women that had even one of their children by planned home birth, assisted by obstetrical nurses in state of Rio de Janeiro. Results: The data alaysis point to a thematic category called: Experiecing the parturition together. Conclusion: According to the findings of this reseach, it was possible to undertand how the paternal presence at the birth labor and birh is extremely important to women, and that it brings uncountable advantages for the woman and the baby.
Descriptors: Paternity. Home Birth. Humanized Birth. Obstetrical Nursing.

Introdução

O parto domiciliar planejado é um resgate do parto como um processo fisiológico e da autonomia da mulher sobre o seu corpo, autonomia esta que foi apossada com a institucionalização do parto, e valorizar o protagonismo da mulher sobre o nascimento. O parto domiciliar planejado vem como uma opção para as mulheres que buscam seus partos de forma mais natural e independente das rotinas hospitalares (LESSA et al, 2014), mulher deve dar a luz em um lugar que ela se sinta segura, que no caso da gestante de risco habitual pode ser seu próprio domicilio (BRASIL, 2017).

A presença do pai no momento do parto tem sido objeto de vários estudos (QUITETE e MONTEIRO, 2018). O homem ser acompanhante da mulher durante o trabalho de parto e parto é uma oportunidade de presenciar o nascimento do seu filho, e que cada homem percebe de uma maneira sua participação neste momento, mas independente de qual seja sua percepção sobre a

[1] Enfermeira Obstétrica. Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF. Rio das Ostras, RJ. Brasil. E-mail: jessikamelo@gmail.com
[2] Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente Universidade Federal Fluminense. Líder do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF. Rio das Ostras, RJ. Brasil. E-mail: janequitete@gmail.com.

sua participação, esse momento o remete a uma experiência com um significado importante para sua vida, sendo também importante para a vida conjugal. O homem, ao vivenciar o processo de nascimento, desfruta de um momento intenso, repletos de significativos, sentimentos e reflexões (JARDIM e PENNA, 2012). Esta vivencia favorece a co- responsabilização do homem e da mulher para o processo parturitivo e o nascimento do filho, que por sua vez fará nascer um novo homem, um novo pai (QUITETE e MONTEIRO, 2018).

A paternidade e o cuidado de si são eixos prioritários da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) relacionando o engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, no parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, trazendo uma melhora de qualidade de vida e a construção de vínculos afetivos saudáveis (BRASIL, 2018).

Esta pesquisa tem o objetivo de discutir sobre a presença paterna no parto domiciliar planejado do ponto de vista da experiência das mulheres, ou seja, compreender como foi para a mulher vivenciar o momento de parturição com a presença paterna.

Método

Em virtude da subjetividade do objeto de pesquisa "presença paterna no parto domiciliar planejado", essa pesquisa tem uma perspectiva qualitativa. Sendo a mesma um recorte da tese de doutorado titulada *Atribuindo significados as enfermeiras obstétricas: uma construção social sob a ótica das usuárias na perspectiva do interacionismo simbólico* (QUITETE, 2015), submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ UERJ/SR2, e atendendo a todas as recomendações da resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

As participantes deste estudo foram 08 (oito) mulheres que tiveram pelo menos um dos seus filhos por parto domiciliar planejado, assistidos por Enfermeiras Obstétricas no Estado do Rio de Janeiro. O procedimento para coleta de dados utilizou a técnica *snowball*, método de amostragem intencional que define uma amostra a partir da indicação de participantes que conhecem outros participantes que atendem ao mesmo perfil de interesse do estudo (GOODMAN, 1961). Foi realizada entrevista semiestruturada, tendo como pergunta norteadora: Como você se sentiu tendo o pai ao seu lado durante o trabalho de parto e parto? As entrevistas foram gravadas e transcritas pelas pesquisadoras, e posteriormente foram meticulosamente tratadas, conforme recomenda o referencial metodológico de Bardin (BARDIN, 2016).

Resultados

A análise dos dados revelou uma categoria temática que respondeu ao objeto deste estudo: Vivenciando juntos a parturição.

"Que melhor parceiro do que aquele que fez a criança?" (entrevistada 06).

Todas as mulheres entrevistadas perceberam de forma positiva a participação do pai durante o parto domiciliar planejado.

A presença do pai no parto é fundamental para que a mulher se sinta mais segura e possa se entregar a este momento sem precisar se preocupar com nada a sua volta.

> *"Ele [pai] ficou comigo o tempo todo." (entrevistada 03)*

> *"Ele [pai] o tempo todo ficou perto de mim." (entrevistada 01)*

A participação do pai durante o trabalho de parto pode acontecer de várias maneiras, isso é muito influenciado pelos costumes e hábitos deste homem, existem homens que ficam mais tímidos e existem homens que ficam mais ativos.

> *"Ele [pai] sempre participando muito do processo." (entrevistada 02)*

> *"E ele [pai] sempre participou de tudo... Ele é muito participativo." (entrevistada 05)*

> *"O tempo todo ele [pai] me dando força, e falando que estava tudo bem, que não sei o que, que eu ia conseguir... Ele [pai] me apoiou muito, tanto na hora do parto e como depois" (entrevistada 04)*

> *"Foi ele [ele] assim, que na hora dela nascer mesmo estava comigo o tempo inteiro. Ele que me deu força. Eu lembro dele segurando a minha mão. Tipo, me passando uma energia muito boa, uma força muito boa assim, muito grande" (entrevistada 07)*

O apoio físico ofertado pelo pai no momento do parto pode ser classificado de três formas, a presença ativa, a referência familiar, e a presença passiva. Essa classificação, leva em conta a interação do pai com a parturiente e suas principais reações durante o trabalho de parto.

A presença ativa é aquela onde o pai toma a frente para ajudar a mulher, tem mais iniciativa.

> *"E durante o parto ele [pai] estava junto, enchendo a piscina de água. O que eu precisava ele vinha atrás de mim. E eu tomava banho, assim, para relaxar a dor, com água quente. Saía do banho molhada, não estava preocupada com nada porque estava concentrada ali. Ele vinha e colocava o casaco nas minhas costas, me cobria. Perguntava se eu queria alguma coisa". (entrevistada 05)*

> *"Ele [pai] ficou na bola comigo, o tempo que eu estava na bola sabe... Ele ficou comigo e tal, o tempo todo". (entrevistada 04)*

> *"Ele [pai] vinha e fazia massagem, ele vinha a trazia um lanche... E ele o tempo todo assim super carinhoso comigo, todo o tempo querendo me fazer massagem, querendo não sei, aliviar alguma coisa, fazer alguma coisa". (entrevistada 07)*

> *"Ele [pai] sempre comigo, me deu água de coco, a gente ia para o chuveiro junto, a gente ia fazer os movimentos de agachamento, ele levantava comigo, ele agachava. Sempre comigo, a gente foi pra rede, aí ele ficou fazendo massagem em mim na rede. Vinha a contração, ele fazia massagem e balançava a rede". (entrevistada 08)*

Algumas vezes, o homem não tem tanta iniciativa para fazer as coisas, depende do pedido da mulher ou da orientação da enfermeira obstétrica sobre o que deve fazer.

> *"Elas [enfermeiras obstétricas] falavam: vai lá, faz uma massagem nela, conversa com ela... Às vezes elas falavam assim: ah faz assim uma massagem assim nela, nas costas". (entrevistada 01)*

> *"A MM [enfermeira obstétrica] falava: ajuda ela nisso". (entrevistada 03)*

> *"MM [enfermeira obstétrica] falava com ele [pai]: Beija ela! Fica perto dela". (entrevistada 08).*

Esse apoio físico acontece em vários momentos e de várias formas, sempre guiados pelo o que a mulher está passando e sentindo naquele momento. As atividades de apoio variam de acordo com as necessidades, desejo e cultura da mulher.

> *"E durante o trabalho de parto ele [pai] estava ele estava junto, enchendo a piscina, enchendo a piscina de água. O que precisava ele vinha atrás de mim". (entrevistada 05)*

> *"Ele [pai] começou a fazer junto comigo coisas de respiração que a MM [enfermeira obstétrica] estava passando, mas não era nem junto comigo na minha frente. Ele sentou atrás de mim, me encaixou, e a gente ficou juntos. E aí toda vez que a contração vinha*

> *era ele que começava o exercício de respiração, e eu acompanhava". (entrevistada 02)*
>
> *"Aí ele [pai] fez massagem nas minhas costas. Ele ficou na bola comigo, o tempo que estava na bola sabe, ele ficou comigo e tal, o tempo todo". (entrevistada 04)*

Para algumas mulheres, esse tipo de participação foi considerado muito importante para o bom desenvolvimento do trabalho de parto.

> *"E se não fosse esse corpo a corpo eu acho que não ia conseguir passar com a relativa tranquilidade que eu passei". (entrevistada 02)*
>
> *"Eu acho que eu não ia conseguir parir da forma que eu pari se ele [pai] não estivesse lá". (entrevistada 08)*

Foi relatado por todas as mulheres que após o nascimento dos bebês o cordão umbilical foi cortado pelo pai.

> *"Ah foi ele [pai], foi meu marido que cortou o cordão... Aí elas [enfermeiras obstétricas] foram pinçaram e deram a tesoura pra ele cortar, e ele cortou o cordão". (entrevistada 01)*
>
> *"E ele [pai] cortou o cordão umbilical depois que ela nasceu, foi ele que cortou o cordão também... Ele cortou o cordão, ele queria cortar, que é uma coisa, é a parte mais emocionante". (entrevistada 05)*
>
> *"Ele [pai] que cortou o cordão, foi um momento especial pra ele também, super emocionante. Foi o que me nasceu como mulher, foi o que nasceu ele como homem". (entrevistada 07)*

Discussão

O pai é considerado o acompanhante ideal para a mulher no momento do nascimento, devido à formação de vínculos e representação de laços familiares, além de afirmar sua paternidade quando acompanha o nascimento do seu filho (PERDOMINNI E BONILHA, 2011). A mulher percebe a presença desse acompanhante como grande ajuda, especialmente relacionado ao apoio emocional e conforto físico (QUITETE e MONTEIRO, 2018).

Essa presença também traz inúmeras vantagens não só para a mulher, mas também para o bebê que está passando pelo processo do nascimento. O suporte à parturiente está associado a resultados maternos como, redução da taxa de cesariana, redução do uso de ocitocina, menor

duração do trabalho de parto, diminuição do uso de medicamentos para alivio da dor e aumento da sensação de prazer e satisfação materna quanto à experiência do parto (VARGENS et al, 2016). Inclusive, a presença paterna pode minimizar a violência obstétrica durante o parto, diminuir a ocorrência de depressão pós-parto, favorecer o aleitamento materno, bem como fortalecer o vínculo pai, mãe e bebê (BRASIL, 2018) (WHO, 2014).

A mulher precisa de um suporte, um vínculo de confiança que vai além da equipe, e que somente será suprido por um acompanhante. De todas as formas de participação do pai no momento do parto, a mais importante e fundamental para que o processo ocorra de forma mais tranquila e natural, é o apoio emocional que este pai oferece para a mulher (SOUZA e GUALDA, 2016).

Sobre isso, quando o homem acompanha sua parceira nas consultas de pré- natal, desenvolve um preparo emocional para exercer a paternidade, tornando o momento da gestação mais humanizado. O homem oferece à sua companheira apoio emocional, para que ela se sinta mais segura, fazendo com que o casal possa compartilhar as alegrias do nascimento, o que gera maior proximidade e intensificação do relacionamento. Com esta participação o homem torna a sua companheira o foco de atendimento, além de fortalecer seus potenciais e autoconhecimento, colocando-o em uma posição ativa e não somente de expectador no que diz respeito ao parto e nascimento (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

O acompanhante oferece o apoio emocional, conforto e encorajamento que a mulher precisa para vivenciar este momento, com isso, reduz os sentimentos de solidão, ansiedade e os níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher e outros fatores como, desconforto e medo durante o trabalho de parto, o apoio emocional contribui também para o aumento da autoestima da mulher (DOUDOU *et al,* 2014).

A participação do pai é mais do que estar presente, ele pode ser além de um representante fiscalizador da assistência recebida, também pode participar ativamente de todo o processo da parturição auxiliando as mulheres a sentirem-se apoiadas (INSTITUTO PROMUNDO, 2014) (BRASIL, 2018).

O simples ato de oferecer ajuda e tomar iniciativas para ajudar acaba fortalecendo a tríade mãe-pai-bebê. Nesse momento, o homem deixa de ser o expectador e assume o papel de integrante ativo (ANTUNES et al, 2014), oferecendo segurança e conforto a parturiente de forma espontânea e autônoma, tanto nas atividades físicas, como no apoio emocional, sendo carinhosos e estabelecendo interação verbal.

O medo do desconhecido repercute no homem, principalmente por não poder controlar as situações e pelas possíveis intercorrências (ANTUNES et al, 2014). Muitas vezes, os pais sentem-se ansiosos sobre o parto, sendo importante o diálogo com os profissionais de saúde em um espaço que garanta escuta ativa e segurança (INSTITUTO PROMUNDO, 2014). Para tanto, eles precisam de orientação sobre o que se pode e deve fazer para ajudar a parturiente durante o trabalho de parto, resaltando que mesmo com a dificuldade de ajudar á parturiente, há um desejo e intenção de fazê-lo.

A presença passiva ocorre quando o acompanhante não se envolve com a parturiente e suas reações no trabalho de parto, também se observa que esse tipo de acompanhante tem dificuldade permanecer ao lado da parturiente, tendo a necessidade de sair do local de parto periodicamente (MOTTA e CREPALDI, 2005). Este tipo de participação não foi citado entre as entrevistadas, visto que no parto domiciliar há um envolvimento familiar muito grande.

As atividades do acompanhante podem ser: permanecer ao lado da parturiente segurando sua mão, realizar massagem, auxiliar no banho e na deambulação, e encorajar no período expulsivo, por exemplo (BRUGGEMANN et al, 2005).

O ato de cortar o cordão é considerado uma prática relevante para a integração da família, conferindo um significado de participação em um rito de passagem que é o nascimento e deve ser incentivada pela equipe de saúde (BRASIL, 2018). Os profissionais de saúde devem apoiar o pai para que entre em contato com seu bebê o mais cedo possível: cortando o cordão, segurando o filho no colo, pesando, acompanhando nos procedimentos, por exemplo (INSTITUTO PROMUNDO, 2014). O ato de cortar o cordão umbilical é uma prática relevante para a integração familiar, quando realizado pelo acompanhante confere um significado de participação em um rito de passagem que é o nascimento. Essa prática traz vários simbolismos como, finalização da identidade de grávida e passagem para uma nova identidade para a mulher (PINTO *et al,* 2003).

Vale ressaltar que, a PNAISH afirma que é necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. Assim, a paternidade não deve ser vista apenas como uma obrigação legal, mas também como um direito do homem a participar de todo o processo, desde o início do planejamento familiar, o acompanhamento pré-natal, do parto, do pós-parto e posteriormente nos cuidados e educação do filho (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

A mudança de paradigma sobre o papel de homens e mulheres na sociedade brasileira tem possibilitado que os homens vivenciem eventos até poucos anos impensáveis para uma sociedade machista (REIS, 2017). Os pais mais envolvidos são geralmente aqueles mais jovens, com nível de instrução mais alto e com vínculo empregatício flexível. Neste cenário, os serviços de saúde devem inseri-los no atendimento do pré-natal, trabalho de parto e parto, ressaltando o quanto a presença deles tem sido valorosa para as mulheres (INSTITUTO PROMUNDO, 2014).

Conclusão

O objetivo desta pesquisa foi de discutir sobre a presença paterna no parto domiciliar planejado sob a ótica das mulheres. Frente aos achados desta pesquisa, foi possível entender como a presença paterna no trabalho de parto e parto é de extrema importância para as mulheres.

A presença paterna no trabalho de parto e parto traz inúmeras vantagens para a mulher e para o bebê, tais como, maior satisfação da mulher quanto ao parto, diminuição da dor e da ansiedade, menos analgesia, maior índice de APGAR no primeiro minuto, formação do vínculo precoce entre pai e bebê, entre outras.

Pouco ainda se fala sobre a presença paterna na gestação e no momento do nascimento, visto que ainda hoje, gestação, parto e nascimento são eventos estritamente femininos. Em

contramão este modelo, temos o parto domiciliar planejado onde o parto é visto como um momento familiar e intimo.

Referências

ANTUNES, J. T.; PEREIRA, L. B.; VIEIRA, M. A.; LIMA, C. A. Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 4, n.3, p. 536-545, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12515/pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 05, p. 1316-1327, set./out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,* v. 18, n. 2, p. 262-269, abr./jun. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

GOODMAN, L. A. Snowball Sampling. *Ann. Math. Statist.* [Online], v. 32, n. 1, p. 148- 170, 1961. Disponível em: https://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.aoms/1177705148. Acesso em: 18 de jul. 2020.

HENZ, G. S.; MEDEIROS, C. R. G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Online], v. 6, n. 1, p. 52-66, jan./jun. 2017. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2053/pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

INSTITUTO PROMUNDO. Programa P: manual para o exercício da paternidade e do cuidado. Instituto Promundo; Cultura Salud/EME; REDMAS; Instituto Noos. - Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2014.

JARDIM, D. M. B.; PENNA, C. M. M. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *Revista Min. Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 373-381, jul./set. 2012. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/540. Acesso em: 21 de jul. de 2020.

LESSA, H. F.; TYRRELL, M. A. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D.P. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto & contexto enferm*. [Online], v. 23, n. 3, p. 665-672, jul./set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e o apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia*, v. 15, n. 30, p. 105-118, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 20, n. 3, jul./set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

PINTO, C. M. S.; BASILE, A. L. O.; SILVA, S. F.; HOGA, L. A. K. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 41-47, jan./jul. 2003. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a08.pdf. Acesso em 21 jul. 2020.

QUITETE, J. B. *Atribuindo significados as enfermeiras obstétricas: uma construção social sob a ótica das usuárias na perspectiva do interacionismo simbólico.* 2015. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015. http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8674.

QUITETE, J. B.; MONTEIRO, J. A. M. B. A participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 26, 2018. Disponível em: https://www.e- publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18682/28370. Acesso em: 10 jul 2020.

REIS, T. L. R.; PADOIN, S. M. M.; TOEBE, T. R. P.; PAULA, C. C.; QUADROS, J. S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n.1, mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164677.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce- 25-01-4080014.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

VARGENS, O. M. C.; NUNES, S.; SILVA, C. M.; PROGIANTI, J. M. Procedimentos invasivos no cuidado à parturiente sob a perspectiva de gênero. *Rev. enferm. UERJ,* v. 24, n. 6, 2016. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15066/21485. Acesso em: 12 jul. 2020].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Recommendations for augmentaion of labour. Geneve, 2014.

SOBRE A ORGANIZADORA

Lia Maristela da Silva Jacob

Possui Graduação em Enfermagem e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza(UNIFOR) . Doutora em Ciências da Saúde com Área de Concentração em Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem na Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Conchas(FACON). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e do Recém- Nascido(UNICAMP). Tem experiência na área de Assistência em Enfermagem e Gestão em Instituição de Ensino Superior. Atuando principalmente nas seguintes áreas : Saúde da Mulher , Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Estomaterapia e Metodologias Ativas. Docente na Escola Multicampi de Ciências Médica- EMCM/UFRN (Caicó-RN). Docente no Curso de Enfermagem- Universidade Estadual do Rio Grande do Norte- UERN (Caicó- RN). Docente no curso de medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic (Araras-SP).

ISBN 978-65-86212-51-8