



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 2

Atena
Editora
Ano 2019



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 2

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D611	Discursos, saberes e práticas da enfermagem 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Discursos, saberes e práticas da enfermagem; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-896-0 DOI 10.22533/at.ed.960192312 1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I.Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série. CDD 610.73
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Discursos, Saberes e Práticas da Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 6 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 25 capítulos, o volume II aborda, dentre outros assuntos, a Enfermagem como atuante na assistência à saúde da mulher com pesquisas no âmbito da ginecologia e obstetrícia, além da saúde inerente ao público de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

Colaborando com as mais diversas transformações no contexto da saúde, o volume II é dedicado ao público de pais e mães, com estudos que abordam aspectos sobre o processo de paternidade e maternidade, além de publicações que envolvem a saúde da mulher, incluindo a atuação da enfermagem em ginecologia e obstetrícia, na vertente materno-infantil, e pesquisas voltadas à violência contra a mulher, abortamento, planejamento familiar, gravidez na adolescência, dentre outros. Além disso, as publicações também oferecem suporte com evidências relacionadas à saúde do público LGBT.

Esse olhar diferenciado promove o conhecimento, facilitando a atuação do profissional diante das especificidades inerentes a cada público. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma mais eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios. Portanto, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada, humanizada e com um olhar especial no que diz respeito à saúde dos mais diversos públicos, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“CONDUTAS MASCULINAS” NO ABORTAMENTO SOB A ÓPTICA DE MULHERES E HOMENS	
José Renato Santos de Oliveira	
Cleuma Sueli Santos Suto	
Jones Sidnei Barbosa de Oliveira	
Carle Porcino	
Rita de Cassia Dias Nascimento	
Amanda dos Santos Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.9601923121	
CAPÍTULO 2	14
CONSUMO DE ALIMENTOS REGIONAIS DURANTE A GRAVIDEZ	
Mariana Carolini Oliveira Faustino	
Ana Izabel Godoy de Souza	
Gracyelle Elizabete dos Santos	
Mayra Roscelli Ferreira Nascimento Lima	
Thaysa Tavares da Silva	
Sheyla Costa de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.9601923122	
CAPÍTULO 3	23
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	
Fabio Santos Santana	
Bianca Morais de Oliveira	
Maria Lucimaria Gama Ribeiro	
Adriana Antônia de Oliveira	
Charles Bruno Mendes Bulhões	
Danielle Costa de Souza	
Murilo Dias da Silva	
Priscila Mendes Graña de Oliveira	
Simone Teixeira da Luz Costa	
Tacio Macedo Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9601923123	
CAPÍTULO 4	34
A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PROCESSO DO NASCIMENTO E AS INFLUÊNCIAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO	
Marli Aparecida Rocha de Souza	
Raquel Fernandes da Silva de Oliveira	
Thais Ferreira da Cruz	
Izabela Andréa da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9601923124	
CAPÍTULO 5	46
A VISÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O ABORTO	
Meiriane Christine dos Santos Aguiar	
Isis Vanessa Nazareth	
Samantha dos Reis Silva	
Glaucimara Riguete de Souza Soares	
Patrícia Regina Affonso de Siqueira	
Fabricia Costa Quintanilha Borges	
Luiza Fernanda Thomaz Mendonça	

Juliana Silva Pontes
Joana Darc Fialho de Souza
Luis Felipe Bezzera Estevam
Maria Isabel Santos Alves
Suzanna Martins Costa

DOI 10.22533/at.ed.9601923125

CAPÍTULO 6 57

ACESSO AO ATENDIMENTO BÁSICO DE SAÚDE DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBTs): IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Danilo Damiano Soares de Miranda
Karla Mychele Cezário de Lima
Vivian Mayara da Silva Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.9601923126

CAPÍTULO 7 62

AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÕES DE EDUCADORES E ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

Carla Zimmermann Tuzin Santos
Hedi Crecência Heckler de Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.9601923127

CAPÍTULO 8 73

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS VÁRZEA - PATOS DE MINAS, MG

Henrique Takeshi Pinto Emi
Ana Clara Costa Garcia
Brenda Viana Valadares
Caíque Mortati Martins da Silva
Milla Cristie Rodrigues Costa
Virgínia Fernandes Fiúza
Isadora Sene
Marisa Costa e Peixoto
Giovana Bertoni Palis Samora
João Vítor Resende Andrade

DOI 10.22533/at.ed.9601923128

CAPÍTULO 9 85

AUTOEFICÁCIA NO ALEITAMENTO MATERNO EM ADOLESCENTES DO NORTE BRASILEIRO

Edficher Margotti
Nara Thassiana Viegas

DOI 10.22533/at.ed.9601923129

CAPÍTULO 10 99

CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Camila Almeida Neves de Oliveira
Maria Regilânia Lopes Moreira

DOI 10.22533/at.ed.96019231210

CAPÍTULO 11 109

DESAFIOS PARA O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

Ana Cláudia Sierra Martins
Cristiane Maria dos Santos Pereira
Dalila Maria de Almeida Souza
Gisele Carla de Oliveira
Leidiléia Mesquita Ferraz
Mariane Silva Caixeiro

DOI 10.22533/at.ed.96019231211

CAPÍTULO 12 121

COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO DA NUTRIZ DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato
Larissa Silva Bergantini
Francieli Silva de Oliveira
Camila Borghi Rodriguero
Christyna Beatriz Aparecida Genovez Tavares
Angélica Yukari Takemoto
Jhennifer Bortoloci Galassi
Heloísa Gomes de Farias
Mariana Salvadego Aguila Nunes
Carolina Maria Inomata Marioti
Thaiane da Silva Cândido
Anita Batista dos Santos Heberle

DOI 10.22533/at.ed.96019231212

CAPÍTULO 13 137

DIFICULDADE NA ADESÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Ayla Araújo Beserra
Silvana Cavalcanti dos Santos
Alessandra Pontes Lopes
Andicleia Cicera da Silva
Luiza Vanessa de Lima Silva
Márcia Jasimini Sidatha da Silva Fernandes
Ayane de Araujo Beserra
Débora Lemos Paz
Anna Maria França de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.96019231213

CAPÍTULO 14 148

FATORES DIFICULTADORES DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Juliane Lima Pereira da Silva
Francisca Márcia Pereira Linhares
Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus
Danielle Santos Alves
Amanda de Almeida Barros
Auricarla Gonçalves de Souza

DOI 10.22533/at.ed.96019231214

CAPÍTULO 15 158

MATERNAGEM AMPLIADA: VIVÊNCIAS DE AVÓS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Karla Maria Carneiro Rolim
Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes
Kamila Silton Pinheiro de Freitas
Isabel Freitas dos Santos
Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque
Vitória Germano Oliveira de Sousa
Hávila Kless Silva Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.96019231215

CAPÍTULO 16 166

QUALIFICANDO MÃES PARA ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO: OLHAR MATERNO NO MÉTODO CANGURU

Maria de Belém Ramos Sozinho
Maria de Nazaré da Silva Cruz
Bruna De Paula Santana Lima
Marlene Sousa Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.96019231216

CAPÍTULO 17 179

SER PAI NA ADOLESCÊNCIA: REFLEXÃO TEÓRICA

Bianca Soares da Silva
Lucilene Maria da Silva
Gabrielly Nascimento Soares
Catia Cristina Valadão Martins Rosa
Prisciely Souza de Palhano
Vania Paula Stolte Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.96019231217

CAPÍTULO 18 192

SATISFAÇÃO DAS GESTANTES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ - NATAL EM UM MUNICÍPIO MARANHENSE

Bárbara de Araújo Barbosa Sousa
Adriane Mendes Rosa
Gabriella Marly Pereira de Jesus
Iara Leal Torres
Gleciene Costa de Sousa
Helayne Cristina Rodrigues
Francilene de Sousa Vieira

DOI 10.22533/at.ed.96019231218

CAPÍTULO 19 205

PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Michelle Araújo Moreira
Laíne de Souza Matos
Vivian Andrade Gundim
Flávia Costa Santos

DOI 10.22533/at.ed.96019231219

CAPÍTULO 20 218

TESTE DO PEZINHO: CONHECIMENTO DE MÃES GESTANTES DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Maria Aline Alves Mariano
Mariana Carolini Oliveira Faustino
Analucia de Lucena Torres

DOI 10.22533/at.ed.96019231220

CAPÍTULO 21 229

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Monyka Brito Lima dos Santos
Rosevalda Cristine Silva Bezerra
Paulliny de Araujo Oliveira
Maria Santana Soares Barboza
Tassila de Oliveira Pessôa Freitas
Aida Patrícia da Fonseca Dias Silva
Cássia Rejane Fernandes dos Santos
Cristiane Michele Sampaio Cutrim
Giuvan Dias de Sá Junior
Iracema Oliveira Amorim
Jessica Lianne da Silva Carvalho
Beatriz Oliveira Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.96019231221

CAPÍTULO 22 239

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM UM CASO DE GESTANTE COM LESÃO MEDULAR: SISTEMATIZANDO O CUIDADO DE FORMA INDIVIDUAL

Sara Maria dos Santos Costa
Jefferson Wladimir Tenório de Oliveira
Maria Eduarda Guimarães Barros Suruagy do Amaral
José César de Oliveira Cerqueira
Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira
Evanio da Silva

DOI 10.22533/at.ed.96019231222

CAPÍTULO 23 249

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elen Cristina Faustino do Rego
Maíra Pereira da Silva
Louise Anne Reis da Paixão
Livia Fajin de Mello dos Santos
Pedro de Jesus Silva
Renata da Silva Hanzelmann
Carla Tatiana Garcia Barreto Ferrão

DOI 10.22533/at.ed.96019231223

CAPÍTULO 24 262

PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO LGBTQ+ QUANTO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Alana Caroline da Silva Rosa
Juliana Pires Rodrigues da Costa
Jéssica Larissa Pereira dos Santos
Sheila Maciel da Silva
Ruan da Silva Barreto Ferreira
Jefferson Robert Roque de Sousa

Johnata da Cruz Matos

DOI 10.22533/at.ed.96019231224

CAPÍTULO 25 275

PERFIL DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Jane Keyla Souza dos Santos

Lilian Christianne Rodrigues Barbosa

Luana Jeniffer Souza Farias da Costa

Lucilo José Ribeiro Neto

Paula Alencar Gonçalves

Thaysa Alves Tavares

Mércia Lisieux Vaz da Costa

DOI 10.22533/at.ed.96019231225

SOBRE A ORGANIZADORA..... 285

ÍNDICE REMISSIVO 286

“CONDUTAS MASCULINAS” NO ABORTAMENTO SOB A ÓPTICA DE MULHERES E HOMENS

Data de aceite: 18/11/2019

José Renato Santos de Oliveira

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII. Senhor do Bonfim - Bahia

Cleuma Sueli Santos Suto

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII. Senhor do Bonfim - Bahia

Jones Sidnei Barbosa de Oliveira

Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife- Pernambuco

Carle Porcino

Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador - Bahia

Rita de Cassia Dias Nascimento

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII. Senhor do Bonfim - Bahia

Amanda dos Santos Araújo

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII. Senhor do Bonfim - Bahia

RESUMO: O contexto do processo de abortamento é permeado historicamente pela construção e percepção social atrelado às relações hegemônicas de gênero. Nessa

ótica, o presente trabalho objetiva analisar as condutas consideradas masculinas no processo de abortamento induzido, para tanto, delineou-se metodologicamente como um estudo exploratório e qualitativo realizado numa região rural de um município baiano. Por meio da técnica *snowball*, cinco pessoas participaram da entrevista e suas narrativas foram processadas pelo *software* IRAMUTEQ que gerou a Nuvem de Palavras. Evidenciou-se termos como ‘parceiro’, ‘estar’, ‘tomar’, ‘gestação’ e ‘saber’ revelando a centralidade do papel do parceiro no desfecho do aborto, seja por não assumir/negar a paternidade, seja por excluir-se do processo reprodutivo e/ou por facilitar o acesso aos mecanismos abortivos que afetam diretamente a decisão da mulher. Recorre-se a ervas consideradas abortivas devido ao baixo custo e fácil acesso. Conclui-se que determinadas condutas expressas por homens contribuem para perda de autonomia, interrupção da gestação, insegurança, medo e riscos à saúde da mulher que realiza o aborto. **PALAVRAS-CHAVE:** Abortamento. Saúde da mulher. Direitos sexuais e reprodutivos. Gênero e saúde.

“MALE CONDUCTS” IN ABORTATION UNDER THE OPTICS OF WOMEN AND MEN

ABSTRACT: The context of the abortion process is historically permeated by the construction and social perception linked to hegemonic gender relations. From this point of view, the present work aims to analyze the behaviors considered male in the induced abortion process, so, it was methodologically delineated as an exploratory and qualitative study carried out in a rural region of a Bahia municipality. Through the snowball technique, five people participated in the interview and their narratives were processed by the IRAMUTEQ software that generated the Word Cloud. Terms such as ‘partner’, ‘being’, ‘taking’, ‘gestation’ and ‘knowing’ revealed the centrality of the partner’s role in the outcome of abortion, either by not assuming/denying paternity, or by excluding oneself from the reproductive process and/or by facilitating access to abortion mechanisms that directly affect women’s decision. Herbs are considered abortifacient due to their low cost and easy access. It is concluded that certain behaviors expressed by men contribute to loss of autonomy, interruption of pregnancy, insecurity, fear and health risks of women who perform abortion.

KEYWORDS: Abortion. Women’s health. Sexual and reproductive rights. Gender and health.

INTRODUÇÃO

De acordo o Código Penal Brasileiro (CPB), dos crimes contra a vida, o aborto provocado é considerado ilegal e, portanto, crime. Essa situação é retratada nos artigos 124 a 128 do CPB de 1940, que trata do auto aborto, aborto provocado por terceiro com e sem consentimento da gestante, forma qualificada e aborto necessário. O Código define o aborto como expulsão uterina do feto, mas entende-se como definição a extrusão do produto da concepção através de processo denominado abortamento, que pode ser espontâneo ou induzido (NUCCI, 2019; BRASIL, 2011).

No Brasil, estima-se que mais de um milhão de abortamentos inseguros ocorra por ano, sendo uma das principais causas de mortalidade materna. Embora o contexto sócio epidemiológico exponha a necessidade de amplas discussões, o ‘aborto’ continua ocupando espaço de embates culturais, historicamente centrados em instituições religiosas e numa sociedade conservadora de ideologias políticas, quase sempre, heteropatriarcais (BRASIL, 2011; SILVEIRA et al., 2018).

Na defesa da vida, como um direito natural e absoluto é prescrito às mulheres a carga social de servidão e procriação, que passa a ser desqualificada quando esta vivencia o processo de abortamento induzido, interrompendo sua gestação por motivos externos e intencionais. Por conseguinte, institui-se como punição a tipificação de crime contra a vida, além de penalização social e moral constatada

pelo estigma, discriminação e humilhação social, violências e violação de direitos decorrentes de sua atitude. Tais aspectos, são vistos e/ou considerados, a partir da concepção social de que o aborto viola projeções ideais do feminino e contraria normas sexuais e reprodutivas (ADESSE et al., 2016).

Outrossim, a exceção à criminalização do aborto é prevista em situações em que a vida da mulher está em risco perante a continuidade da gestação, quando esta é resultante de estupro, ou em casos onde o feto seja comprovadamente anencéfalo (NUCCI, 2019). Embora as exceções legais garantam esse direito, a regulamentação nacional só ocorreu a partir de 1999, com atenção voltada aos casos de estupros, e as mulheres ainda esbarram nas dificuldades de acesso a esse serviço, bem como a contestação de seus relatos e cobranças de comprovações documentais (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Nesse contexto, as mulheres recorrem ao abortamento induzido e clandestino, uma prática que eleva o índice de hospitalizações por procedimentos de curetagem pós-abortamento. Contraditoriamente, as razões de aborto estão relacionadas à fragilidade em planejamento familiar, ações educativas e de aconselhamento, escolha livre e informada dos direitos sexuais e reprodutivos. Diante disso, resulta o número elevado de gravidez indesejada e conseqüentemente, o alto índice de abortos induzidos (SANTOS et al., 2013).

Paralelo à responsabilização político-estrutural, o meio social perpetua uma cultura imbuída de preconceitos e supremacia de gênero, em que a cultura machista põe a mulher em posição de inferioridade, limitada aos desígnios do homem, que culturalmente é levado a crer que para expor sua masculinidade precisa reproduzir a espécie, e como a gravidez é vista como condição feminina exclui-se desse processo, eximindo-se de responsabilidades (SILVA; LEMOS, 2013).

Apesar do pouco envolvimento de homens no período gestacional, no que se refere ao abortamento, muitos deles conseguem influenciar na decisão sobre a interrupção da gravidez, com a justificativa que a criança se apresenta como peso social devido ao ônus financeiro na vida do casal. Isso reflete evidências de que em 64% das vezes, o homem que a engravidou é responsável pela influência ao aborto, seguidos de amigos e mãe da mulher (MARANHÃO et al., 2016; SILVA; LEMOS, 2013).

Sabe-se que as mulheres, em sua maioria, negras, de baixa escolaridade e jovens, vivenciam o abortamento inseguro, clandestino e malsucedido, sem auxílio ou apoio familiar, expondo-se a complicações de saúde, internações hospitalares e muitas vezes a morte. Vale ressaltar que o aborto não é uma questão de crenças, tabus ou religião, configura-se para além, de um problema de saúde pública de um Estado omissor, e demanda ampla discussão (JARDIM; MODENA, 2018; GUSMÃO; PICHELLI, 2014).

Nesse sentido, este estudo busca ampliar o debate acerca das relações de gênero no contexto sociocultural. Espera-se que as reflexões aqui suscitadas possa fomentar o debate e contribuir para que outras pessoas estabeleçam olhares diferenciados frente a temática minimizando a culpabilização, penalização e, quiçá as implicações e riscos para sua da mulher. Assim, se faz importante a compreensão das condutas masculinas no abortamento induzido. Nesse sentido, questiona-se: Quais as condutas de homens no processo do abortamento induzido? Como objetivo delineou-se: Analisar as condutas consideradas masculinas no processo de abortamento induzido.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com metodologia qualitativa. Esse tipo de pesquisa tem por objetivo adquirir informações e conhecimentos sobre um determinado problema para o qual se procura uma resposta, e dessa forma, descobrir novos fenômenos e as relações entre eles. Assim, a interpretação dos achados e a atribuição de significados são etapas importantes no processo de pesquisa. No que se refere ao aborto, o conhecimento produzido é útil para o entendimento da percepção social sobre a temática (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi realizada em uma região rural no município de Antônio Gonçalves-Bahia. Utilizaram-se como informantes as/os usuárias/os de uma Unidade de Saúde da Família (USF). Para a seleção partiu-se de uma usuária, e os demais participantes foram incluídos pela técnica metodológica *snowball* ou “Bola de Neve”, que consiste na indicação de novos sujeitos com os mesmos critérios, elegíveis à pesquisa (VINUTO, 2014). Para tanto, contou-se com a colaboração de pessoas da comunidade que detinham informações relativas a pessoas que vivenciaram situações de abortamento induzido.

Como critério de inclusão admitiu-se: homens e/ou mulheres, maiores de 18 anos, adscritos na USF local e que vivenciaram o fenômeno de abortamento induzido nos últimos cinco anos. Quanto aos critérios de exclusão: homens e/ou mulheres em conflito judicial pela prática de abortamento induzido, evitando-se envolvimento processual.

Foram indicadas pela técnica do *snowball* 12 pessoas, dessas, sete se recusaram a participar da pesquisa e negaram a realização de abortamento induzido. O estudo contou com a participação de cinco pessoas, em sua maioria mulheres. Neste sentido, será empregada em toda a pesquisa a terminologia de gênero feminino para referir-se aos participantes.

O instrumento de coleta de dados consistiu num formulário semiestruturado

com caracterização sócio-demográfica e um roteiro de entrevista com questões abertas sobre: métodos abortivos, percepção de situações de abortamento induzido e condutas masculinas no processo de abortamento. A coleta aconteceu em data, horário, disponibilidade e local escolhido pelos sujeitos, em ambiente reservado, garantindo-se a confidencialidade das respostas.

As entrevistas foram gravadas, posteriormente, as falas foram transcritas e submetidas ao procedimento de análise utilizando-se o IRAMUTEQ, um *software* gratuito que permite realizar análises estatísticas sobre corpus textuais. Dentre inúmeras figuras geradas por este *software* decidiu-se por utilizar a Nuvem de Palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A Nuvem de Palavras é um tipo de apresentação gráfica que possibilita identificar graficamente as palavras com maior frequência de evocações, apresentando-as de forma compreensível auxilia na identificação das ideias e representações acerca da temática estudada. Para complementação dos termos presentes na Nuvem de Palavras, utilizaram-se recortes das falas das participantes, para situar o contexto investigado e a embasar a discussão com vistas a melhor compreensão dos enunciados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O presente estudo atendeu as exigências éticas que preconiza confidencialidade e anonimato dos informantes, estes que foram identificados pelo codinome de participante (P) e ordem de entrevista. Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após aquiescência e assinatura. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob nº 2.724.148.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos cinco participantes do estudo, quatro eram mulheres e um homem, a faixa etária variou de 23 a 30 anos. No quesito raça-cor, as participantes se autodeclararam pardas. Quanto à escolaridade, uma possuía ensino superior incompleto, três ensino médio completo/incompleto e uma, nível fundamental. A maioria referiu não possuir renda, e dependiam financeiramente de familiares, com renda de até um salário mínimo.

Quanto à condição marital no período de realização do aborto, uma participante referiu ser casada, as demais, solteiras ou namorando. Após a confirmação da gravidez, duas participantes foram abandonadas por seus parceiros, uma referiu vivenciar conflitos constantes no relacionamento e outra relatou ter realizado dois abortos, assim, decidiu-se por considerar seu relato como duas experiências de abortamento deferentes.

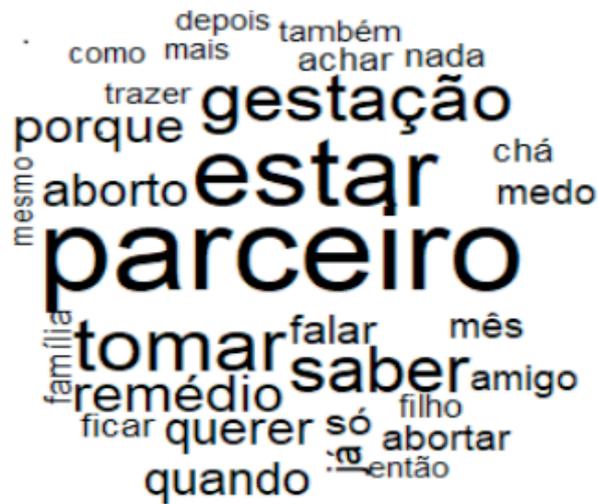


Figura 1. Nuvem de palavras, fornecida pelo IRAMUTEQ, formada com os termos de frequência igual ou superior a 6. Senhor do Bonfim-Bahia, 2019.

A nuvem de palavras coloca em evidência os termos com maior frequência conformando a estes, tamanhos maiores e em posição central da figura. Nota-se que o termo ‘parceiro’ se destaca como elemento principal no discurso das entrevistadas, seguido dos termos ‘estar, tomar, gestação, saber’ e ‘remédio’, que denotam a correlação existente entre eles. A proximidade das palavras ‘falar’ e ‘aborto’ caracteriza o momento de diálogo com/entre parceiros sobre abortamento; o termo ‘chá’ como forma de provocá-lo e ‘medo’ como sentimento perante essa prática.

A expressiva frequência do termo ‘parceiro’ presente na fala das entrevistadas, que se traduz em destaque na Nuvem de Palavras, norteia a discussão em torno da temática sobre abortamento. Isso demonstra o grau de relevância e participação do parceiro no desfecho do aborto, seja por não assumir e negar a paternidade, seja por excluir-se do processo reprodutivo ou por facilitar o acesso aos mecanismos e métodos abortivos.

As condutas masculinas podem interferir na ocorrência do abortamento muito embora, pouco se saiba a respeito da experiência de homens nesse processo, restrita apenas à esfera legal e atitudinal, a ausência de envolvimento nas questões reprodutivas e nas relações de gênero, desencadeiam, mesmo que indiretamente, a ocorrência desse evento. Sua contribuição na maternidade muitas vezes é acessória e, em reprodução, o apoio se restringe à contracepção (RODRIGUES; HOGA, 2005). Diante da gravidez reforça a responsabilidade que a mulher precisará assumir na ausência de apoio paterno. Conseqüentemente, a prática do aborto torna-se uma viabilidade em detrimento de um desfecho não almejado, mesmo contra a sua vontade, como pode ser observado nos seguintes excertos:

Querendo ou não você fica pensando, quantos anos o filho ia ter, como estaria, se seria menino ou menina, não desejo esse sentimento a ninguém (P3).

No primeiro não tive remorso não, mas desse segundo eu tive, porque já tenho um filho e não queria fazer abortos, é uma coisa que eu não desejo a ninguém porque você fica pensando na gestação (P5).

O discurso das/os participantes revela o sentimento ou vontade em prosseguir com a gestação. É evidente que a relação companheirismo/apoio que o homem deveria ofertar à parceira, poder-se-ia evitar a decisão pelo abortamento. Como afirma Carvalho e Paes (2014) apesar de a mulher aceitar a gravidez, ficar feliz com a gestação, a mesma sofre com a rejeição do parceiro que muitas vezes diz não ser o pai da criança, causando-lhe sentimento de angústia, desamparo e raiva, o que a torna vulnerável ao aborto.

Na contramão do que se almeja por parte do parceiro, em alusão aos termos 'tomar, remédio' e 'saber', identifica-se seu envolvimento na busca e obtenção de meios para realizar o abortamento. Além disso, o contato do homem com a mulher, representado pelos termos 'aborto' e 'falar', restringe-se apenas ao diálogo sobre a tomada de posição em realizar e/ou não o aborto.

A participação do homem no processo de abortamento induzido é identificada pela busca de informações sobre meios e os locais para realização do procedimento, bem como, o pagamento deste. Justifica-se o fato de que os homens (10,8%) passam por mais experiências de abortamento do que as mulheres (6,1) e isso facilita a obtenção de métodos abortivos, em vista do simbolismo social de masculinidade que não julga o homem ao acessar e obter tais métodos (SILVA et al., 2012).

Dentre os métodos mais utilizados encontra-se o Cytotec® (misoprostol), relatado por duas participantes como o medicamento que consumou o abortamento, em que seu uso é facilitado pelo parceiro, familiares ou amigo próximo. A obtenção desse tipo de medicação é possível devido a falhas na fiscalização e por ser um comércio altamente lucrativo, proibida sua venda comercial sem receitas médicas, o que caracteriza sua obtenção de forma clandestina por meio de farmácias comunitárias ou pela internet (SILVA; CHEMELLO; SOUZA, 2017).

A eficácia do misoprotol para provocar o aborto depende da dose, tempo gestacional e orientações relacionadas ao seu uso. Na maioria das vezes advém dos próprios vendedores ou de saberes populares em que a mulher tenha conhecimento. Dessa maneira, os riscos à saúde da mulher são visíveis, potencializados pelo comércio do fármaco adulterado, que poderá causar abortos incompletos (DINIZ; MADEIRO, 2012). A entrada do Cytotec® no cenário dos métodos abortivos como o método economicamente mais viável, não eliminou os riscos do aborto induzido em condições inseguras, que alinhado à falta de informações de confiança, medo e estigma social, representa uma insegurança adicional às mulheres, tendo como

uma das principais sintomatologias a dor física e psicológica (ROSO et al., 2018).

As entrevistas revelam a ausência de informações quanto ao uso do medicamento. Para P3 a utilização se deu por via oral, nenhuma informação lhe foi repassada e o fármaco foi obtido pelo parceiro, que desapareceu logo em seguida. P5 revelou uso por via vaginal e oral, auxiliada pela mãe que recebeu orientações do “farmacêutico” que vendeu a medicação. Nenhuma das entrevistadas relatou procura por clínicas clandestinas que ofertassem o procedimento:

Depois que falei pra meu parceiro que realmente estava grávida é que ele apareceu, apareceu e trouxe remédio pra abortar e sumiu. Na verdade, meu parceiro só trouxe o remédio e me explicou como era pra tomar e pronto, foi embora e eu nunca mais tive notícias. Me explicou como tomar e sumiu (P3).

Falei pra minha mãe, minha mãe se desesperou e me deu chá de hortelã, canela, cravo, aí foi passando os meses e nada, foi quando minha mãe falou com o farmacêutico da cidade, ele tinha disponível o remédio Cytotec (P5).

A maioria das pesquisas sobre práticas abortivas em mulheres que chegam aos hospitais em processo de abortamento revelam que os homens são fundamentais na aquisição do misoprostol. Por ser uma prática ilegal e de difícil consumação, é uma tarefa predominantemente masculina e reafirma a proximidade entre os termos ‘parceiro, tomar, remédio’ (DINIZ et al., 2009). No entanto, mesmo diante do uso frequente, nem todas as mulheres têm acesso e acabam recorrendo a meios alternativos como a infusão de chás e uso de objetos perfurantes.

Muitas vezes o uso do Cytotec® é substituído por antigas práticas populares como o uso de chás, aplicação de permanganato de potássio e inserção de preparo de ervas na vagina, utilização de substâncias abrasivas, objetos perfurantes, além disso, mulheres se arriscam a saltar de escadas ou telhados, o que pode provocar sangramentos vaginais e possíveis perdas do conceito (ADESSE et al., 2015).

O termo ‘chá’ na nuvem de palavras revela uma situação corriqueira no abortamento induzido, ainda visto como “naturalizado”, que pode ser realizado por iniciativa da própria mulher ao constatar o atraso menstrual, e/ou pelo desespero após confirmação da gravidez e/ou abandono do parceiro.

O emprego de plantas medicinais como método abortivo tornou-se uma prática baseada na cultura popular à medida que reforça a prescrição de infusão de chás, técnica natural/alternativa, facilmente adotada por meninas adolescentes. Esse substrato é um preparo de ervas, folhas, frutos, cascas de galhos, flores e raízes de uma infinidade de plantas. Seu uso está condicionado à falta de condição financeira do parceiro para obtenção de outro método. Por essa razão, é geralmente utilizado por mulheres de baixa poder aquisitivo (ARCANJO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2011). Apesar da iniciativa ser feminina os protagonistas na procura, aquisição e oferta destes produtos foram figuras masculinas como: o parceiro e os amigos,

quando a figura do companheiro se omite ou se recusa.

A prática do uso de plantas na prática do aborto foi objeto de pesquisa internacional, realizada na Tanzânia em 2015, na qual participaram mulheres admitidas com aborto incompleto em um Hospital, no período de janeiro a junho de 2006. Dentre as entrevistadas, 125 mulheres revelaram abortamento inseguro e quase a metade afirmaram terem recorrido ao uso de espécies vegetais, frequentemente usadas como remédios para o aborto, prática comum na zona rural da Tanzânia na interrupção da gravidez (RASCH et al., 2014).

No senso comum, as “ervas” se destacam pelo baixo custo, fácil acesso e por não requerer fiscalização, garantir anonimato e não oferecer riscos à saúde. A priori, o conceito de que “por ser natural não faz mal”, é relevante ao conferir resultados terapêuticos desejáveis, boa adesão e nenhum gasto com consultas médicas. No entanto, seu uso tem índice de falhas elevado e quando as doses ingeridas são insuficientes para interromper a gestação, podem provocar toxicidade à gestante e ao concepto (CRUZ, 2017).

Neste estudo três participantes relataram a utilização inicial de produtos naturais, sendo eles: sumo de algodão, chá de hortelã, de cravo e/ou canela. Os atores que se destacaram na procura, aquisição e oferta destes produtos foram parceiros e amigos, como pode ser observado na seguinte fala:

Após o chá de canela e cravo, fui tomando mais e nada de abortar. Comecei a tomar o remédio amargo e o saúde da mulher que vende na farmácia, até que descobrir que aciclovir é bom, se tomar certa quantidade, comecei a tomar de 4 em 4 horas. Aí comecei a sentir dores e tive sangramento (P5).

No discurso apresentado, revela-se outro método de abortamento, o fármaco aciclovir, que embora pouco difundido na literatura insere-se num conjunto de meios e técnicas diversos à realização do aborto. A realização insegura do aborto, independentemente dos meios para realiza-lo, é permeada de tensões, angústias e dúvidas associados aos termos ‘medo, querer, porque’.

Essa constatação é identificada em relatos neste estudo, de que após ter consumado o aborto, as mulheres apresentaram sentimentos negativos como “consciência pesada”, arrependimento, culpa e “sensação de perda”, e justificaram a falta de apoio, que muitas vezes foi o ponto de partida para a realização do procedimento. Vivenciam um processo solitário, realizado em ambiente doméstico, sem estrutura mínima para eventuais complicações, e por temer julgamentos, maltrato e denúncias, eximem-se da ajuda obstétrica.

Tais achados corroboram com o estudo de Santos e Brito (2016) quando revelam que após a consumação do abortamento em aborto, as mulheres apresentaram sentimentos negativos. Atrelado a isso, percebe-se que a omissão/falta de apoio dos companheiros configura-se como fomento para tomada de decisão, assumindo

assim a responsabilidade em decidir sozinha o desfecho da situação dissociando o compartilhamento do fato com o parceiro e/ou família (AYRES et al., 2018)

Diniz e Madeiros (2012) postulam que a imagem do hospital para essas mulheres é de constante ameaça, devido à ocorrência de denúncias à polícia por profissionais médicos, por isso, um dos principais motivos à recusa ou demora em buscar auxílio após abortivas inseguras. Para Maranhão et al., (2016) esta situação é agravada nas regiões com maior escassez de recursos, e, apesar de acontecer em todos os estratos sociais, o aborto tem maior prevalência em grandes centros urbanos, mulheres adolescentes ou com mais de um filho, e negras.

Coadunando a este perfil, em estudo transversal realizado no Nepal, em 2018, fundamentado em amostra nacionalmente representativa da Pesquisa Demográfica e de Saúde do Nepal em 2011, estudaram-se 2395 mulheres que já tiveram uma gravidez interrompida, por aborto sobretudo, o aborto inseguro que, ainda apresenta altos índices de métodos não seguros. Concluiu-se, portanto, que mulheres jovens, mais pobres e sem instrução têm maior probabilidade de sofrer abortos inseguros (YOGI et.al., 2018).

Destaca-se ainda, o péssimo atendimento realizado por profissionais de saúde à mulher que realizou abortamento induzido, nota-se uma assistência precária, pautada em julgamentos, discriminação e maus-tratos, isso demonstra enorme dificuldade em separar opiniões e valores pessoais do atendimento profissional. Nesse aspecto, evidencia-se o despreparo profissional, transparecido através do desconhecimento de assuntos referentes à temática do aborto e humanização da assistência em saúde (MACHADO, 2013; SANTOS; BRITO, 2016).

Esse tipo de conduta profissional, mesmo que indiretamente, constrói e reforça o imaginário social ancorando em crenças religiosas, em que o medo do castigo divino é relatada por mulheres que “tirar a vida” é tarefa de Deus e o processo de abortamento pode resultar em consequências negativas. A religião atua nesse contexto como uma “repressão divina”, associada ao medo do estigma social e abandono do parceiro, conforme os relatos a seguir:

Acho que seguiria a gestação por conta de meus dogmas religiosos, minha família é muito religiosa e eu não ia aceitar tão fácil abortar, se eu tivesse o apoio de meu parceiro, não ia deixar isso acontecer se meu parceiro tivesse ficado do meu lado (P3).

Se o pecado está em mim foi para meu parceiro também, estou longe de casa, morando de aluguel, acabei de começar a trabalhar (P5).

No que se refere à conduta da mulher frente à realização da prática abortiva, o quesito religioso define suas emoções nesse período. Esta condição tem se mostrado intimamente relacionada aos valores morais e religiosos construídos na sociedade, que ainda evidencia esta prática como pecado e/ou uma forma de

homicídio. Porém, por mais que a religião influencie no modo de pensar e agir das pessoas, no contexto reprodutivo, ainda não limita a ocorrência dos inúmeros casos de abortos (SANTOS; BRITO, 2016).

Convém ressaltar que a questão da motivação para o aborto induzido, de acordo com estudo realizado em Kisumu-Quênia, em 2018, com a participação de 9 mulheres com idades entre 19 a 32 anos, indica que o principal disparador para a decisão do aborto é o parceiro. Ao impor o término da gestação quando abdica de suas responsabilidades financeiras ou sociais. Ocasionalmente, o parceiro, provia as condições para o aborto inseguro, sem o consentimento pleno na mulher (LOI et al., 2018).

Dessa forma, infere-se que, independentemente, das questões familiares e/ou religiosas envolvidas, a temática do aborto embora tímida, necessite de uma abordagem ampla. E, no ponto de vista social, o contexto masculino hegemônico que constrói uma imagem da mulher frágil, dona de casa, esposa, mãe e dependente, ainda é vigente, visto que as condutas masculinas, ainda são imperiosas e, pela alta frequência do termo 'parceiro', corresponsável pela trama de desfechos em abortamento induzido, clandestino e inseguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia a relevância de indicadores que se correlacionam com a prática de abortamento induzido, sendo eles a cor/raça, a renda/situação ocupacional e o baixo nível de escolaridade. Além disso, os três eixos “remédio, parceiro e estar” presentes na nuvem de palavras expressam a participação ativa e decisivas de homens no processo de abortamento induzido.

Esses achados evidenciam condutas masculinas presente na prática do abortamento induzido, na obtenção de remédios ou chás, recusa/desamparo, e/ou abandono/saída do cenário gestacional. Essas condutas representaram para a mulher a perda da autonomia por não decidir sobre a continuidade da sua gestação, causando-lhe insegurança, medo e sérios riscos à saúde.

Faz-se necessário estimular o debate acerca da temática sobre aborto no ponto de vista transversal, que contribua à realização de estudos que possam refletir a compreensão do abortamento induzido. Isso inclui participação conjunta da sociedade, serviços de saúde, educação e demais instâncias governamentais na busca de metodologias e estratégias de políticas públicas para minimizar os riscos que levam à morte de mulheres, antes e após a realização do aborto ilegal.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, L. et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 21, p. 3819-3832, 2016.
- _____. et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate**; v. 39, p. 694-706, 2015.
- ARCANJO, G. M. G. et al. Estudo da utilização de plantas medicinais com finalidade abortiva. **Revista Eletrônica de Biologia (REB)**; v. 6, n. 3, p. 234-250, 2013.
- AYRES. R, MARTINS. A.C, BICERO. R, BENTO. P.A.S.S, SILVA. J.N.A. A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro. **Revista Nursing**. V. 21, n. 244, p. 2334-2337, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: MS, 2011.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto; v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. **Saúde soc.**, São Paulo; v. 23, n. 2, p. 548-557, 2014.
- CRUZ, S. P. A. Abordagem bibliográfica sobre os riscos da utilização da arruda (*Ruta Graveolens L*) na gestação. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso – (farmácia) - **Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Arquimenes, 2017.
- DINIZ, D. et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 25, n. 4, p. 939-942, 2009.
- DINIZ, D.; MADEIRO, A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1795-1804, 2012.
- GUSMÃO, C. S. D.; PICHELLI, A. A. W. S. Identidade masculina hegemônica e o impacto na penalização feminina do aborto provocado e saúde reprodutiva. *Revista gênero e direito: centro de ciências jurídicas - Universidade Federal da Paraíba*, Paraíba, v. 3, p. 229-251, 2014.
- JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 26. P. e 3069, 2018.
- LOI, U. R.; LINDGREN, M; FAXELID, E; OGUTTU, M; KLINGBERG-ALLVIN, M. Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. **Reproductive Health**, v. 15, p.166-175, 2018.
- MACHADO, N. S. Abortamento: uma questão de ética, educação e saúde pública. 2013. 88f. Trabalho de conclusão de curso (enfermagem)- **Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo**. Vitória-Espírito Santo, 2013.
- MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil—um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 21, p. 563-572, 2016.
- MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; BARROS, I. C. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 494-508, 2016.
- MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o

- campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 25, supl. 2, p. s193-s204, 2009.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NUCCI, G. S. **Código penal comentado**. 19. ed. Editora Saraiva, 2019.
- RASCH, V.; SORENSEN, P. H.; WANG, A. R.; TIBAZARWA, F.; JÄGER, A. K. Unsafe abortion in rural Tanzania – the use of traditional medicine from a patient and a provider perspective. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, p.419-423, 2014.
- RODRIGUES, H. G. et al. Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais. **Revista brasileira de plantas medicinais**; v. 13, n. 3, p. 359-366, 2011.
- RODRIGUES, M. M. L.; HOGA, L. A. K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 39, n. 3, p. 258-267, 2005.
- ROSO, A. et al. Relatos de aborto medicamentoso na internet: ilegalidade restringindo os direitos das mulheres. **Conexão-Comunicação e Cultura**, v. 16, n. 32, 2018.
- SANTOS, D. L. A.; BRITO, R. S. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Revista Enfermagem UERJ**; v. 24, n. 5, p. 15613, 2016.
- SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**; v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.
- SILVA, A. K. B.; CHEMELLO, C.; SOUZA, E. R. **A utilização de misoprostol por mulheres para o aborto induzido no contexto de ilegalidade do brasil: uma revisão narrativa da literatura**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, Florianópolis, 2017.
- SILVA, N. M. P.; LEMOS, A. O jovem homem universitário frente ao aborto: uma contribuição para a enfermagem. **J. res.: fundam. care. online**; v. 5, n. 1, p. 3302-3310, 2013.
- SILVA, R. S. et al. Fatores associados ao aborto induzido entre jovens pobres na cidade de São Paulo, 2007. **Rev. bras. estud. popul.**, 2012.
- SILVEIRA, M. L. et al. **Direito ao aborto, autonomia e igualdade**. 1. ed. São Paulo: SOF, 2018.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.
- YOGI, A; PRAKASH, K.C; SUBAS, N. Prevalence and factors associated with abortion and unsafe abortion in Nepal: a nationwide cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, p. 376-382, 2018.

CONSUMO DE ALIMENTOS REGIONAIS DURANTE A GRAVIDEZ

Data de aceite: 22/11/2019

Mariana Carolini Oliveira Faustino

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife - PE

Ana Izabel Godoy de Souza

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife - PE

Gracyelle Elizabete dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife - PE

Mayra Roscelli Ferreira Nascimento Lima

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife - PE

Thaysa Tavares da Silva

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife - PE

Sheyla Costa de Oliveira

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife - PE

RESUMO: Objetivo: identificar características maternas (condições sociais, econômicas e culturais) e dados do parto e peso do recém-nascido; avaliar o consumo dos alimentos regionais na gestação; verificar o comportamento das mulheres no período gestacional com relação aos alimentos regionais. **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional, descritivo, exploratório com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado com 126 puérperas internadas no alojamento conjunto do Hospital das Clínicas – UFPE, Recife-PE. No período de 15 de Março a 30 de Maio de 2016. Utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário com dados socioeconômicos e nutricionais das gestantes. **Resultados:** a maioria das entrevistadas tinha entre 19 e 25 anos, a renda mensal era em torno de ½ a 1 salário mínimo e 123 realizaram pré-natal. Das 126 entrevistadas 119 consumiram alimentos regionais durante a gestação e a frequência deste consumo foi de uma vez ao dia para 88,4% (n=117) das entrevistadas. **Conclusão:** identificou-se que quase totalidade das mulheres consumiram alimentos regionais durante o período gestacional. Ressalta-se a importância do profissional enfermeiro que atua no pré-natal de realizar orientações de alimentação saudável na gestação incentivando o consumo

dos alimentos regionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde da Mulher; Gestação; Alimentação Saudável; Alimentos Regionais.

REGIONAL FOOD INTAKE DURING PREGNANCY

INTRODUÇÃO

O conceito de alimentação saudável, segundo a Organização Pan Americana de Saúde (2006), inclui em limitar a ingestão energética procedente das gorduras; substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas; aumentar o consumo de frutas, hortaliças, legumes, cereais integrais e frutas secas; limitar a ingestão de açúcares livre e de sal (sódio) e consumir sal iodado. Segundo Brandão e Heiborn (2006), hábitos alimentares e o estado nutricional inadequados durante o período gestacional, podem afetar a saúde da gestante, com agravos do tipo parto prematuro, anemia, hipertensão, Diabetes Mellitus, baixo peso, sobrepeso e obesidade materna. Além disso, com comprometimento do bem-estar fetal.

Nessa perspectiva, os alimentos regionais brasileiros possuem propriedades nutritivas para uma alimentação saudável na gravidez. A gestante deve ser incentivada a consumir alimentos naturais, considerando a disponibilidade dos alimentos regionais, pois, são fontes de carboidratos, vitaminas, fibras e minerais. Tais alimentos compõem o grupo de raízes, tubérculos, hortaliças e frutas, essenciais para adequação nutricional na gravidez (BRASIL, 2012).

Dentre alguns alimentos regionais da região Nordeste do Brasil e indicados para o consumo durante a gravidez, estão o grupo de raízes (macaxeira / aipim); tubérculo (batata doce, inhame, cará); grão (milho); hortaliças (jerimum / abóbora, maxixe, quiabo); leguminosas (feijão de corda); frutas (banana, acerola, caju, seriguela, cajá, coco, etc). Tais alimentos são exemplos de recomendações positivas e podem fomentar mudanças e auxiliar em escolhas mais saudáveis, tanto para o consumo alimentar quanto para o estilo de vida, como exemplo, pode-se citar os tubérculos e raízes com alta porcentagem de água, vitaminas e minerais em quantidades variáveis, além disso, são ricos em fibras alimentares e possuem carboidratos complexos (BRASIL, 2002).

Um estudo realizado com 63.561 gestantes identificou uma dieta pobre ao obter, como resposta dominante, “nunca/raramente” para o consumo de vegetais (65,4%), 71,7% frutas; 80% pão e cereal e 74,5% leite de derivados (TORJUSEN et al., 2010). Além disso, um elevado consumo de doces e a baixa ingestão de

vegetais, frutas, leite e derivados, cereais integrais e peixe foi identificado no estudo de Suliga (2011).

Nesse contexto, o enfermeiro, por ser o profissional que conduz o pré-natal de baixo risco na atenção básica, tem o papel importante de orientar as gestantes quanto ao consumo de uma alimentação saudável, pobre em açúcares e gorduras e rica em carboidratos, proteínas e micronutrientes. Os alimentos regionais apresentam-se como opção de baixo custo e de alto valor nutritivo para as mulheres no período gestacional, como também, para suas famílias. (BRASIL, 2012)

Diante deste cenário, a pesquisa sobre avaliação do consumo dos alimentos regionais na gravidez é relevante, pois irá subsidiar a tomada de decisão para educação em saúde na promoção de hábitos alimentares saudáveis, além da produção do conhecimento sobre o hábito alimentar desse tipo de alimento, já que fazem parte de recomendações de órgãos nacionais e internacionais de saúde.

OBJETIVOS

- Identificar características das maternas (condições sociais, econômicas e culturais), e dados do parto e peso do recém-nascido;
- Avaliar o consumo dos alimentos regionais na gestação;
- Verificar o comportamento das mulheres no período gestacional com relação aos alimentos regionais

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, exploratório com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que foi desenvolvido no alojamento conjunto do Hospital das Clínicas, instituição pública de referência para assistência obstétrica. A população constituiu-se por mulheres no pós-parto, admitidas no primeiro semestre do ano de 2016.

A seleção ocorreu por meio dos critérios de inclusão: ser puérpera e maior de 19 anos. Critérios de descontinuidade do estudo: dificuldade de compreender as perguntas do questionário e não estar disponível para responder as perguntas. Critérios de exclusão: adolescentes, puérperas fazendo uso de sulfato de magnésio, diabetes gestacional, óbito fetal, parto prematuro, ou qualquer situação que comprometa o bem-estar materno. A amostra foi composta por 126 puérperas, foi do tipo probabilística aleatória e o cálculo amostral foi realizado a partir da fórmula indicada para cálculo de amostra em estudos transversais de população finita, considerando o nível de significância igual a 95% ($Z=1,96$) e erro amostral de 5%.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário constituído de variáveis socioeconômicas; dados da gestação atual; dados do recém nascido; dados da rede de apoio e dados nutricionais da gestação atual. Para este instrumento, foi realizado um teste piloto com 10 puérperas para verificar a compreensão das mesmas com relação às perguntas e respostas do questionário. Após essa fase o questionário passou por adaptações até a sua versão final. A variável dependente investigada foi o consumo dos alimentos regionais. As variáveis explanatórias são: condições sociais, econômicas e culturais das puérperas, dados do parto, paridade, tipo de parto, término da gestação, idade gestacional, número de consultas do pré-natal e o peso do recém – nascido.

A coleta de dados aconteceu entre os dias 15 de Março de 2016 e 30 de Maio de 2016, as entrevistas só iniciavam após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e tinham duração média de 15 minutos. O instrumento utilizado nesta pesquisa foi digitado em um banco de dados com auxílio de uma planilha eletrônica, utilizando-se o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20,0. Os métodos estatísticos utilizados foram os testes descritivos, além disso, foi aplicado o Teste Qui-Quadrado de Pearson.

A pesquisa seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). O projeto principal foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAEE 44099115.2.0000.5208) Os riscos serão inerentes ao tipo de estudo proposto e os benefícios estarão atrelados à formação do aluno de iniciação científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fator Socioeconômico		Consumo dos Alimentos Regionais		Total	p-valor
		SIM	NÃO		
Idade	19 a 20 anos	35	2	37	0,900
	21 a 25 anos	35	2	37	
	26 a 30 anos	8	0	8	
	31 a 35 anos	32	3	35	
	36 a 40 anos	8	0	8	
	Mais de 40 anos	1	0	1	
	Total	119	7	126	
Renda Familiar					
	Sem Rendimento	13	1	14	0,199
	Até ½ SM	24	4	28	
	Mais de ½ até 1 SM	46	1	47	
	Mais de 1 a 2 SM	24	1	25	
	Mais de 2 SM	12	0	12	
	Total	119	7	126	

Número de pessoas por Domicílio					
	Até 2 moradores	13	2	15	
	3 a 4 moradores	102	4	106	
	5 a 6 moradores	2	0	2	0,075
	7 a 8 moradores	2	1	3	
	Total	119	7	126	
Escolaridade em anos					
	1 a 9 anos	54	1	55	
	1 a 12 anos	57	4	61	0,62
	Mais de 12 anos	8	2	10	
	Total	119	7	126	
Ocupação					
	Dona de casa	78	4	28	
	Empregada	26	2	82	
	Autônoma	12	1	13	0,969
	Trabalho para próprio Consumo	3	0	3	
	Total	119	7	126	
Recebe Bolsa Família					
	Sim	56	3	59	
	Não	63	4	67	0,953
	Total	119	7	126	
Moradores com menos de 18 anos					
	Sim	88	5	93	0,935
	Não	31	2	33	
	Total	119	7	126	
Realizou Pré- natal					
	Sim	116	7	123	0,671
	Não	3	0	3	
	Total	119	7	126	
Peso do Recém-nascido					
	Abaixo de 2,5 Kg	7	0	7	
	2,5 a 3 Kg	25	2	27	
	3,1 a 3,5 Kg	60	4	64	0,589
	3,6 a 4 Kg	20	0	20	
	Acima de 4 Kg	6	1	7	
	Total	119	7	126	

Tabela 1. Dados socioeconômicos das gestantes e suas famílias e o consumo de alimentos regionais. Recife-PE, 2016.

	N	%
Consumo dos Alimentos Regionais		
SIM	119	14,4%
NÃO	7	5,6%
Total	126	100 %

Consumo dos alimentos regionais por dia		
Três ou mais vezes ao dia	27	21,4%
Duas vezes ao dia	40	31,7%
Uma vez ao dia	50	39,7%
Não sabe/ Não lembra	2	2,4%
Total	119	100%

Preparo de comida com alimentos regionais durante a gestação		
SIM	107	88,4%
NÃO	13	10,7%
Não sabe/Não lembra	1	8%
Total	121	100%

Tabela 2. Comportamento das Gestantes sobre o consumo dos Alimentos Regionais, Recife-PE, 2016.

Alimento Regional	Frequência
Acerola	22
Banana	60
Cajá	4
Fruta-pão	1
Jerimum	7
Batata Doce	78
Macaxeira	102
Inhame	86
Milho	42
Feijão de Corda	12
Outros	43

Tabela 3. Frequência do Consumo de Alimentos Regionais por gestantes, Recife-PE, 2016

A maioria das gestantes tinha entre 19 e 25 anos, possuía uma renda mensal de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, no domicílio havia de 3 a 4 moradores, as mulheres eram donas de casa, com até 12 anos de estudo e realizaram pré-natal. Com relação aos recém-nascidos, grande parte apresentou peso variando entre 3,1 a 3,5 kg. Nenhum dado socioeconômico apresentou significância estatística (Tabela 1)

Dentre as 126 mulheres entrevistadas, 119 consumiram os alimentos regionais. Para 39,7% (n=50) das entrevistadas a frequência deste consumo foi de uma vez ao dia e 88,4% (n=107) delas preparou algum tipo de comida utilizando alimentos regionais (Tabela 2). Com relação ao tipo dos alimentos, no grupo das raízes, a macaxeira foi a mais consumida (n= 102), dentre os tubérculos, o inhame (n= 86) e a batata doce (n=78), e no grupo das frutas, a banana (n= 60) (Tabela 3).

Sabendo-se que o fator socioeconômico renda é determinante para garantir o acesso aos alimentos e que, o preço dos alimentos é um critério importante para definir a sua escolha, o consumo dos alimentos regionais é uma excelente escolha para as famílias brasileiras, uma vez que, tem grande valor nutritivo, é de fácil acesso e tem baixo custo (DEFANTE; NASCIMENTO; LIMA-FILHO, 2015).

Durante a gestação a mulher encontra-se com suas necessidades nutricionais aumentadas, para melhor adaptar-se as mudanças fisiológicas ocorridas, como também, para garantir um crescimento e desenvolvimento fetal adequados. Neste momento, o organismo passa a exigir, na dieta diária, quantidades maiores de nutrientes, tais como, carboidratos, proteínas, fibras e micronutrientes que são facilmente encontrados nos alimentos regionais (LUCYK; FUROMOTO, 2008).

Desta forma, Demétrio (2011), ao desenvolver uma pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos, dividiu os grupos alimentares em 4 níveis, de acordo com as necessidades nutricionais das mulheres. Os alimentos regionais são considerados excelentes fontes dos nutrientes mais requisitados, pelo organismo, durante a gestação. Assim, os cereais (arroz, pão e cuscuz) estão inclusos no primeiro nível, também, as raízes (macaxeira) e tubérculos (inhame, batata doce e cará) sendo as melhores fontes de carboidratos complexos, que garantem quantidades de energia suficientes. Os grupos dos legumes, verduras e frutas estão no segundo nível, e são importantes fontes de vitaminas, minerais e fibras. O grupo das carnes e ovos e o das leguminosas (feijão, soja e lentilha), são fontes ricas em proteína animal e proteína vegetal, respectivamente.

O Ministério da Saúde, por meio dos “Dez passos para uma alimentação saudável para gestantes” recomenda o consumo diário de pelo menos 3 porções de frutas, verduras e legumes, além de, uma porção de feijão e arroz. Neste contexto, ao longo das consultas de pré-natal, o profissional de saúde que conduz o atendimento, tem a função de orientar esta mulher quanto à importância de se manter hábitos alimentares saudáveis para garantir o sucesso da gestação e a saúde do binômio mãe-filho. (BRASIL, 2012).

Sendo assim, a educação em saúde surge como ferramenta que, unindo um conjunto de conhecimentos e práticas, busca promover saúde e prevenir agravos. O cuidar em enfermagem, envolve práticas educativas que atuam como um meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e o cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e se reconhecer como sujeito ativo, transformador de sua própria vida (SOUSA; TORRES; PINHEIRO; PINHEIRO, 2010).

Neste sentido, a enfermagem através da educação em saúde, tem o poder de motivar as gestantes e suas famílias a manterem escolhas e hábitos alimentares saudáveis, mostrando as repercussões que esta atitude pode acarretar para saúde não só de mulheres no período gestacional, como também, de toda população (SILVA; COSTA; FOLGADO; ALVES, 2011).

Assim, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem o intuito de desenvolver planos de ações que ajudem no enfrentamento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, através da promoção de práticas alimentares

adequadas e saudáveis, a prevenção e o cuidado dos agravos associados à alimentação e nutrição. O incentivo ao consumo de alimentos regionais como alternativa saudável e de baixo custo encontra-se nas ações da PNAN. (BRASIL, 2011).

CONCLUSÕES

Foi identificado que o consumo dos alimentos regionais foi quase totalidade dentre as mulheres entrevistadas. Com relação às características socioeconômicas, a maioria das gestantes apresentou renda familiar entre $\frac{1}{2}$ e 1 salário mínimo e um nível de escolaridade de 12 anos de estudo. Quando relacionado o consumo dos alimentos regionais e as variáveis sociais e econômicas não foi encontrada significância estatística.

O estudo pode servir como base para que o profissional enfermeiro possa reconhecer o seu papel enquanto agente educador destas mulheres e suas famílias. Uma vez que, acompanha a gestante desde o pré-natal, até o parto e puerpério, e, posteriormente, a criança, durante as consultas de puericultura.

A educação em saúde para uma alimentação saudável é uma ação efetiva que consta na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) como ferramenta de construção do saber a partir das crenças e cultura popular. A atenção básica serve como principal meio de trabalhar essa educação e o enfermeiro, conseqüentemente, deve atuar e saber como abordar a comunidade para desenvolver este papel.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexuality and teenage pregnancy among young middle class of Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, Jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Alimentos regionais brasileiros**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

DEFANTE, L. R.; NASCIMENTO, L. D. O.; LIMA-FILHO, D. O. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. **INTERAÇÕES- Campo Grande**, Campo Grande, V.16 n.2 265-276, 2015.

DEMÉTRIO, F. Pirâmide alimentar para gestantes eutróficas de 19 a 30 anos. **Rev.nutr.**, Campinas, v.23, n.5, p.763-778, set/out. 2010.

LUCYK, J. D. M.; FUROMOTO, R. V. Necessidades nutricionais e consumo alimentar na gestação: uma revisão. **Comun. ciênc. Saúde**. v.19 n.4, p.353-363, 2008

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Food based dietary guidelines and health promotion**

in Latin America. Washington, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/dietguide_paho.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

SILVA, A. R.; COSTA, I.; FOLGADO, M.; ALVES, S. Infância e Determinantes em Saúde: educação para uma alimentação saudável. **Percursos**. n.20, p.16-20, 2011.

SULIGA, E. Nutritional behaviours of pregnant women. ***Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism***. V.17, p. 76–81, 2011.

TORJUSEN, H. et al. Characteristics associated with organic food consumption during pregnancy; data from a large cohort of pregnant women in Norway. **BCM public health**, London, v. 10, p. 775, 2010.

SOUSA, L. B.; TORRES C. A.; PINHEIRO, P. N. C; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p.55-60, 2010.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Data de aceite: 22/11/2019

Fabio Santos Santana

Centro Técnico de Ensino em Saúde
Tucano-BA

Bianca Morais de Oliveira

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

Maria Lucimaria Gama Ribeiro

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

Adriana Antônia de Oliveira

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

Charles Bruno Mendes Bulhões

Faculdade Dom Pedro II
Salvador -BA

Danielle Costa de Souza

Unigranrio
Rio de Janeiro-RJ

Murilo Dias da Silva

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

Priscila Mendes Graña de Oliveira

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

Simone Teixeira da Luz Costa

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

Tacio Macedo Silva

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Ribeira do Pombal-BA

RESUMO: A Política Nacional da Saúde da mulher tem por finalidade proporcionar melhorias na assistência prestada à população feminina, tendo em vista que a enfermagem está presente no amparo direto a cliente. Esse artigo tem por objetivo a abordagem da importância da enfermagem na prevenção do câncer de mama na prática assistencial da enfermagem. Trata-se de pesquisa qualitativa, com revisão bibliográfica e análise de conteúdo de Bardin, construindo três categorias, a primeira discute sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher, a segunda, traz índices do câncer de mama nas regiões brasileiras, a terceira a atuação de enfermagem. Conclui-se que a enfermagem possui grande relevância no desempenho de suas atividades através de ações educativas, rastreamentos para o diagnóstico precoce, além de estratégias para lidar com os aspectos sociais e culturais, o que contribui de forma positiva para a prevenção do câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Saúde da Mulher; Câncer de Mama; Prevenção.

ABSTRACT: The National Women's Health Policy aims to provide improvements in the care provided to the female population, considering that nursing is present in the direct support to the client. This article aims to approach the importance of nursing in the prevention of breast cancer in nursing practice. This is a qualitative research, with bibliographical review and content analysis of Bardin, constructing three categories, the first discusses public policies focused on women's health, the second, brings breast cancer rates in Brazilian regions, the third to nursing practice. It is concluded that nursing has great relevance in the performance of its activities through educational actions, screening for early diagnosis, as well as strategies to deal with social and cultural aspects, which contributes positively to the prevention of breast cancer.

KEYWORDS: Nurse; Women's health; breast cancer; Prevention

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que acomete milhares de pessoas, considerado um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e nações em desenvolvimento. O câncer de mama está entre as neoplasias mais acometidas pela população brasileira feminina, com alto grau de mortalidade.

A política pública relacionada ao câncer de mama no Brasil definiu as estratégias a serem priorizadas para o seu controle em 2013, por meio de política nacional de prevenção e controle do câncer, com realização de parcerias entre o Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Mastologia. Essas ações têm como objetivos principais a prevenção, o rastreamento, o diagnóstico e a melhora das mulheres diagnosticadas. (INCA; 2015)

Diante da gravidade do adoecimento e a alta complexidade do tratamento, é essencial a detecção precoce e principalmente a prevenção do câncer de mama. Nesse contexto, o enfermeiro tem efetiva participação na assistência direta com respeito à singularidade do cliente. Com isso, a enfermagem deve fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas a fatores de risco, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama através de práticas educativas no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Diante do exposto, tendo a enfermagem um papel na equipe multidisciplinar na assistência direta ao usuário de saúde, este estudo tem por objetivo avaliar a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de mama no Brasil, por meio de materiais publicados que abordem a temática, visando ações que resultem na prevenção da patologia na prática assistencial da enfermagem no período de 2011 a 2016, com análise de artigos e das políticas de saúde para o controle do câncer, com priorização na prevenção por meio do exame das mamas, mamografias,

rastreamentos, diagnóstico precoce e formas de educação preventivas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O método de abordagem é o de análise e síntese de Bardin escolhido devido à variação de fontes escolhidas para análise.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base de dados da SCIELO, com intuito de responder a seguinte questão de pesquisa: O que se tem publicado sobre a importância do enfermeiro na prevenção do câncer de mama? Foram selecionados artigos científicos e manuais do Ministério da Saúde para os dados qualitativos através das palavras chave de forma aleatoriamente associadas “enfermeiro” “saúde da mulher” “câncer de mama” “prevenção”. Considerou-se os artigos publicados em texto completo, acessível no período de 2011 a 2016, na língua portuguesa, foram excluídos os artigos duplicados e os que não corresponderam a temática.

Foi utilizada a análise de conteúdo conforme Bardin (1977), sendo que a primeira fase foi a leitura e a separação do material. Na segunda fase, ocorreu a separação do material pré-selecionado conforme categorias, já a terceira fase consistiu na análise dos dados de acordo com o método de avaliação.

Na Categoria 1, através de dados qualitativos foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as políticas direcionadas à saúde da mulher e a prevenção do câncer de mama. Na categoria 2, com dados qualitativos levantados através do DATASUS e o SISMAMA, foram construídas tabelas para análise dos dados. Quanto à categoria 3, foram levantados artigos que abordassem o papel do enfermeiro no cuidado ao câncer de mama, para análise comparativa dos resultados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Categoria 1: políticas públicas de saúde da mulher no Brasil

O século XX foi o período que mais trouxe avanços no campo das políticas públicas, seu carro chefe foram as políticas públicas voltadas à saúde da mulher, porém, visavam de forma geral, o ciclo gravídico-puerperal, como mostram os programas materno-infantis, criados nas décadas de 30, 50 e 70, deixando de lado ações preventivas contra cânceres, o mamário, por exemplo. (BRASIL,2004)

As ações de controle do câncer de mama surgiram na primeira metade da década de 80, quando o Ministério da Saúde elabora o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), visando, sobretudo, o rompimento conceitual com os princípios norteadores das então políticas públicas de saúde das

mulheres. O novo programa (PAISM) englobava ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, cabendo também a assistência à saúde da mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, em planejamento familiar, DST, câncer de mama e de colo do útero. (BRASIL, 2004)

O Ministério da Saúde, em conjunto com o Governo Federal, no ano de 2004, deu início a criação do SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama), somente implantado no âmbito nacional em 2009. O referido sistema tem como objetivo salientar a importância para o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama. (Portaria nº 779/SAS, dezembro de 2008).

O então sistema começa a ser alimentado na unidade básica de saúde, onde o profissional faz o rastreamento dos usuários que necessitam fazer o exame radiológico (mamografia), seja ela de rastreamento ou diagnóstica, solicitando, assim, o exame. Com a requisição em mãos, os usuários de serviço são direcionados para a unidade radiológica, onde realizarão o exame. Ainda na clínica de radiologia, será feita a digitalização dos dados coletados pelo profissional da unidade requisitante, como também dos gerados no serviço de radiologia. (Portaria nº 779/SAS, dezembro de 2008).

O Programa de Qualidade em Mamografia, desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2006, objetivava assessorar os estados e municípios nas ações de controle da qualidade das mamografias. No final do mesmo ano, o INCA idealizou o projeto piloto e logo teve parceria do colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por imagem (CBR), Anvisa e o instituto Avon.

O referido projeto foi executado no período de 2007-2008 e consolidou uma estratégia de controle nos serviços de mamografia em âmbito nacional. O mesmo programa foi apresentado ao Ministério da Saúde, que futuramente serviu para a criação do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) (Portaria nº 531, dezembro de 2012).

O PNQM objetiva avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, tendo como base os critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, da imagem clínica do laudo e dos resultados. Esses critérios se aplicam a toda rede nacional, seja ela pública ou privada, pertencentes ou não ao SUS. O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia é executado pelas Vigilâncias Sanitárias locais e Anvisa, INCA e CBR, sendo assim gerenciado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 2.898, novembro de 2013).

Categoria 2: incidências de câncer de mama nas regiões brasileiras

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a taxa de incidência anual de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, por localização, segundo região e UF,

no sexo feminino no período de 2012 a 2013, no Brasil, é de 52,50, com maior índice na região sudeste, com 68,93, e com menor índice na região norte com 19,83. Quando se avaliam os estados da região Sul, o Rio Grande do Sul apresenta o maior número com 81,07 e com menor índice no Estado, 10,45 no Amapá.

Região/UF	Percentual de casos
<i>Brasil</i>	52,50
<i>Região Norte</i>	19,38
Rondônia	24,52
Acre	10,68
Amazonas	19,39
Roraima	17,26
Pará	19,29
Amapá	10,45
Tocantins	23,98
<i>Região Nordeste</i>	31,90
Maranhão	13,97
Piauí	24,89
Ceará	39,11
Rio Grande do Norte	35,34
Paraíba	32,41
Pernambuco	46,88
Alagoas	26,21
Sergipe	34,95
Bahia	27,64
<i>Região Sudeste</i>	68,93
Minas Gerais	45,04
Espírito Santo	49,42
Rio de Janeiro	94,93
São Paulo	71,77
<i>Região Sul</i>	64,80
Paraná	55,83
Santa Catarina	51,38
Rio Grande do Sul	81,07
<i>Região Centro-Oeste</i>	47,56
Mato Grosso do Sul	60,55
Mato Grosso	34,48
Goiás	42,56
Distrito Federal	61,26

Tabela 1 – Incidência de Neoplasias Malignas no Brasil no período de 2012 e 2013.

Fonte: BRASIL, INCA. Elaborado pelos autores.

As estimativas do INCA atualmente são feitas a cada dois anos, em função da estabilidade da ocorrência, com pouca variação anual; portanto, a taxa de incidência calculada é anual e os valores apresentados na tabela são válidos para o ano de 2012 e para o ano de 2013.

Para a taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, especificando óbitos por neoplasias de mama feminina, estão disponíveis dados referentes apenas de 2008 a 2011, logo, pelo recorte da pesquisa na tabela 2, é especificada conforme

região, que corroboram com os dados da Tabela 1, sendo a maior incidência na região Sudeste e menor índice na região Norte.

Região	2011
Região Norte	474
Região Nordeste	2.697
Região Sudeste	6.844
Região Sul	2.420
Região Centro-Oeste	790
Total	13.225

Tabela 2 – Número de óbito específico por neoplasias malignas de mama feminina no Brasil em 2011, por região.

Fonte: DATASUS. Elaborado pelos autores.

Vale ressaltar que a taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeita à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.

A taxa na Bahia, conforme tabela 1 de casos de câncer, é 27,64, no entanto, também conforme o INCA, a estimativa para 2016 na tabela 3 verificamos aumento para 35,18.

Estado/Capital	Casos	Taxa Bruta
Bahia	2.760	35,18
Salvador	1.000	64,06

Tabela 3- Taxa bruta estimada de números de casos novos de câncer na Bahia em 2016 e número de casos.

Fonte: INCA. Elaborado pelos autores.

Por meio da mamografia obtêm-se dados estatísticos úteis para análise. Além disso, o fato do exame proporcionar uma detecção precoce facilita o início rápido do tratamento e, conseqüentemente, maiores chances de cura. Os dados referentes às mulheres que não fizeram cirurgia mamária com risco elevado segundo indicação clínica pode ser verificado na tabela 4.

Ind. Clínica	Não	Não sabe	Sim	Informação inconsistente	Total
Mamog. Rastreamento	1.436	540	271	-	
Mamog. Diagnostica	19	5	-	-	
Informação Inconsistente	-	-	-	-	
Total	1.455	545	271	7	2.278

Tabela 4- Quantidade de mulheres que não fizeram cirurgia mamaria com risco elevado segundo indicação clínica na Bahia em maio de 2015.

Fonte: DataSus/Ba; 2017. elaborado pelos autores.

O exame de mamografia é o principal meio para detecção precoce do câncer de mama apesar de não ser realizado, anualmente, por grande parte das mulheres. Outro método de detecção precoce é o autoexame, que é realizado por meio da palpação, feita pela própria mulher de maneira confortável. Contudo, é importante ressaltarmos que esse método não substitui, em hipótese alguma, a realização da mamografia. No Brasil, é indicado que o exame seja realizado a partir dos 40 anos de idade, mas existem exceções, como histórico familiar de câncer; isso faz com que a realização do exame seja antecipada, garantindo uma maior segurança para a mulher.

Categoria 3: a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama

O Câncer é considerado um enorme problema de saúde, com elevada taxa de mortalidade no nosso país e a prevenção é a forma mais eficaz para redução e controle da doença. Estudos associam o alto número de óbitos por câncer à maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos resultantes de um processo de industrialização cada vez mais evoluído. Esses fatores de risco podem ser químicos, físicos ou genéticos, como uso de drogas hormonais, imunossupressão, idade, etnia, hábitos alimentares inadequados, obesidade e exposições ocupacionais. (BRASIL, INCA; 2015)

As ações de enfermagem na prevenção do câncer de mama podem ser nas esferas de atuação primária ou secundária e ainda terciária. As ações primárias têm por objetivo evitar o acometimento da doença e as estratégias de enfermagem são voltadas para exposição aos fatores de risco, enquanto as secundárias visam o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama em estágios iniciais. A terciária, pouco abordada, trata apenas de cuidados paliativos, suporte psicológico e ações educativas voltadas à família.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer, a atenção primária é a primeira linha do cuidado, incluindo ações de atendimento à saúde e encaminhamentos a centros de referências de diferentes níveis de densidade tecnológica.

“Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção primária”. (BRASIL, INCA: Documento de Consenso do Câncer de Mama, 2004, pag.07)

Dentre as ações de prevenção secundárias no controle do câncer de mama, podemos citar o diagnóstico precoce e o rastreamento realizado em mulheres assintomáticas que realizam exames periódicos com profissionais de saúde, enquanto que o diagnóstico precoce trabalha com duas metodologias, o exame clínico realizado por um profissional da saúde especializado ou enfermeiro e a mamografia. (BRASIL, INCA; 2015)

Título do Estudo	Autores/País/Ano	Tipo de Estudo	Objetivo
1. Cuidados de enfermagem nos níveis de prevenção da história natural do câncer de mama.	LEÃO, Miriam Rêgo de Castro; PINTO, Ana Caroline de Oliveira; BRAGA Débora Barbosa/ Brasil 2011	Revisão Bibliográfica	Descrever os cuidados de enfermagem nos três níveis de prevenção da história natural do câncer de mama.
2. A interface do enfermeiro educador na detecção precoce do câncer de mama: reflexão à enfermagem	PEREIRA, Camila Tinoco; MOREIRA, Leandro Arantes/ Brasil 2012	Pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa	Propor estratégias para a reformulação do autoexame das mamas e sensibilizar a população alvo a exercitar o raciocínio crítico acerca de sua saúde e autocuidado.
3. Atuação do enfermeiro na prevenção secundária de mulheres com câncer de mama	BARBA, Patricia Dalla; SOUZA et.al / Brasil 2013	Estudo observacional e transversal analítico	Identificar as ações de atenção secundária realizadas por mulheres acometidas por câncer de mama previamente ao diagnóstico de câncer de mama.
4. Câncer de mama: A importância do cuidado e prevenção	CUNHA, Angela Soto; GALVÃO, Genilson; OLIVEIRA, Micheli Rodrigues; SOTO, Ozana; PAULINO, Ivan/ Brasil 2015	Exploratória, Com abordagem qualitativa	Ressaltar a importância do cuidado e prevenção do câncer de mama, incluindo seus fatores de risco e o papel do enfermeiro na detecção precoce e na educação em saúde.
5. Fatores que influenciam ações educativas sobre câncer de mama na Estratégia de saúde da família	MATTOS, Magda; SILVA, Káren Lohane; KOLLON, Wendy Moura/ Brasil 2016	Descritiva e qualitativa	Identificar fatores que influenciam nas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na educação em saúde, visando promoção à saúde e prevenção do câncer de mama.

Quadro I: Análise de Artigos Selecionados no período de 2011 a 2016

Fonte: Elaborado pelos autores

Como resultados da pesquisa obtivemos um produto final de 5 artigos, que trataram da prevenção primária, secundária e terciária, dando ênfase nas questões

primárias sobre a promoção de saúde, por meio de ações educativas e redução de danos. Na secundária, diagnóstico precoce e rastreamento, seguido de tratamentos paliativos e apoio familiar na atenção terciária.

Segundo Leão, Pinto, Braga (2011) são apontados os três níveis de atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama. Na prevenção primária ressaltando a necessidade de reduzir a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam a possibilidade de desenvolver a patologia, característica também detectada por Cunha et al (2015) e Matos, Silva, Kollon (2016), demonstrando a importância da abordagem da redução ou eliminação dos fatores de risco modificáveis, relacionados a hábitos e estilos de vida.

Na prevenção secundária, a principal ferramenta no rastreamento é a mamografia, a busca ativa de mulheres que nunca realizaram o exame clínico das mamas e o diagnóstico precoce citados em todos os artigos. A prevenção terciária, abordada apenas por Leão, Pinto, Braga (2011), onde afirma a função do enfermeiro de minimizar os efeitos do tratamento quimioterápico ou cirúrgico associados a neoplasia, dando apoio à mulher e seus familiares, nas questões psicobiológicas e cuidados paliativos, além de ações educativas voltadas a família para prevenção de novos casos.

Para Pereira, Moreira (2012) a prática do exame clínico das mamas associado à coleta citopatológica do colo endocervical nas consultas de enfermagem, citados por Leão, Pinto, Braga (2011) e Pereira, Moreira (2012), incluem ações de prevenção primária e secundária do câncer de mama. O exame clínico das mamas é ainda citado por Barba et al como um tipo de procedimento que deve ser realizado em toda a população feminina que procure os serviços de saúde, como parte do atendimento integral a saúde da mulher, independente da sua faixa etária.

Os autores Cunha et al (2015) e Matos, Silva, Kollon (2016) enfatizam que o profissional da enfermagem, além de seu papel de cuidador, possa desenvolver sua capacidade de educador para facilitar a adesão das mulheres através da disseminação de informações e enfrentar as dificuldades encontradas na assistência como a demora de atendimentos no SUS, a espera por mamografias, o preconceito relacionado aos aspectos culturais e a timidez de algumas das mulheres em expor o corpo para os profissionais de saúde.

Matos, Silva, Kollon (2016) ainda correlaciona o trabalho da enfermagem com o estabelecimento de vínculo, o acolhimento, práticas educativas na promoção de saúde com a prevenção do CA de mama, onde uma boa estrutura física da unidade de saúde, materiais educativos e insumos são elementos que contribuem na prevenção da neoplasia e disseminação de informações diante do público feminino.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, fica evidente que, para o controle do câncer de mama, se faz necessário a promoção de saúde. Assim, o enfermeiro desempenha um importante papel no que diz respeito a orientar o cliente e a família, respeitando a singularidade de cada usuário de saúde, desde as medidas preventivas, no processo da doença e sua reabilitação na atenção terciária, afetando a qualidade futura na vida do cliente.

As ações de enfermagem abrangem proporcionar acesso à informação aos usuários de saúde através de formas educativas obtidas através de campanhas, bem como a elaboração de intervenções para o controle de fatores de risco, reconhecidos como redução de peso corporal, práticas regulares de atividades físicas e alimentação, uma vez que estudos científicos apontam que o controle desses fatores contribui para a diminuição dos números de câncer de mama. No entanto, tais fatores são pouco valorizados ou praticados com essa finalidade.

Além disso, é de extrema importância a busca de capacitação profissional, seja nas modalidades de educação continuada ou permanente para os reconhecimentos de sinais e sintomas em estágios menos avançados do câncer de mama, o que aumenta as chances do tratamento preconizado nas iniciativas públicas e privadas.

Portanto, na prevenção é fundamental a prática de ações educativas, redução dos fatores de risco, rastreamento e diagnóstico precoce, além de estratégias para enfrentar dificuldades de acordo com os aspectos sociais e culturais da localidade e unidade de saúde onde atua o profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARBA, Patrícia Dalla; SOUZA, Marina Mazzuco; SILVA, Liliane Angelica; SIDES, Micaela Knebel; KOLANKIEWI, Adriane Cristina Bernat: **Atuação do enfermeiro na prevenção secundária de mulheres com câncer de mama**. Ciência, Salão do conhecimento UNIJUÍ. [Internet]. 2013. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/1973/1638> > acesso em 23/01/2017

BRASIL; Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer: **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL; Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer: **controle do câncer de mama documento de consenso / Instituto Nacional de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Política nacional de Atenção Integral à saúde da mulher**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004

BRASIL. Decreto nº 531, de 26 de março de 2012. Dispõe da necessidade de estabelecer mecanismos de monitoramento dos resultados dos exames mamográficos, permitindo a padronização, ampliação e o monitoramento das informações sobre o rastreamento do câncer de mama em o país, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 2.898, de 28 de novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).e dá outras providências.

CUNHA, Angela Soto; GALVÃO, Genilson; OLIVEIRA, Micheli Rodrigues; SOTO, Ozana; PAULINO, Ivan: **Câncer de mama: A importância do cuidado e prevenção**. Universo da Enfermagem / Faculdade Capixaba de Nova Venécia– v. 4. n.1, – Nova Venécia: MULTIVIX, [Internet]. 2015. Disponível em: http://novavenecia.multivix.edu.br/wpcontent/uploads/2015/02/universo_enfermagem_07.pdf#page=64 > acesso em 23/01/2017

INCA, Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde. Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. DARAO, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica, 1º Ed. Port. (nº 779/SAS, dezembro de 2008). [Internet]. 2010 Disponível em:< <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/228/5%20%20%202010%20Sismama%20relat%C3%B3rio%20e%20dados.pdf?sequence=1> >. Acesso em 06 fev. 2017.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer de mama, 2007. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/qualidade_mamografia > Acesso em 13 fev. 2017

LEÃO, Miriam Rêgo de Castro; PINTO, Ana Caroline de Oliveira; BRAGA Débora Barbosa: **Cuidados de Enfermagem nos Níveis de Prevenção da História Natural do Câncer de Mama**. Percurso Acadêmico, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 270-286, [Internet]. 2011. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2285> > acesso em 22/01/2017

MATTOS, Magda; SILVA, Káren Lohane; KOLLON, Wendy Moura: **Fatores que influenciam ações educativas sobre câncer de mama na Estratégia de saúde da família. ESPAÇO PARA A SAÚDE – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ** | Londrina | V. 17 | N. 1 | P. 40-48 [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/23021/pdf10> > acesso em 23/01/2017

PEREIRA, Camila Tinoco, MOREIRA, Leandro Arantes: **A interface do enfermeiro educador na detecção precoce do câncer de mama: reflexão à enfermagem**. Revista UNIABEU Belford Roxo V.5 Números 10 [Internet] 2012. Disponível em: <file:///E:/d/Nova%20pasta/397-1825-1-PB.pdf> > acesso em 23/01/2017

A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PROCESSO DO NASCIMENTO E AS INFLUÊNCIAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

Data de aceite: 22/11/2019

Marli Aparecida Rocha de Souza

Centro Universitário UNIDOMBOSCO, Curso de Enfermagem, Curitiba – Paraná.

Raquel Fernandes da Silva de Oliveira

Centro Universitário UNIDOMBOSCO, Curso de Enfermagem, Curitiba – Paraná.

Thais Ferreira da Cruz

Centro Universitário UNIDOMBOSCO, Curso de Enfermagem, Curitiba – Paraná.

Izabela Andréa da Silva

Centro Universitário UNIDOMBOSCO, Curso de Enfermagem, Curitiba – Paraná.

RESUMO: Objetivo: Identificar a participação do pai no processo do nascimento e o reflexo no cuidado ao recém-nascido. **Método:** Pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa com 20 puérperas de 05 a 30.09.2016. **Resultado:** Emergiram 07 classes: 1. Presença do acompanhante no pré-natal e satisfação para a mulher; 2. Participação do acompanhante e sentimento de segurança na parturiente; 3. O pai como acompanhante e o reflexo nos cuidados ao recém-nascido; 4. Participação do companheiro e o reflexo nos cuidados a puérpera; 5. O impacto no preparo de uma nova gestação; 6. Mudança de

comportamento do companheiro na visão da puérpera; 7. Falta de orientação e a vivência da gestante. **Conclusão:** A participação do pai nesse processo gerou mudanças nos cuidados ao recém-nascido no puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Humanizado; Relações pai-Filho; Enfermagem Obstétrica

THE PARTICIPATION OF THE FATHER IN THE PROCESS OF THE BIRTH AND THE INFLUENCES IN THE CARE TO THE NEWBORN

ABSTRACT: Objective: To identify the participation of the father in the process of birth and the reflex in the care of the newborn.

Method: Exploratory-descriptive research of qualitative approach with 20 puerperae from 05 to 30.09.2016. **Result:** 07 classes emerged: 1. Prenatal companion presence and satisfaction for the woman; 2. Participation of the companion and feeling of safety in the parturient; 3. The father as companion and reflex in caring for the newborn; 4. Participation of the partner and the reflex in the care of the puerpera; 5. The impact on the preparation of a new pregnancy; 6. Change of behavior of the partner in the vision of the puerpera; 7. Lack of guidance and the experience of the pregnant woman.

Conclusion: The father's participation in this process led to changes in the care of the newborn in the puerperium.

KEYWORDS: Humanizing Delivery; Father-Child Relations; Obstetric Nursing

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a parturiente tem direito de escolha de quem irá acompanhá-la, como garantia de sua autonomia e de uma experiência com menor fator de desgaste. O Ministério da Saúde reconhece que essa inserção apresenta relevância na diminuição da mortalidade materna e recomenda que todos os esforços sejam em prol da garantia desse direito de escolha durante todo o processo do nascimento.

Neste contexto, a portaria nº 569 instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tendo como proposta melhorar a qualidade da assistência e diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, assegurando a melhoria do acesso, a cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos. (BRUGGEMANN et al, 2013). Assim como a criação da Lei 11.108 de 2005 que garante à mulher a escolha de seu acompanhante (FOSSA et al, 2015) no entanto, observa-se que apesar da Política de Humanização na assistência no período gravídico-puerperal, pouco se avançou nesse quesito.

Para desmistificar alguns temores relacionados ao parto, a experiência de um acompanhante é considerada positiva pelas parturientes que recebem suporte necessário e se sentem mais seguras e menos ansiosas (TOSTES, 2012) A vivência de mulheres que tiveram a presença de alguém de sua escolha a seu lado, durante o trabalho de parto e/ou no parto é diferente das que vivenciaram essa experiência sozinhas, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido cuidado e conforto necessários. (OMS, 1996)

A escolha do pai para acompanhar este momento é muito importante para fortalecer os laços familiares, assim como deixar que este assuma um papel de participante ativo neste processo. Tendo em visto que este evento favorece maior aproximação de sua companheira e a possibilidade de que esta ação, promova a continuidade nos cuidados após a alta hospitalar. (DODOU et al, 2014)

Estudos apontam que essa aproximação favorece os laços entre o casal, porém ainda se busca identificar se este evento impacta além do fortalecimento dos laços familiares, nos cuidados a puérpera e ao recém-nascido. (DODOU et al, 2014;). Para tanto, se busca por meio desta pesquisa, investigar se a participação do pai como acompanhante no trabalho de parto e parto, reflete nos cuidados ao

recém-nascido durante o puerpério.

METODOLOGIA

Esta pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa e descritiva, realizada em uma maternidade na região Sul do Brasil, voltada às gestantes de baixo risco, atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que possui o selo de Hospital Amigo da Criança (HAC), atuando com protocolos da rede cegonha.

A abordagem foi realizada no pós-parto, enquanto as puérperas ainda estavam internadas no hospital, onde após o aceite era agendado um dia para que as pesquisadoras fossem à sua residência para realizar a entrevista e que foram realizadas na ausência do companheiro, no intuito de não haver nenhuma interferência. Participaram do estudo 20 puérperas.

Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos de idade, que realizaram parto vaginal, sem nenhuma complicação obstétrica e como acompanhante o pai do recém-nascido no trabalho de parto e parto. Como exclusão: puérperas em que os acompanhantes não residissem na mesma casa.

A coleta de dados foi realizada de 05 a 30 de setembro de 2016, com apoio de um instrumento semiestruturado e com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Para preservar o anonimato das participantes, optou-se pela identificação de cada uma por meio da letra N, seguida por um número.

O sigilo quanto à identificação dos participantes foi respeitado, assim como todos os princípios de pesquisa com seres humanos, conforme as orientações da Resolução CNS nº 466/2012 e aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário Dom Bosco, sob o parecer nº 1.672.527. (BRASIL, 2012)

A ferramenta de apoio utilizada foi o software Iramuteq. A coleta de informações foi realizada seguindo o manual referente ao *software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Este *software* não foi utilizado como um método, mas para o processamento de dados da pesquisa e o resultado apresentado serviu como instrumento de exploração para o pesquisador. (LAHLOU, 2012; CAMARGO; JUSTO, 2018).

Para as análises textuais foi utilizado o Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), um dos métodos fornecidos pelo *software*, em que “os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas”. (CAMARGO; JUSTO, 2018)

Após esse processamento a análise foi feita, utilizando-se como base os 06 passos para uma pesquisa qualitativa. Respectivamente: 1. Organizar e preparar os

dados para a análise, onde foi realizada a construção do *corpus* para o processamento; 2. Ler os dados e iniciar análise detalhada por meio de novas leituras e comparações com as anotações de forma reflexiva e global; 3. Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação, quando da realização pelo *software* com a separação das palavras no dendograma; 4. Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise e quando necessário realizar novas escutas e análises detalhadas, após a separação das palavras; 5. Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa. Realizada por meio de comparação entre a literatura, às palavras que emergiram e a relação com as falas; 6. Extrair o significado dos dados. Análise realizada pelo pesquisador mediante os resultados e sustentada pela literatura. (CRESWELL, 2010).

RESULTADO

Após o processamento de dados, houve a classificação dos textos como Unidade de Contexto Elementar (UCE), realizada pelo *software* por meio da leitura e da relação entre as palavras nos textos e a divisão das classes, determinadas pela força de ligação entre elas. (Figura 1.)

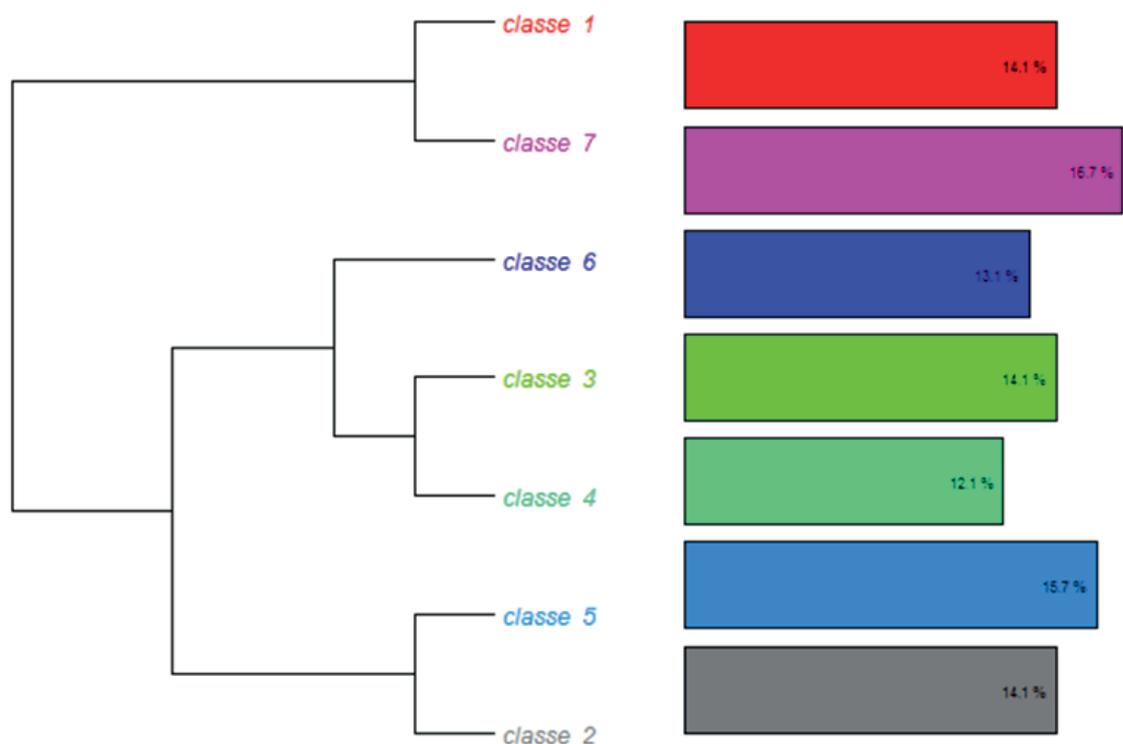


Figura 1 - Dendograma das classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ-Curitiba, PR, Brasil, 2016.

Com esse resultado deu-se início a leitura e compreensão das palavras em destaque. Como critério, foram selecionadas apenas palavras que apresentaram um qui-quadrado $>3,84$ e um $p < 0,0001$, por sua significância estatística (Figura 2).

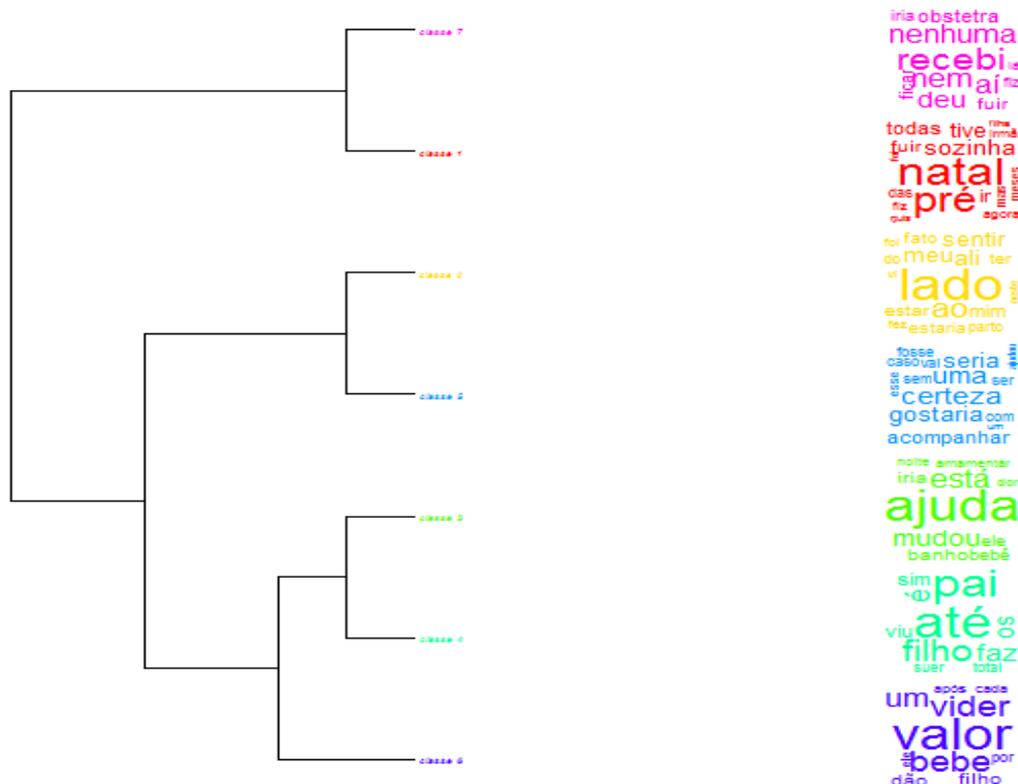


Figura 2 - Dendrograma das classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ-Curitiba, PR, Brasil, 2016.

Para melhor visualização da relação das palavras, referentes à quantidade de vezes em estas são citadas, as que se destacaram foram as que se mostraram estatisticamente significativas dentro de sua classe, sendo que cada uma foi representada por uma cor fornecida pelo *software*. Para esta pesquisa, foram identificadas sete classes de palavras e que se relacionaram entre si.

Durante o processamento ocorre a divisão das UCEs para a associação das palavras conforme exposto, essa etapa pode gerar algumas falhas com relação à pontuação e/ou ortografia, fato que deve ser de total atenção do pesquisador durante a confecção do *corpus*. A disposição dos trechos das entrevistas dada pelo sistema, fora utilizada na íntegra sem correções ortográficas.

Segue os resultados da identificação e classificação das classes após a análise de dados. Classe 1: Presença do acompanhante no pré-natal e satisfação para a mulher; Participação do acompanhante e sentimento de segurança na parturiente; 3. O pai como acompanhante e o reflexo nos cuidados ao recém-nascido; 4. Participação do companheiro e o reflexo nos cuidados a puérpera; 5. O impacto no preparo de uma nova gestação; 6. Mudança de comportamento do companheiro na visão da puérpera; 7. Falta de orientação e a vivência da gestante.

DISCUSSÃO

Classe 1 – Presença do acompanhante no pré-natal e satisfação para a mulher

A maioria dos acompanhantes participaram ativamente deste processo e os que não o fizeram deu-se por não conseguirem dispensa do trabalho.

Os vocábulos que obtiveram maior frequência de associação referente ao quadrado foram: consultas, pré-natal, sozinha, esposo, trabalhava, ecografias, causa (razão), durante e acompanhou, sendo que o vocábulo entre parênteses está diretamente relacionado ao contexto das UCEs. E destacadas em falas como:

“Nas consultas do pré-natal fui tudo sozinha, mas por causa do trabalho dele que não tinha flexibilidade para sair [...]” (N02).

“Minhas consultas de pré-natal eu sempre fui sozinha[...] ele tinha vergonha de pedir para o patrão para ser dispensado para ir na consulta” (N09).

Embora o companheiro nem sempre possa estar presente nas consultas, não significa que ele não esteja envolvido na gestação, o envolvimento paterno não se restringe à adoção de comportamentos como acompanhar consultas e exames, mas ao vínculo emocional com a mulher e o filho. (RIBEIRO, 2015). Porém essa participação promoveu nas parturientes, um sentimento de segurança e que estiveram presentes em relatos como:

“Nessa gestação foi tudo diferente. Meu esposo me acompanhou na maioria das consultas de pré-natal” (N02).

“Durante o pré-natal tive o acompanhamento em todas as consultas do meu esposo e nas ecografias ele sempre esteve muito presente, nunca deixava eu ir sozinha” (N5).

“Durante o pré-natal meu esposo foi em todas as consultas. Participou de forma bem ativa durante todas as consultas e exames” (N12).

A participação do pai durante o período gestacional, favorece a autoestima paterna e se mostra importante para a gestante, ajudando a aumentar o vínculo familiar, representando proteção e cuidado para a mesma. (FERREIRA, et al, 2014).

Classe 2 – Participação do acompanhante e sentimento de segurança na parturiente.

As palavras que tiveram maior associação, estavam vinculadas ao sentimento de segurança e amparo que as parturientes experimentaram por saberem que seus companheiros estavam presentes no momento do parto. Essa presença propicia a humanização da assistência, trazendo segurança para a parturiente, conforto e vínculo com o seu meio familiar. (VAZ; FUHR, 2014; FEYER, et al, 2015;).

Os vocábulos que obtiveram maior frequência de associação foram: lado, companheiro, segurança (segura), acontecer, meu, sentir (sentisse), interesse,

momento (ali) e estar. E presentes em falas como:

“Nesse momento era necessário que eu estivesse calma para que meu parto evoluísse da melhor maneira possível. Ter ele por perto me trouxe segurança” (N10).

“A presença dele era essencial. Me confortava e me trazia segurança. Eu sabia que tinha alguém olhando por mim independente de qualquer coisa” (N19).

“Meu esposo estar ao meu lado no momento do parto [...] me senti muito segura. Pois antes de ele chegar eu estava muito nervosa. Quando ele chegou, ficou tudo mais tranquilo” (N04).

A gestação funciona para os pais como um período de preparação para os novos papéis que deverão assumir frente ao bebê e a tudo que ele irá exigir. A participação do pai pode colaborar para a formação precoce do vínculo entre pai e filho. (FERREIRA, et al, 2014).

Classe 3 – O pai como acompanhante e o reflexo nos cuidados ao recém-nascido.

Caracterizou-se pelo uso de palavras relacionadas às mudanças percebidas pela parturiente, sobre as atitudes do companheiro no cotidiano da família no âmbito domiciliar. Os vocábulos mais utilizados para descrever a percepção das mudanças foram: ajuda, mudou, cuidar, marido, mim e casa.

Após o nascimento, as adaptações físicas, psicológicas e sociais continuam a ocorrer e a puérpera precisa de um de suporte um pouco diferente do recebido durante a gravidez. Nesta fase, a mesma necessita de ajuda física para que possa estar mais disponível para o bebê e esta continua com necessidade de apoio, acompanhamento, atenção e valorização. (COUTINHO et al, 2015).

O maior envolvimento do pai ao longo da gravidez da mãe e após o nascimento dos filhos, está se tornando mais frequente, denotando um desempenho de papéis neste período, o que difere do tradicionalmente assumido por eles. (DESSEN; OLIVEIRA, 2013). Percebeu-se a mudança conforme relatos:

“Se precisar acordar a noite, ele acorda. Mas que influenciou ele assistir o parto, influenciou. Ele se desdobra um pouquinho mais para cuidar dela.” (N01).

“A paternidade só aflorou quando chegamos em casa. É de suma importância, pois assumiu não só o papel de pai, mas como marido, provedor da casa... entendeu esse papel. Não precisei pedir ajuda em nenhum momento” (N12).

“Sem contar que amenizou na hora de cuidar do bebê, na hora de trocar fralda, dar banho. Ajuda muito dividir as tarefas. Meu marido mudou.” (N16).

Atualmente, é comum perceber o envolvimento do homem nas questões do cotidiano dos filhos e nos cuidados básicos, que eram atribuídos à mulher. Ele deixou de ser somente o provedor para se envolver afetivamente, revelando sentimentos como carinho, amor e responsabilidade e também compartilhando

com sua mulher as preocupações do dia a dia (JARDIM; PENNA, 2012). Fatos corroborados conforme as exposições acima descritas.

Classe 4 – Participação do companheiro e o reflexo nos cuidados a puérpera.

Os vocábulos utilizados nesta classe: nascimento, pai, participação, filho, cuidados, importante e relação.

As puérperas manifestaram-se satisfeitas com a participação do pai no período que seguiu o nascimento do bebê, destacando a mudança na relação familiar:

“O pai vendo todo esse processo pós-parto, trouxe melhoras no relacionamento até mesmo dele comigo e como o próprio filho. Faz com que ele seja mais presente e entenda a necessidade da sua participação” (N19).

“Faz com que ele seja mais presente e entenda a necessidade da sua participação não só no pré-natal, mas principalmente no parto. Até pela questão da emoção, pois é só a partir do nascimento que o pai sente realmente a existência do filho” (N20).

A participação do pai no nascimento de seu filho é importante para a parturiente como já visto em outros estudos, mas também é para o bebê, pois facilita a formação do vínculo pai-bebê. Estar presente no parto é uma forma dos homens se sentirem incluídos no processo de geração da vida, nos cuidados com a mulher e o recém-nascido. (COUTINHO et al, 2015).

Esses cuidados do pai com o bebê, devem ser estimulados no pré-natal, para que ele se envolva no processo de nascimento e sinta-se à vontade para ajudar sua parceira, nos cuidados pessoais e domiciliares.

Classe 5 – O impacto no preparo de uma nova gestação.

As palavras que se destacaram foram às relacionadas à satisfação com a presença do companheiro nesse processo e na vontade em planejar a próxima gestação de maneira mais tranquila e a certeza de ter alguém de seu convívio ao seu lado.

Vocábulos com maior frequência de associação referente ao quadrado foram: planejo, acompanhar (acompanhante), gostaria, certeza, novamente, próxima e gestação. Evidenciado nas falas a presença do acompanhante como experiência positiva e segura:

“Na primeira gestação eu fiquei com medo de morrer. Não sei por que fiquei em um desespero lá dentro, mesmo uma enfermeira estando ao meu lado. Pois eu estava sozinha. Nesta gestação me senti mais segura” (N02).

“Na minha próxima gestação com certeza meu esposo vai acompanhar. Se Deus quiser vai ser tudo como na primeira gestação. Todas as mulheres mereciam

esse acompanhamento do seu parceiro” (N05).

“Não tenho dúvidas que gostaria de ter um acompanhante do início ao fim. E sem dúvidas eu escolheria meu esposo novamente, pois foi essencial a participação dele naquele momento. Se não fosse ele, eu não teria conseguido” (N13).

Momentos vivenciado de maneira positiva gera sentimento de satisfação e favorece a relação mãe, pai e filho.

Classe 6 - Mudança de comportamento do companheiro na visão da puérpera.

Vincula-se ao sentimento descrito pela puérpera frente ao aumento da admiração por parte do companheiro, assim como em seu auxílio nos cuidados a ela e ao recém-nascido após a alta hospitalar. O envolvimento paterno, de acordo com as especificidades e as expectativas de cada um, contribui para melhorar a ligação emocional com o filho, com repercussões positivas para o casal. (NOGUEIRA; FERREIRA, 2012).

Os vocábulos que obtiveram maior frequência de associação referente ao quadrado foram: cuidado, bebê (vida), valor, sendo que o vocábulo entre parênteses está diretamente relacionado no contexto das UCEs.

A satisfação da parturiente em relatar o sentimento de orgulho por parte do companheiro e em ter tido a oportunidade de acompanhá-la, poder observar e vivenciar cada momento durante o processo de nascimento, fez com que esta se sentisse uma pessoa ainda mais especial, interferindo de maneira positiva na convivência do casal. Esta análise pôde ser evidenciada, conforme os relatos:

“Ele ficou chocado. Chorou. Porém, depois ele deu bem mais valor. Apesar de ele já ser assim bem cuidadoso, ele já é meio diferente... já tem um lado cuidadoso nele” (N05).

“ [...] influencia o cuidado do homem tanto com a mulher como para o bebê no puerpério depois que ele participa de todo o processo. Eles dão mais valor” (N07).

“Vendo o que nós mulheres passamos, cada aflição, cada dor, cada momento, cada noite mal dormida[...]acredito que só assim um homem pode começar a entender o que a sua mulher passa assim dando mais valor para ela como mãe e como esposa” (N18).

As falas acima descreveram mudanças percebidas pelas parturientes em seu parceiro. Sentimentos advindos da exposição do homem à dor e as fases pela qual a mulher passa nesse processo. A dor revela a superação e pode ser um instrumento de metamorfose para a mulher que a vivencia e para o companheiro que experimenta e compreende a sensação da mulher. A dor do parto, apesar de ser um sinal fisiológico, representa um momento de reflexão para o homem. (JARDIM; PENNA, 2012).

A participação do pai no que concerne à distribuição das tarefas domésticas do

lar é um dos aspectos fundamentais para o equilíbrio da família, sobretudo durante a transição decorrente do nascimento dos filhos. Quando há uma redistribuição de tarefas, a família parece ter um funcionamento mais harmônico, particularmente quando marido e esposa desenvolvem papéis complementares e específicos. (DESSEN; OLIVEIRA, 2012). A puérpera sentiu em seu retorno para casa, a mudança do companheiro com relação à importância de seu apoio e consequente melhora na relação:

“[...] sabe, toda essa etapa que passamos nos uniu e o cuidado dele comigo tem sido algo maravilhoso e surpreendente. Para você ter ideia, só ele levanta para fazer mama” (N09).

“[...] viemos para casa com uma bebê linda e um esposo totalmente apaixonado por sua família” (N10).

“Pois o cuidado dele no pós-parto e o cuidado que teve com o meu corpo... eu não conseguia amamentar nosso bebê e ele teve muita paciência. Pois o que mais me prejudicou foi a questão emocional de ver o bebê chorar e não conseguir amamentar. E nesse momento ele teve um cuidado especial. Um cuidado que ninguém teria” (N13).

A participação paterna desde o pré-natal, quebra barreiras nas dificuldades de adaptação e nos cuidados ao filho e para puérpera contribui no manejo da amamentação, sendo este um fator de prevenção ao desmame precoce. (PAULA, 2010).

Classe 7 – Falta de orientação e a vivência da gestante.

Seguindo o padrão de análise já citado, as palavras analisadas foram: rápido, saúde, falaram, normal, conhecer, médico, nenhuma, orientações (orientação), recebi, consulta, unidade e maternidade.

Classe que corrobora com estudos no que se refere a falta de orientação por parte dos profissionais durante o pré-natal, o que acarreta a falta de conhecimento quanto ao processo de trabalho de parto e parto:

“Não tive orientação nenhuma nem da enfermeira e nem da obstetra quanto ao trabalho de parto e parto. Ninguém me avisou que tinha consulta e visita na maternidade.” (N02).

“Não tive nenhuma orientação sobre o trabalho de parto e o parto. Nem da enfermeira, nem da obstetra, nem de ninguém da Unidade de Saúde.” (N04).

“Eu estava muito segura quanto ao meu parto, sempre quis parto normal. Mas de fato, eu nunca recebi orientação nem da ginecologista, nem da obstetra, de ninguém. Se eu dependesse dessas orientações para ficar tranquila...” (N05).

“A única explicação que eu tive dela em uma consulta, foi que ela tentou explicar a dor do parto. Disse que seria uma dor muito forte. Só isso” (N09).

A informação promove segurança e torna a parturiente e seu acompanhante como parte do processo, promovendo um ambiente acolhedor, em que estes possam auxiliar no cuidado de si e do outro. (COUTINHO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a identificação de mudanças ocorridas nos acompanhantes, representados pelos pais e que estiveram presentes no nascimento de seus filhos, quanto aos cuidados prestados ao bebê no puerpério e no suporte à puérpera após a alta hospitalar.

Nem todas as mulheres que participaram desta pesquisa, tiveram a presença de um acompanhante durante o período de pré-natal, porém mesmo quando não houve essa participação, foi evidenciado que não afetou o desejo do acompanhante em estar presente durante o processo de nascimento.

Todas as participantes manifestaram sua satisfação ao estarem na presença do companheiro durante o trabalho de parto e parto e relataram principalmente, o fato de passar por este momento com alguém da sua confiança por oferecer maior segurança e conforto. Algumas ainda manifestaram satisfação, pelo fato destes poderem observar os primeiros cuidados prestados ao recém-nato, o que permitiu que o mesmo desse o suporte após a alta.

Observou-se que todos os pais que acompanharam as parturientes durante o processo de nascimento, de alguma maneira procuraram ajudar nos cuidados ao recém-nato no puerpério, o que surpreendeu muitas mulheres. Alguns pais, além dos cuidados com o recém-nato, ainda colaboraram nos cuidados com a puérpera e manifestado por elas como consequência da vivência e de seu envolvimento durante o trabalho de parto e parto.

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas fora do âmbito hospitalar, não somente no puerpério, mais no desenvolvimento infantil, para a avaliação quanto à participação do pai nesse processo e no vínculo familiar. Tendo em vista a percepção e descrição das puérperas, na melhora da relação de interesse do companheiro que estendeu-se na alta e no retorno as atividades diárias.

REFERÊNCIAS

BRUGGEMANN, O.M. et al. **The integration of the birth companion in the public health services in Santa Catarina, Brazil.** Esc. Anna Nery. 2013; 17(3): 432-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

COUTINHO, E.C. et al. **Social support during pregnancy and post-partum. Investigación Cualitativa en Salud**.2015;2.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre.5ª ed. Artmed; 2010.

DESSEN, M.A.; OLIVEIRA, M.R. **Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: pai “real” e “ideal” na perspectiva materna**. Psic. Reflex. Crít.2013;26(1):184-92.

DODOU, H.D. et al. **The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women**. Esc. Anna Nery. 2014; 18(2): 262-69.

FERREIRA, T.N. et al. **A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT**. Rev. Gestão & Saúde .2014;5(2):337-45.

FEYER, I.S.S.; MONTICELLI, M.B.A.E.; SANTOS, E.K.A. **Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado**. Rev. bras. enferm. 2013; 66(6): 879-86.

FOSSA, A.M. et al. **A experiência da enfermeira durante a assistência à gestante no parto humanizado**. Saúde Rev.2015;15(40): 25-36.

JARDIM, D.M.B.; PENNA, C.M.M. **Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho**. Rev Rene. 2012;16(3):373-81.

LAHLOU, S. **Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier**. Papers en social representations. Peer Reviewed Online Journal. v.20, n.7, p. 38-39, 2012.

NOGUEIRA, J.R.D.F.; FERREIRA, M. **O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê**. Rev. Enf. Ref. 2012 ;(8):57-66.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra (SUI): OMS; 1996.

PAULA, A.O.; SARTORI, A.L.; MARTINS, C.A. **Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo**. Rev. Eletr. Enf.2010;12(3):464-70.

RIBEIRO, J.P. et al. **Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem**. Rev. Espac. Saúde. 2015;16(3):73-82.

TOSTES, N.A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. Brasília. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília; 2012.

VAZ, T.H.; FUHR, P.L. **Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública**. Cogitare Enfermagem.2014;19(3):545-52.

A VISÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O ABORTO

Data de aceite: 22/11/2019

Meiriane Christine dos Santos Aguiar

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

Isis Vanessa Nazareth

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

Samantha dos Reis Silva

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

Glaucimara Rigquete de Souza Soares

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

Patrícia Regina Affonso de Siqueira

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

Fabricia Costa Quintanilha Borges

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

Luiza Fernanda Thomaz Mendonça

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

Juliana Silva Pontes

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

Joana Darc Fialho de Souza

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

Luis Felipe Bezzera Estevam

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

Maria Isabel Santos Alves

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

Suzanna Martins Costa

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

RESUMO: **Objetivos:** Discutir a visão do acadêmico de enfermagem sobre o aborto. **Sujeitos e Métodos:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo, no qual a coleta de dados foi realizada através de formulário para identificação social e cultural dos sujeitos, além de entrevista semiestruturada; os sujeitos foram discentes de enfermagem matriculados entre o 5º e o 10º períodos acadêmicos. **Resultados e Discussão:** A análise dos dados permitiu a criação de uma categoria analítica sobre o tema proposto e subcategorias que aborda o cuidado de enfermagem e o abortamento, a visão dos acadêmicos de enfermagem sobre a mulher e o processo de abortamento e, a definição de papéis na decisão pelo aborto. **Conclusão:** Quando se fala em aborto, percebe-se que diferentes reações podem ser desencadeadas,

apresentando grande diversidade de opiniões referentes ao tema. Assim, é possível observar que ainda existe uma trajetória a percorrer para que o aborto seja mais discutido, na academia, já que esta é considerada um órgão formador de profissionais, críticos e reflexivos, que na área da saúde, precisa estar livre de julgamentos e prestar uma assistência qualificada.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto, Acadêmicos, Enfermagem, Saúde da Mulher.

NURSING ACADEMICS' VIEW OF ABORTION

ABSTRACT: Objectives: To identify the nursing student's view on abortion and discuss the nursing student's view on abortion. **Subjects and Methods:** This is a descriptive qualitative approach study, in which data collection was performed through a form for social and cultural identification of the subjects, in addition to a semi-structured interview; The subjects were nursing students enrolled between the 5th and 10th academic periods. **Results and Discussion:** Data analysis allowed the creation of an analytical category on the proposed theme and subcategories that addresses nursing care and abortion, nursing students' view of women and the abortion process, and the definition of roles in the decision to abort. **Conclusion:** When talking about abortion, it is clear that different reactions can be triggered, presenting a great diversity of opinions on the subject. Thus, it is possible to observe that there is still a trajectory to go so that the abortion is more discussed, in the academy, since it is considered a formative organ of professionals, critics and reflexives, that in the health area, it needs to be free of judgments and provide qualified assistance.

KEYWORDS: Abortion, Academics, Nursing, Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (2015), atento à primazia dos direitos humanos e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, tem o compromisso com a garantia dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres. Estima-se que ocorram, considerando apenas o Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no país.

Apesar de haver esclarecimentos pelo Ministério da Saúde sobre o aborto, este assunto é discutível entre os profissionais de saúde e a sociedade, onde, apresentam-se muitas diferenças de opinião sobre sua legalização ou em que situações são aceitáveis a prática do abortamento (BARBOSA; BOBATO; MARIUTTI, 2012).

Esta dualidade de opiniões torna o aborto um assunto de extrema importância para a saúde pública no país. Este tema se manteve na pauta de pesquisas brasileiras nos últimos vinte anos, pois, representa grave problema de saúde pública

em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

Quando os profissionais de saúde se deparam com um caso de abortamento é necessário que estejam preparados para lidar com a situação, promovendo à mulher o cuidado individualizado, seguro, acolhedor, com orientação e cuidados holísticos, sendo que a atenção humanizada é direito de toda mulher e dever de todo profissional de saúde (BRASIL, 2011).

Neste sentido, entende-se que o desafio se inicia na formação dos profissionais de saúde isto porque Góes e Lemos (2010) citam que no decorrer dos cursos de graduação na área da saúde, o tema aborto é esclarecido apenas sob aspecto jurídico, tanto em leis quanto na legislação do exercício profissional, ou através de questões biológicas. Porém, essas não são as únicas premissas que permeiam o tema, existem também as questões sociais, culturais, religiosas da mulher que sofre o abortamento.

Considerando que o estudante de enfermagem é um indivíduo que tem suas crenças e valores, a academia deve promover discussões e reflexões sobre essa temática, construindo fundamentos para práticas profissionais embasadas em uma assistência integral.

Desta forma, esta pesquisa tem como objeto de estudo: “A visão do acadêmico de enfermagem em relação ao aborto”.

Assim, para dar direcionamento ao estudo propõem-se a seguinte questão norteadora: “Qual é a visão do acadêmico de enfermagem em relação ao aborto?”.

1.1 Objetivos

- Identificar e discutir a visão do acadêmico de enfermagem com relação ao aborto.

1.2 Justificativa

As discussões sobre o tema do aborto no Brasil são extensas, todavia, em pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), usando os descritores, “aborto” and “acadêmicos” and “enfermagem” com idioma português, foram encontradas apenas duas publicações. Salienta-se que foi interceptado o maior número possível de descritores de assunto que se relacionavam com os termos do objeto de estudo.

Os critérios de inclusão definidos para seleção dos artigos foram trabalhos na íntegra, desde que abordassem direta ou indiretamente acadêmicos de enfermagem e aborto. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão bibliográfica, resenhas ou que desenvolveram isoladamente a temática aborto ou estudante de enfermagem, sem contudo, possuir relação entre elas.

Desta forma, foram encontrados somente dois estudos publicados no ano de

2010, sendo um da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e o outro na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Isso mostra que existe uma importante lacuna de estudo.

É preciso considerar também a importância em colaborar para a pesquisa, apresentando possibilidades de mostrar como o tema aborto é introduzido na formação do enfermeiro, pois, esses estudantes serão os futuros profissionais, que possivelmente participarão da vida reprodutiva da mulher em consultas de planejamento reprodutivo, pré-natal e obstetrícia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizado com 24 acadêmicos do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé. Os critérios de inclusão foram ser acadêmicos de enfermagem matriculados a partir do 5º período de enfermagem até o 10º período do referido curso. Foram excluídos os estudantes que não haviam cursado as disciplinas de Enfermagem Cuidados Básicos de Saúde a Mulher, Ética em Enfermagem e Legislação Deontológica do Exercício Profissional de Enfermagem.

Para produção dos dados elaborou-se dois instrumentos: o primeiro foi um formulário para identificação social e cultural dos alunos, investigando a idade, sexo, período acadêmico, estado civil, raça/etnia, cor declarada, gravidez, filhos e religião. O segundo instrumento é uma entrevista semiestruturada com sete perguntas. A entrevista foi gravada em MP3 com transcrição imediata. Os dados foram registrados em planilha do Microsoft Excel®.

A interpretação das entrevistas se deu por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Inicialmente, realizou-se uma leitura flutuante dos questionários transcritos, com o intuito de conhecer a natureza do contexto dos participantes. Em seguida, foi feita uma leitura mais aprofundada a fim de descobrir o conteúdo latente que se encontrava nos discursos coletados, onde identificamos as categorias analíticas (BARDIN, 2009).

Antes da atividade exploratória no campo, o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa como avaliação, com aprovação registrada através do protocolo número 1.297.743. Para preservar o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela letra E seguindo de um número. Assim, tivemos a seguinte ordenação: E1 a E24.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do perfil social e cultural dos participantes identificou-se que 22(91%) estudantes são do sexo feminino. Cerca de 15(63%) estudantes apresentam-se na faixa entre 22 e 26 anos de idade. Em relação as atividades acadêmicas, 8(33%) dos entrevistados estavam matriculados do 5º período do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé.

Verificou-se que 13(54%) estudantes não possuíam companheiro ou relação afetiva. Quanto à autodeclaração de etnia/raça, 11(45%) se identificaram como branco, 9(37%) como pardo e 4(18%) como negros. Nenhum dos entrevistados referiu estar gestante ou ter filhos. No que se concerne a religião, 18(74%) estudantes mencionaram seguir o cristianismo e 4(16%) não declararam prática religiosa.

Após os resultados apresentados será dada voz aos entrevistados a partir de duas categorias codificadas na análise: 1) A visão dos acadêmicos de enfermagem sobre a mulher e o processo de abortamento; e 2) A definição de papéis na decisão pelo aborto.

3.1 A visão do acadêmico sobre a mulher e o processo de abortamento

Nesta categoria, foram identificadas falas que expressam com a opinião do graduando em sobre a mulher que aborta e ao aborto, mostrando diferentes visões sobre o tema.

“Eu penso que seja uma tomada de decisão desesperada da mulher devido ao fato dela não ter condições financeiras ou psicológicas ou emocionais mesmo de ter um filho naquele momento”. **(E1)**

“Uma mulher frágil, perdida, que quer uma decisão rápida, e vê como a última saída, e uma mulher sem apoio da família e marido”. **(E11)**

Em um estudo realizado por Menezes e Aquino (2010), foi identificado que mulheres com renda familiar per capita e escolaridade mais elevadas relataram ter abortado de 3,8 a 4,6 vezes mais que as mais pobres e menos escolarizadas, mesmo que a gestação tenha sido menos prevalente entre jovens de maior classe social, quando ocorriam, elas terminavam mais em aborto do que com as outras mulheres.

De acordo com Brasil (2015) são as mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais se envolvem em procedimentos abortivos.

Desta forma, percebe-se que os graduandos possuem uma visão marcada pela ideia de que o abortamento é um recurso mais utilizado pelas mulheres com situação social desfavorável, diferente da realidade do perfil das mulheres que

vivenciam o abortamento no país. Os estudos de Borsari; Nomura; Benute (2012) e Dias (2016) demonstram que as condições sociais podem influenciar na decisão pelo aborto, contudo, não são os fatores determinantes para a decisão, ou seja, a opção pelo abortamento pode apenas ser uma escolha da mulher, como também referem E14 e E13:

“Eu acho que é uma escolha da mulher naquele momento, como está a vida dela, então acho que é uma escolha **(E14)**

“Quando a mulher engravida, todo mundo só pensa no filho, ninguém pensa nela, se é o momento, se ela esta preparada, se aquilo vai prejudicar se não vai **(E13)**

Desta forma Dias (2016) acredita que o atuar dos profissionais de enfermagem, especificamente dos enfermeiros, deve estar pautado no preparo em lidar com as escolhas de outras pessoas, sem emitir julgamentos, sendo a função dos profissionais de cuidar e orientá-la, como explana E22:

“Então, primeiro essa mulher, ela é corajosa, ela é plena de direitos, que precisa de amparo e de apoio de todos os profissionais, mas no processo de abortamento ela não está livre de estigma. Porque quando a mulher decide que ela não quer aquilo, ela tem que justificar, e quando o homem não quer, ele vira as costas e vai embora (...) a mulher tem que ter o direito a não conceber, e não ser coagida de forma alguma.”**(E22)**

Este relato também demonstra que há um conhecimento sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, e o entendimento da importância de se realizar um cuidado humanizado, em todas as fases do processo de abortamento. Além de destacar a relação entre sexo e gênero, que aparece frequentemente quando relacionado a situações de abortamento, sendo, a mulher a principal atuante neste processo. Portanto, neste momento, percebe-se a importância do planejamento reprodutivo, onde a mulher e o homem possuem suas responsabilidades.

Para Brasil (2013) o pleno desenvolvimento dos papéis de homens e mulheres é importante para a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Por isso é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável e à prevenção de gestações não desejadas.

França (2018) destaca que quando falamos em cuidado à mulher que interrompe a gravidez, trata-se da garantia do acesso da mulher à saúde, direito esse legalizado no exercício da prática profissional de enfermagem e por isso os valores morais não podem estar acima da lei e nem dos direitos de cidadania. Mas apesar disso, alguns estudantes assumem preconceito ao se deparar com situação de abortamento, como cita E23:

“Eu não vou ser hipócrita, se uma mulher chega pra mim e fala ah... eu

abortei! Eu vou pensar, você é... que irresponsabilidade! Vou perguntar quais eram as condições, se o filho tinha alguma patologia. Mas a princípio eu ia olhar com negatividade. Mas eu ia querer saber antes de tratar mal, eu ia ficar indiferente a princípio, mas depois eu ia querer saber”. **(E23)**

Percebe-se que alguns dos acadêmicos de enfermagem ainda precisam refletir mais sobre o cuidado livre de juízos de valor em relação à mulher que vivencia o aborto. Existem diferentes entendimentos dos alunos referentes ao processo de abortamento, alguns são contra e outros, tem a visão de que se é o melhor para a mulher naquele momento, que seja feito de forma ética e legalizada. Alguns defendem pela perspectiva da criança e outras da mulher com a legalização, e com uma visão de que o aborto é algo natural, já que a mulher é plena de direitos sobre si.

“Como estudante de enfermagem eu acho que em algumas situações é colocar a criança no mundo para sofrer”. **(E20)**

“Eu acho uma coisa natural, partindo do parâmetro que a mulher é dona do seu corpo e faz dele o que quer, eu não vejo problema nenhum no aborto”. **(E6)**

Sendo assim, França, (2018) expressam que o aborto pode ser um direito sexual e reprodutivo da mulher e que se é o seu desejo realizá-lo, ela pode possuí-lo, uma vez que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, como a morte materna.

Os graduandos relatam o processo de abortamento como um momento que é influenciado por inúmeros fatores que interferem diretamente na construção da percepção do que seja o aborto para a sociedade, como relata E2:

“O aborto é uma questão que é transversal, ele não é só um processo fisiológico como no aborto espontâneo, ele também é um processo moral, de acordo com a moral da nossa sociedade, patriarcal, machista, homofóbica, heterossexista.” **(E2)**

Portanto Borsari; Nomura; Benute (2012) apresentam o aborto como um tema complexo e bastante estigmatizado, onde a mulher que provoca o aborto não é bem vista pela sociedade, uma vez que a maternidade, cultural e historicamente, lhe foi imposta como destino. Então coloca-se o aborto provocado como sendo uma decisão egoísta da mulher que desafia As leis da natureza, cujos códigos legais e morais procuram fazer com que ela conserve a gestação de qualquer forma.

Esta categoria vem mostrar diferentes formas de reflexão dos graduandos acerca da visão sobre o processo de abortamento, muitas vezes entram em conflitos com seus valores morais e religiosos, porém, em outras situações, entendem esse momento como um processo de escolha da mulher, que é influenciado pela liberdade e poder de decisão sobre o próprio corpo.

3.2 A definição de papéis na decisão pelo aborto

Nesta categoria foram identificadas falas que se relacionam diretamente com a definição de papéis na decisão pelo abortamento, neste momento, os acadêmicos expressam diferentes visões, relacionada à mulher, ao casal e a fatores sociais como renda e estado civil.

“Eu penso que seria primeiramente da mulher, porque o corpo é dela e é ela que está carregando o bebê. Se ela tiver um parceiro que apoia a ideia ou não, vai depender dos dois, mas, principalmente dela”. **(E8)**

“Responsabilidade é dela. E se o parceiro estiver de acordo, é deles dois”. **(E12)**

A partir desses relatos, podemos observar como algumas pessoas enxergam o papel do homem, no momento do processo de abortamento, onde a mulher é vista como a principal atuante e o parceiro se torna coadjuvante nessa situação.

Assim, Carvalho; Paes (2014), França, (2018), expressam que o homem é visto e tratado de modo diferenciado, no entanto, ele tem total participação no ato da realização da reprodução e, muitas vezes, participa na decisão de interrupção, mas sobre ele, não recai a responsabilidade reforçando então a desigualdade de gênero. E a sociedade costuma atribuir, muitas vezes, a decisão pelo abortamento unicamente às mulheres, negligenciando-se a influência de outros atores, e participantes, segundo as fases do ciclo de vida destas, fazendo com que as escolhas reprodutivas recaiam somente sobre a mulher.

No entanto, cabe destacar que alguns graduandos tiveram opiniões distintas dos anteriores quando questionados sobre a definição de papéis na decisão pelo aborto, referindo que não é possível este momento ser decidido somente por uma pessoa, pois, outros atores estão envolvidos nesse processo de decisão como a família, amigos, saúde e governo.

“Acho que existem vários fatores, eu não posso colocar a responsabilidade só em uma pessoa, muito difícil só uma pessoa tomar a decisão pelo aborto”. **(E15)**

“Eu acho que principalmente do governo, acho que o problema está na educação, então eu responsabilizaria o governo e não a mulher, pois há o desemprego, a renda baixa”. **(E23)**

Segundo França (2018) a atenção à saúde é dever do Estado e nela se incluem a sexual e reprodutiva, que são direitos humanos e esta atenção se concretiza a partir de políticas públicas que devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde pelos profissionais onde, estando no exercício da profissão, representam o Estado frente à população. Sendo assim, o ato de ter filhos ou não cabe a mulher decidir, ao Estado garantir e a sociedade respeitar.

Seguindo a ideia de corresponsabilidade, E2 e E22 identificaram como principais

atuantes na decisão pelo abortamento, a mulher e o parceiro, destacando que a mulher não é a única responsável pela situação, o homem tem papel fundamental e não apenas de coadjuvante do processo.

“Dos dois, do pai e da mãe”. (E2)

“A decisão deve ser de quem concebe, das pessoas que concebem. O homem e a mulher, eles são corresponsáveis”. (E22)

Carvalho e Paes (2014) destacam que em um estudo realizado com mulheres que tinham antecedentes de aborto induzido, que o parceiro é o principal atuante e que, mesmo quando omite sua opinião sobre a decisão de abortar, dizendo ser responsabilidade da mulher, ele participa de alguma forma dessa decisão, pode ser pela busca do local, pagamento, apoio e suporte emocional a parceira no momento. Sendo assim, o homem, sempre vai ter seu papel no processo de decisão.

Nesta ótica, ressalta-se que apesar de alguns graduandos apresentarem reflexões pautadas na responsabilização individual da mulher, a maioria atribuiu a decisão de realizar o aborto a um processo que envolve fatores sociais e outros participantes, como o parceiro e o estado.

4 | CONCLUSÃO

Considerando os objetivos deste estudo, nos discursos analisados, os sujeitos expressaram uma visão de que o cuidado às mulheres que abortaram não pode ser influenciado por julgamentos pessoais, que a mulher precisa ser cuidada e orientada, apesar, de ainda sentirem-se inseguros no cuidado relacionado à situação de abortamento, porém, verificou-se que alguns acadêmicos de enfermagem muitas vezes tecem juízos de valor em relação à mulher que vivencia o aborto.

Alguns acadêmicos de enfermagem entendem o processo de abortamento como um direito sexual e reprodutivo da mulher sendo uma escolha, vivenciar essa situação ou não, mas atentam que é necessário ter mais ações voltadas ao planejamento reprodutivo como forma de prevenção das gestações indesejadas.

Os graduandos expressaram diferentes formas de reflexão acerca da visão sobre o processo de abortamento, muitas vezes entrando em conflitos com suas concepções pessoais, porém, em outras situações, entendem esse momento como um processo de escolha da mulher, que é influenciado por diversos fatores. Porém, entende-se que acadêmico de enfermagem possui suas crenças e valores, que precisam também ser respeitadas, desde, que não interfiram na assistência.

Desta forma, percebe-se que a universidade precisa realizar discussões e reflexões sobre essa temática, de forma mais ampla, e não somente contemplando as disciplinas específicas, pois, desta forma, os graduandos terão diversas oportunidades de discutirem e refletirem sobre o tema, por diferentes perspectivas,

proporcionando talvez, mais segurança ao lidarem com a mulher nessa situação.

Nessa perspectiva, vê-se a necessidade de sensibilizar os futuros profissionais para uma assistência humanizada, respeitando a mulher e a situação vivenciada. Provavelmente, estas ações vão contribuir para a diminuição das violências institucionais e retardo na procura a assistência futuramente. Sendo assim, a partir do momento que o cuidado é desenvolvido observando-se o direito da mulher de ter controle e decisão sobre si, sua sexualidade, livres de coerção e discriminação, o cuidado passa a ser cada vez menos preconceituoso e moralista, sendo um cuidado humanizado e integral.

Quando se fala em aborto, percebem-se diferentes reações, apresentando grande diversidade de opiniões referentes ao tema. Assim, é possível observar que ainda existe uma trajetória a percorrer para que o aborto seja mais discutido, na academia, já que esta é considerada um órgão formador de profissionais, críticos e reflexivos, que na área da saúde, precisa estar livre de julgamentos e prestar uma assistência qualificada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BORSARI, C.M.G, NOMURA R.M.Y, BENUTE G.R.G. **Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(2):69-73.

BARBOSA, A.S.S.F; BOBATO, J.A.C; MARIUTTI, M.G. **Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento**. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto , v. 13, n. 2, 2012. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 out. 2018.

CARVALHO, S.M; PAES, G.O **Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro**. Esc Anna Nery. 2014.

DIAS C.F, FONSECA G.P, PARCIANELLO M.K. *et al.* **Situação de abortamento: uma compreensão ética e humanizada do cuidado de enfermagem**. Disciplinary Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 14, n. 1, p. 23-30, 2016.

FRANÇA, Caroline Popia et al. FATORES DE RISCO PARA ABORTAMENTO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO CASO-CONTROLE. **Artigos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 2, n. 47, p.35-48, Não é um mês valido!/Não é um mês valido! 2018. Semestral.

GÓES, F. G.; LEMOS, A. **O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto**

provocado. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online. Rio de Janeiro, 2010. abril/junho.

MENEZES, G. AQUINO, E.M.L. **Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

ACESSO AO ATENDIMENTO BÁSICO DE SAÚDE DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBTS): IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Data de aceite: 22/11/2019

Daniilo Damião Soares de Miranda

Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem – EENF/UFAL. Maceió-AL

Karla Mychele Cezário de Lima

Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem – EENF/UFAL. Maceió-AL

Vívian Mayara da Silva Barbosa

Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem – EENF/UFAL Maceió-AL

RESUMO: Muitos dos problemas de saúde e de acesso a cuidados apresentados pela população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) ainda derivam do preconceito e da discriminação de que são vítimas. Trata-se de uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi identificar a situação do atendimento primário à saúde da população LGBT no Brasil. Foram incluídos no estudo 03 documentos, 02 artigos indexados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e 01 dossiê; que atenderam os critérios de inclusão: em língua portuguesa, completos, gratuitos, disponíveis *online* em sua totalidade. Os artigos colocam que ainda há uma busca de maior integralidade e promoção de equidade quando se trata de LGBTs, a despeito das

políticas públicas de saúde já implementadas e ressaltam a importância da intersetorialidade entre diferentes esferas públicas. Conclui-se que é fundamental perceber que igualmente a qualquer cidadão brasileiro LGBTs têm necessidades de saúde variadas e devem receber cuidados humanizados e pautados na integralidade em todos os níveis da atenção. Para a Enfermagem a Política Nacional de Saúde LGBT é um grande passo e marco na saúde desta população, contribuindo sobremaneira para um fazer da Enfermagem integral e equânime.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; LGBT; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária; Enfermagem

ACCESS TO BASIC HEALTH CARE FOR LESBIANS, GAYS, BISEXUAL, TRAVESTIS AND TRANSEXUAL (LGBTS): IMPLICATIONS FOR NURSING

ABSTRACT: Many of the lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender (LGBT) health and access to care problems still stem from their prejudice and discrimination. This is a literature review whose objective was to identify the situation of primary health care for the LGBT population in Brazil. The study included 03

documents, 02 articles indexed Scientific Electronic Library *Online* (SciELO) and 01 dossier; who met the inclusion criteria: in Portuguese, complete, free, available *online* in their entirety. The articles state that there is still a search for greater comprehensiveness and promotion of equity when it comes to LGBTs, despite the already implemented public health policies and highlight the importance of intersectoriality between different public spheres. It is concluded that it is essential to realize that equally to any Brazilian citizen LGBTs have varied health needs and should receive humanized care and guided by comprehensiveness at all levels of care. For Nursing, the LGBT National Health Policy is a great step and milestone in the health of this population, greatly contributing to a comprehensive and equitable Nursing practice.

KEYWORDS: Sexuality; LGBT; Public Health Policies; Primary Health Care; Nursing

1 | INTRODUÇÃO

Ao se falar em sexualidade humana, é importante a compreensão da diferença entre dois conceitos que se aplicam ao tema: orientação sexual e identidade de gênero. O primeiro trata especificamente ao sexo pelo qual o indivíduo se sente atraído sexualmente e efetivamente, o segundo, por sua vez, lida com o gênero (masculino ou feminino) o qual o indivíduo se identifica (Cerqueira-Santos, 2010).

Como exposto, notamos que ao falar em homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade, no presente trabalho, estaremos falando em orientação sexual, pois refere-se a forma como o indivíduo se relaciona sexualmente, seja com indivíduos do mesmo sexo, do oposto, ou ambos. Enquanto falando-se em travestilidade e transexualidade, identidade de gênero.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), orientação sexual e identidade de gênero são fatores determinantes para o processo saúde-doença. Ou seja, a marginalização dessa população por homofobia e preconceitos gerados por um padrão social heteronormativo e cisgênero, implica em medo dessa clientela ao procurar os serviços de saúde podendo sofrer desses mesmos constrangimentos.

Cerqueira-Santos (2010) e Barbosa (2009) se relacionam ao concordarem que os estereótipos acerca da orientação sexual são comuns e reforçadas na configuração heteronormativa da nossa cultura. A mulher tida como “mais masculinizada” é automaticamente levada a jus como sendo lésbica, ou um homem trans, reforçando assim um preconceito que poderá evoluir para uma violência homofóbica ou transfóbica.

Concomitantemente, a heterossexualidade presumida desfavorece o atendimento básico de saúde da população homoafetiva por terem diferentes necessidades de saúde. Essa diferenciação, causa um sentimento de retração ao

relatarem sobre sua orientação sexual.

Muitas vezes, mulheres que não possuem relação sexual com homens, só revelam esse fato durante o histórico clínico, principalmente nos questionários que pressupõem a sua heterossexualidade, ou após indicação de tratamento do parceiro sexual (BARBOSA, 2009).

Das mulheres que procuram o atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as que revelam, 28% referem maior rapidez no atendimento e 17% afirmam que os médicos deixaram de solicitar exames considerado por elas como necessários (BRASIL, 2013).

Com base no princípio da equidade que permeia o Sistema Único de Saúde - SUS, este trabalho conta com o objetivo de identificar do atendimento primário a saúde da população LGBT no Brasil. Entendendo-se como equidade a busca por igualdade no acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que nem todas as pessoas são iguais (Cerqueira-Santos, 2010).

2 | METODOLOGIA

A busca realizada em periódicos e bases de dados de ciências humanas e da saúde, entre eles, SciELO, Medline, BVS e periódicos CAPES, resultou em 13 artigos relacionados aos descritores “atendimento básico à saúde” e “homossexualidade” que atendiam ao critério de inclusão estar em língua portuguesa e completo disponível *online*.

Após leitura completa de todo o material encontrado, estabelecimento do conteúdo de cada um através de resumos, um novo critério de inclusão foi desenvolvido, que tratasse exclusivamente da situação do atendimento primário de saúde da população LGBT no Brasil a fim de constituir uma revisão de literatura. Foram selecionados 02 artigos indexados na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e 01 dossiê solicitado pela Rede Feminista de Saúde e vinculado.

3 | ANÁLISES E DISCUSSÕES

Durante o processo de busca por referências para a elaboração da obra, o fato de ser encontrado um número maior de títulos que tratasse do HIV/AIDS e soropositividade na população homoafetiva masculina tornou-se de relevância para análise.

Como evidenciado por Barbosa (2009), o homem que mantém relação com outro homem é tido como o único disseminador das Infecções Sexualmente

Transmissíveis - as IST's, caracterizando-as, de forma errônea, como "doença dos homens", revelando uma posição do homem como promíscuo e sujo.

Mulheres que mantêm relações sexuais unicamente com mulheres buscam muito menos os serviços de saúde por acharem que não correm riscos de contaminação por alguma IST, pelo fato de não manter relação sexual com homem, reforçando o preconceito. O conceito do sexo relacionado apenas com o pênis inviabiliza que estratégias de prevenção de doenças ocorra nessa parcela da população pelo fato de haver, também, somente um meio mais eficiente: o uso do preservativo masculino. Restando à promoção da saúde, dando ênfase ao papel da enfermagem, a responsabilidade de diminuir a incidência de ISTs em mulher que se relacionam sexualmente com outras mulheres.

Cerqueira-Santos expõe:

Na mesma direção, as questões relacionadas à prevenção encontram-se menos desenvolvidas no sistema de saúde para população lésbica, que não se identificam com as campanhas e orientações, reclamando da falta de preparo dos profissionais e de conhecimentos sobre as práticas sexuais das lésbicas (2010)

A necessidade de conhecimento do tamanho da população LGBT e sua demanda é um fator indispensável para que se possam desenvolver estratégias reais de prevenção partindo de políticas públicas que visem diminuir a desigualdade existente.

A integralidade deve envolver não somente a prevenção de ISTs, mas incluir as lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos acompanhamentos psicológicos, envolvendo assim sua saúde mental, enfatizado por Cerqueira-Santos (2010) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), pela vulnerabilidade da saúde mental de travestis e transexuais na rua.

O enfermeiro da saúde coletiva é responsável pela articulação no serviço de saúde, prestando grande contribuição, pondo em prática as políticas públicas de saúde. Esse profissional promove a saúde independente de faixa etária, grupo étnico-racial ou classe social, o que promove uma maior cidadania dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo o enfoque do estudo. O contato com a comunidade faz do enfermeiro um conscientizador e insere nele o papel de agente transformador da realidade social.

Atendimento assistencial a essa população revela uma evidente invisibilidade da comunidade ao sistema de saúde, antagonizando-se assim ao seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Os prestadores de serviços da saúde devem ser idealizadores da eliminação da discrepância do atendimento a saúde de LGBTs (KEEPNEWS, 2011), tendo como consequência a diminuição da vulnerabilidade destes enquanto cidadãos iguais a todos perante a lei.

4 | CONCLUSÕES

A necessidade e a importância desse trabalho deve ser ressaltada para que as políticas sociais afirmativas, especificamente as que tratem da população LGBT, migrem da discussão exclusiva na área das ciências humanas e seja aplicada na área da saúde. Vê-se, então, a enfermeira da atenção básica como leitora-alvo desta obra, adicionando ainda os demais profissionais da rede básica de atendimento em saúde.

É necessário que tal estudo não se mantenha apenas em arquivo, mas que seja levado à realidade da atenção primária, objetivando assim e fazendo real a resolução da problemática estudada.

Conclui-se, assim, a importância deste trabalho quanto a contribuição para a área e norteador de pesquisas futuras e aplicação na área da educação em saúde para a enfermagem. Vê-se a enfermeira da atenção básica e as que ainda estão em formação, enquanto esta é tida como a profissão do cuidado e contribui instigando o indivíduo ao autocuidado, a manutenção e promoção da saúde, atuando a frente da atenção primária à saúde como público alvo do seguinte estudo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. **Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300, 2009.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. **Dossie saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. REDESAÚDE, Belo Horizonte. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; CALVETTI, Priscila U.; ROCHA, Kátia B.; MOURA, Andreína; BARBOSA, Lúcia H.; HERMEL, Júlia. **Percepção de usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde**. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. Vol. 44, Num. 2, pp. 235-245. 2010.

KEEPNEWS, David M. **Editorial: LGBT Health Issues and Nursing**. Policy; Politics & Nursing Practice. Vol. 12, Ed. 02. p.71-72. 2011.

AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: PERCEPÇÕES DE EDUCADORES E ADOLESCENTES ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

Data de aceite: 22/11/2019

Carla Zimmermann Tuzin Santos

Universidade Franciscana (UFN).

Santa Maria – RS.

Hedi Crecência Heckler de Siqueira

Universidade Franciscana (UFN).

Santa Maria – RS.

RESUMO: Objetivo: Objetiva-se conhecer as percepções de educadores e alunos adolescentes estudantes do ensino médio, sobre as ações educativas em anticoncepção na adolescência no contexto escolar. **Método:** O método escolhido foi o grupo focal, sendo que no período de junho a agosto de 2016 foram realizados 04 grupos focais, sendo 02 com docentes e 02 com adolescentes do ensino médio de uma instituição pública de ensino da rede federal, no interior gaúcho. Participaram do estudo 25 pessoas, 11 educadores e 14 adolescentes do ensino médio. Os dados foram analisados por meio do método da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Docentes e estudantes participantes do estudo reconhecem a importância das ações educativas em anticoncepção na adolescência, no entanto, essas necessitam transcender os modelos impositivos de transmissão de

conhecimento. Os educadores clamam por maior preparo para trabalharem com seus alunos sobre questões relacionadas à educação sexual e anticoncepção na adolescência. **Conclusão:** Destaca-se a importância dada pelos educadores e adolescentes a qualidade das ações educativas oferecidas em ambiente escolar para que possam produzir resultados positivos na vida dos educandos.

PALAVRAS-CHAVE: Anticoncepção; Educação em Saúde; Gravidez na Adolescência; Saúde Escolar.

EDUCATIONAL ACTIONS ON CONTRACEPTION IN ADOLESCENCE: PERCEPTIONS OF EDUCATORS AND ADOLESCENTS STUDENTS OF MIDDLE SCHOOL

ABSTRACT: Objective: The purpose of this study is to understand the perceptions of educators and adolescent students in high school about the educational actions in contraception in adolescence in the school context. **Method:** The focal group was chosen, and in the period from June to August, 2016, 04 focal groups were held, one with 02 teachers and other with 02 high school adolescents from a federal public school in the interior of the state of Rio Grande

do Sul. Twenty-five people, 11 educators and 14 high school adolescents participated in the study. The data were analyzed using the thematic content analysis method.

Results: Teachers and students participating in the study recognize the importance of educational actions in contraception in adolescence, however, they need to transcend the models of knowledge transmission. Educators call for greater preparedness to work with their students on issues related to sex education and contraception in adolescence.

Conclusion: The importance given by educators and adolescents is importante to the quality of the educational actions offered in a school environment so that they can produce positive results in the lives of the students.

KEYWORDS: Contraception; Health Education; Pregnancy in Adolescence; School Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende a adolescência como um processo biológico e vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a pré-adolescência (entre 10 a 14 anos) e a adolescência (dos 15 aos 19 anos). Destarte, os adolescentes estão em uma fase de identificação de sua feminilidade/masculinidade, por vezes, podendo sofrer consequências indesejáveis na prática da sexualidade, tais como: gravidez precoce indesejada, falta de conhecimento a respeito das modificações que se processam no seu organismo, nas atitudes e comportamentos e/ou uso indevido de métodos contraceptivos, aborto, vitimização, doenças sexualmente transmissíveis e traumas psicossociais.¹

Quanto a gravidez neste período², “A incidência da gestação nesta faixa etária continua a aumentar, apesar da difusão do conhecimento teórico. As estatísticas demonstram a não-utilização ou o uso incorreto do método anticonceptivo, principalmente, nas primeiras relações sexuais”. Estudos relatam que muitos adolescentes têm conhecimento, porém incorreto, sobre os métodos anticoncepcionais e que apenas um em cada dez adolescentes, sexualmente ativos, utilizam algum método contraceptivo, sendo necessário estimular o autocuidado e a anticoncepção nesta fase da vida, atendendo aos adolescentes de forma humanizada e personalizada.³

Sendo assim, são necessárias estratégias de educação em saúde articuladas com a rede sociofamiliar na qual o adolescente está inserido. Nesse contexto, a escola é um espaço privilegiado para práticas de educação em saúde, na qual o trabalho de promoção da saúde com os educandos e também com educadores, deve assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de autocuidado, permitindo aos alunos e professores, um ambiente seguro para

compartilhar informações, dialogar e questionar sobre suas dúvidas referentes à prática da sexualidade e anticoncepção.^{4,5}

Diante do panorama da contracepção na adolescência atual, justifica-se o presente estudo pela relevância do tema e a necessidade de contextualizar no processo educativo, o conhecimento alusivo à sexualidade, destacando-se a educação em saúde e a inclusão da comunidade, neste caso os docentes, nessa discussão³. Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa: Como os educadores e alunos adolescentes, estudantes do ensino médio, percebem as ações educativas em anticoncepção na adolescência no contexto escolar? Assim, objetiva-se conhecer as percepções de educadores e alunos adolescentes estudantes do ensino médio, sobre as ações educativas em anticoncepção na adolescência no contexto escolar.

2 | MÉTODO

A coleta dos dados foi realizada por meio do método do Grupo Focal (GF), que compreende entrevista em grupo, onde a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação.⁷

No presente estudo, foram desenvolvidos no período de junho à agosto de 2016, quatro (04) Grupos Focais (GFs), sendo 02 GFs com adolescentes estudantes do ensino médio e 02 GFs com os educadores que aceitaram participar da pesquisa. A proposta da pesquisa incluía um quinto GF, referente aos pais dos discentes participantes. Entretanto, após três tentativas, utilizando diversas formas de convite e diante da não adesão dos convidados, decidiu-se prosseguir a pesquisa sem a participação do grupo de pais.

Nesse sentido, participaram do estudo, 25 pessoas, 11 educadores de alunos estudantes do ensino médio e 14 adolescentes estudantes do ensino médio. Os critérios de inclusão adotados para os participantes adolescentes foram: possuir idade entre 14 e 19 anos, aceitar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado aos pais dos alunos menores de 18 anos ou para o próprio aluno se maior de idade e o Termo de Assentimento (TA) para os participantes menores de 18 anos. Já os critérios de inclusão para os participantes docentes foram: ser docente da instituição em estudo, lecionar no ensino médio e aceitar participar do estudo mediante assinatura do TCLE.

Cada encontro focal realizado foi conduzido pela própria pesquisadora

utilizando-se de roteiro elaborado para cada grupo de participantes e contou com uma observadora escolhida, previamente, que ajudou na organização do ambiente, nas gravações e anotações importantes ocorridas durante a realização do GF. Todos os participantes foram informados sobre os preceitos éticos do estudo, houve a leitura prévia do TCLE, bem, leitura do TA para os adolescentes menores de 18 anos e informados sobre a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o parecer 1.559.011/2016, conforme preconiza a resolução 466/2012. Os encontros tiveram duração média de 60 minutos cada e as falas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Com o objetivo de manter o anonimato dos participantes, os adolescentes receberam nomes de flores e os participantes docentes, nomes de pedras preciosas.

No primeiro encontro com adolescentes estudantes do ensino médio, apresentou-se um breve documentário sobre gravidez na adolescência com posterior dinâmica grupal; averiguou-se o conhecimento dos alunos adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais; investigou-se se os jovens conversam com seus pais e professores sobre a temática, buscou-se conhecer as percepções dos jovens sobre as ações educativas sobre anticoncepção na adolescência.

No segundo encontro, também com adolescentes estudantes do ensino médio, retomou-se alguns tópicos importantes; houve diálogo sobre as estratégias capazes de promover as ações educativas sobre anticoncepção e saúde reprodutiva na escola.

No terceiro encontro, e primeiro grupo focal com docentes de adolescentes estudantes do ensino médio de instituição de ensino público de São Borja, houve apresentação de breve documentário sobre gravidez na adolescência; averiguou-se o conhecimento e percepção dos docentes sobre os métodos contraceptivos; conversou-se sobre como eles percebem as ações educativas em anticoncepção na adolescência no contexto escolar; debateu-se sobre possíveis estratégias capazes de promover as ações educativas sobre anticoncepção na adolescência no ambiente escolar.

No quarto e último encontro com docentes de adolescentes estudantes do ensino médio, retomou-se tópicos importantes; aprofundou-se por meio de debates sobre as percepções que os docentes têm sobre as ações educativas sobre anticoncepção na adolescência no contexto escolar, enfatizou-se no debate as estratégias capazes de promover as ações educativas sobre contracepção e saúde sexual nas escolas.

Os dados foram analisados por meio da leitura crítica e qualitativa, a qual permitiu identificar convergências e possibilitou o agrupamento das unidades temáticas, com base na análise de conteúdo temática.⁸ Inicialmente foi realizada a pré-exploração do material, a partir de leitura flutuante, na qual se reconheceu o

contexto e, assim, obteve-se informações importantes e mais aprofundadas sobre os dados levantados com os participantes. A seguir, foram selecionadas as unidades de análise, nas quais foram destacadas as frases e ideias que mais apareceram nos textos e que permitiram construir as unidades temáticas. A categorização dos estudos foi a última etapa de análise.

3 | RESULTADOS

Da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias temáticas: O significado de anticoncepção e métodos anticoncepcionais na perspectiva de educadores e educandos adolescentes estudantes do ensino médio; e, Percepções sobre as ações educativas em anticoncepção na adolescência sob a ótica de docentes e adolescentes estudantes do ensino médio.

O significado de anticoncepção e métodos anticoncepcionais na perspectiva de educadores e educandos adolescentes estudantes do ensino médio

Depreendeu-se na descrição dos participantes, que os alunos adolescentes demonstram clareza sobre o significado de anticoncepção, mencionando que, além de serem métodos para se prevenir uma concepção indesejada, os anticoncepcionais exigem cautela e responsabilidade por parte de seu usuário para que, assim, possam cumprir seu efeito contraceptivo. Em relação a essas questões os adolescentes estudantes expressaram que: *“Os anticoncepcionais são métodos para prevenir uma gravidez indesejada.”* (Petúnia); *“Quando tu pensas em anticoncepcional a primeira coisa que vem à cabeça é prevenir a gravidez na adolescência.”* (Amor-Perfeito); *“Para mim é uma prevenção, como o nome já diz, é o que vem antes. (...). Não é algo para remediar o que já aconteceu, é para prevenir, sempre tive consciência disso. E é aquela coisa, tem que ser regular, não pode esquecer de tomar no período certo e tal.”* (Rosa).

As falas dos adolescentes evidenciam que eles conhecem os efeitos secundários dos anticoncepcionais, como por exemplo, regular o ciclo menstrual e também a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, como no caso da camisinha.

Quanto ao conhecimento da diversidade do uso de anticoncepcionais e seus efeitos pode ser demonstrado pelas falas dos estudantes adolescentes participantes do estudo: *“É que varia muito, tem pessoas que usam anticoncepcionais unicamente para não engravidar, outras também precisam tomar para regular a menstruação, já que nessa fase o ciclo menstrual é meio irregular.”* (Lírio); *“E mesmo que só tomar a pílula, por exemplo, é uma coisa que não me passa confiança, sabe? Eu acho necessário o uso da camisinha, principalmente por causa das doenças. A pessoa*

não tem cara de AIDS, em ninguém está escrito que tem alguma doença, eu não confio apenas no comprimido.” (Jasmim).

Sobre os métodos anticoncepcionais mais populares entre os adolescentes que participaram dos encontros, forma mencionados: a pílula anticoncepcional oral, a camisinha, anticoncepcional hormonal injetável, laqueadura tubária, dispositivo intrauterino, pílula do dia seguinte, e também foram citados, os adesivos hormonais.

Entretanto, aparece nas falas a preocupação com o esquecimento da pílula, sendo assim, o método injetável, foi apontado como favorito, conforme a fala de um dos participantes: *“Acho mais interessante a injeção, principalmente para quem esquece com frequência.”* (Amor-Perfeito); *“Tem a camisinha, a pílula, laqueadura, DIU, tem vários outros.”* (Petúnia)

Há nas mensagens dos adolescentes entrevistados, uma vasta gama de métodos anticoncepcionais, sendo impossível citá-los todos. Nesse sentido, emerge entre os mesmos a necessidade de consultar um profissional da saúde para realizar a adequada orientação antes do início do uso, sob pena de não saberem utilizar corretamente o método escolhido. Nesse sentido um dos estudantes participantes alegou: *“Tem a tabelinha, adesivos, DIU...Tem várias opções, só que o bom é a pessoa consultar um médico, porque senão se perde com a quantidade de métodos que existem”* (Lírio);

Entre os docentes participantes do estudo, houve uma grande heterogeneidade de percepções sobre anticoncepção e métodos anticoncepcionais. As falas a seguir demonstram que existem na população estudada desde percepções mais técnicas dos profissionais ligados às ciências a até mesmo, percepções mais pessoais, como por exemplo, a influência religiosa e a influência da paternidade em docentes que se veem no papel de professores e também de pais. Essas ideias aparecem nas suas falas: *“Qualquer método que impeça a concepção.”* (Ônix) *“Pai brabo. Pai brabo é o melhor método anticoncepcional. Se tu fizeres alguma coisa, guria, eu te mato.”* (Risos) (Opala); *“Pode ser um medicamento ou, a conscientização, também podemos colocar como um método anticoncepcional.”* (Rubi); *“Temos os métodos físicos (de barreira) e químicos como os anticoncepcionais orais. Temos também os métodos comportamentais que são os mais recomendados pela igreja católica como a tabelinha, coito interrompido, etc.”* (Ametista)

Dentre os métodos anticoncepcionais mais conhecidos entre os docentes entrevistados, a pílula anticoncepcional hormonal e o preservativo masculino aparecem entre os mais conhecidos na ampla gama de opções ofertadas no mercado atual. Houve referências a uma certa estranheza ao *condom* feminino (camisinha feminina) e aos riscos do uso da pílula do dia seguinte que, segundo os professores, se a adolescente precisou utilizar este método, significa que a mesma foi exposta a várias outras situações, como por exemplo, infecções

sexualmente transmissíveis. Neste sentido, os docentes se manifestaram: *“A pílula anticoncepcional e a o preservativo (masculino) são os mais comuns”*. (Cristal); *“Tem a pílula do dia seguinte, mas o problema é que a pessoa pode ser exposta à várias outras situações como as doenças sexualmente transmissíveis e também, se utilizar corriqueiramente pode haver um desequilíbrio hormonal muito grande.”* (Opala); *“Existe a camisinha feminina, mas eu particularmente não conheço, a divulgação é muito pequena.”* (Cristal); *“Eu já vi aqui (a camisinha feminina), nós pegamos por curiosidade, mas achei horrível. Se eu ver aquilo, eu perco a alegria da vontade do momento.”* (Risos) (Opala).

Apreende-se dessas falas, que apesar de existirem inúmeras informações disponíveis sobre métodos anticoncepcionais e anticoncepção, principalmente no escolar, os significados entre adolescentes e os docentes são bastante superficiais e o fato de saberem o significado e a importância sobre a anticoncepção, não significa que dominem sobre os métodos contraceptivos e seu uso correto.

Percepções sobre as ações educativas em anticoncepção na adolescência sob a ótica de docentes e adolescentes estudantes do ensino médio

Os adolescentes participantes dos encontros focais, sinalizaram que percebem as ações educativas sobre anticoncepção na adolescência como algo importante e fundamental no ambiente escolar, pois permitem que os jovens recebam orientações sobre as decisões que eles necessitam tomar diariamente no que tange à prevenção de gravidez em um momento inoportuno – o que na visão deles, poderia significar mudanças de planos de vida. *“São muito importantes para orientar os alunos sobre as prevenções que devem ser tomadas. Ninguém deseja uma gravidez na adolescência, porque querendo ou não, a vida vai mudar, tu vais ter que parar de estudar, começar a trabalhar e tudo complica.”* (Amor-perfeito)

No entanto, os jovens alertam que as atividades educativas necessitam fugir dos modelos impositivos de transmissão de conhecimento, como palestras por exemplo; e ao invés disso, proporcionar aos participantes momentos de conversa, troca de saberes e experiências, como as rodas de conversa. *“Eu acho interessante, sabe? Mas tem que ser um negócio como o que estamos fazendo aqui, uma roda de conversa, bem descontraída, bem natural. Algo que a gente possa absorver de verdade, e não aquela coisa mecânica, palestra com muitas pessoas ou seminários apresentados para um monte de gente. Muitas vezes as pessoas têm alguma dúvida pertinente e não querem perguntar por vergonha ou porque tem muita gente em volta e sempre tem aquelas risadinhas.”* (Rosa);

Quanto aos docentes, esses acreditam que a escola é um ambiente muito auspicioso para a realização das ações educativas sobre anticoncepção na adolescência, pois complementam a informação das famílias onde ocorre o diálogo

ou quando não há diálogos familiares, pode surgir como um gatilho para instigar as conversas entre pais e filhos. *“Eu acho que esse é o ambiente propício para que se realizem as ações educativas e o complemento da educação em casa. Se há famílias em que ocorre a educação sexual a escola é um complemento e se há famílias em que a conversa sobre sexualidade ainda é um tabu, aqui pode ser a porta inicial.”* (Cristal)

Entretanto, os educadores alertam que as ações educativas devem ser realizadas de maneira adequada, sistemática e agradável, realizado por pessoas com competência para a função de educar para a saúde sexual e de forma que não constranja os educandos. *“Acho muito importante que se realizem as ações educativas, desde que abordados por pessoas preparadas e que não volte a acontecer o fato que ocorreu aqui na instituição há alguns anos atrás, que foi uma coisa feia e malfeita. Constrangeram uma aluna muito tímida e recatada, fazendo-a colocar uma camisinha de vênus em uma prótese peniana durante uma prova de ginca. A menina desatou um choro e foi embora correndo.”* (Opala)

Na fala a seguir, outro participante dos encontros focais dos docentes, complementa a fala do colega, ressaltando que a necessidade de serem realizadas atividades educativas em educação reprodutiva por pessoas preparadas, se deve ao fato de haverem adolescentes em diferentes fases do desenvolvimento; e, a absorção do conhecimento é muito heterogênea, pois varia muito de acordo com as diferentes realidades e experiências vividas por cada aluno. *“É muito importante que a abordagem desses alunos seja realizada de maneira não constrangedora, pois nossos adolescentes são heterogêneos, estão em diferentes fases de desenvolvimento e cada um vai assimilar a informação conforme a sua realidade.”*(Cristal)

Nessa direção, depreende-se que para ambos os grupos, tanto educadores como educandos, mais importante que sejam realizadas as ações educativas em anticoncepção na adolescência, é a qualidade das mesmas. Para os participantes dos grupos, é importante que se realizem momentos de diálogo e que estimulem o autocuidado dos adolescentes. Entretanto, estes momentos devem ocorrer de maneira natural e não impositivos e constrangedores.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo, permitem argumentar que tanto os adolescentes participantes do estudado quanto os docentes, possuem conhecimentos sobre a anticoncepção, principalmente, por estarem em um ambiente escolar e são frequentemente motivados a realizar pesquisas referentes ao tema. No entanto, estudos sinalizam que o alto conhecimento dos métodos anticoncepcionais dos

jovens não está necessariamente relacionado ao uso mais correto ou frequente dos mesmos⁹. Esse dado, encontra apoio em pesquisas recentes, as quais constataram que apesar de os adolescentes identificarem os métodos contraceptivos, não significa que saibam utilizá-los adequadamente¹⁰.

Conforme demonstrado nos resultados desse estudo, os docentes que fazem parte da rede social dos adolescentes, ainda se deixam influenciar por julgamentos pessoais quando abordados sobre a temática da anticoncepção na adolescência. Dados semelhantes apontam que há entre docentes um despreparo técnico aliado à falta de informações recentes sobre a temática, vergonha ou o tabu que também os impedem de abordar tranquilamente o tema da sexualidade e prevenções de danos.¹¹ Nesse sentido, é essencial que os docentes que trabalham com adolescentes percebam que a sexualidade é¹², “parte integrante e indissociável da pessoa, não implicando necessariamente em seu aspecto reprodutivo, e que valores sexuais e estilos de vida podem ser vivenciados de modo diferenciado de uma pessoa para outra.”

Os adolescentes demonstraram que sabem que existem muitas opções de anticoncepcionais disponíveis no mercado, mas em virtude das infecções sexualmente transmissíveis, optam pelo condom masculino. Estudos apontam, em convergência com os dados encontrados, que há uma certa predileção pelo preservativo masculino devido à força das campanhas de incentivo à prevenção das IST/AIDS.⁹

Quanto às percepções sobre as ações educativas em anticoncepção na adolescência, os jovens participantes do estudo, defendem que as mesmas são de extrema importância no ambiente escolar, pois possibilitam aos adolescentes um empoderamento frente as decisões que precisam ser tomadas com relação à sua vida sexual. Entretanto, os mesmos alertam que as atividades educativas necessitam transcender os modelos tradicionais e, assim, proporcionar aos alunos, momentos de diálogos, rodas de conversa e reflexões. Essa ideia encontra-se quando estudos indicam que a falta de Educação Sexual que transcende a visão biológica e médica, é um dos principais motivos para a não adesão dos adolescentes à contracepção e sexo seguro¹¹.

Os docentes dessa pesquisa, por sua vez, creem que a escola é um ambiente propício para realização de atividades educativas sobre contracepção na adolescência, pois complementam a informação das famílias onde há diálogos e, se porventura, estes não existirem, podem instigar os diálogos familiares ou tentar amenizar esta necessidade. Essa linha de pensamento, encontra apoio em estudos que alegam que a escola é um espaço apropriado para o desenvolvimento de programas dinâmicos, interativos e que socializam educadores e educandos no trabalho com a temática da sexualidade¹¹.

Todavia, os professores ressaltam que essas ações educativas devem ser realizadas por pessoas competentes e habilitadas para tal função e realizadas de maneira sistemática, contínua e agradável, de modo que não causem constrangimentos ou prejuízos aos educandos. Estudos corroboram justificando que a escola apresenta uma série de dificuldades em cumprir seu papel social e pedagógico, visto que para exercer essa função de orientação sexual é necessário que todo o corpo docente se sinta motivado e preparado para abordar a temática.¹¹

É pertinente inferir que para a resolução da problemática apresentada é fundamental a conscientização e capacitação dos profissionais da saúde frente à necessidade de implementar ações em consonância com as políticas públicas de maneira criativa e inovadora que promovam o vínculo, escuta e diálogo qualificados, como por exemplo a parceria com escolas e famílias para captação de adolescentes.¹⁰ Depreende-se que para ambos os grupos, docentes e adolescentes, mais importante que a realização de atividades educativas no ambiente escolar, é a qualidade das mesmas.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde tem sido um desafio no âmbito escolar, sobretudo quando se trata de ações educativas em anticoncepção na adolescência e que possam contribuir para que os jovens se empoderem de um conhecimento transformador na formação de bons hábitos de vida.

Nesse sentido, a realização desta pesquisa, permitiu apreender as percepções da comunidade estudantil, neste caso, docentes e discentes do ensino médio, sobre as ações educativas em anticoncepção na adolescência. O grupo dos adolescentes, demonstrou que há uma compreensão a respeito da importância da realização das mesmas, pois os jovens necessitam ser capacitados para tomarem as decisões mais acertadas sobre sua vida sexual; entretanto, desejam que os profissionais atuantes transcendam aos modelos tradicionais de educar para a saúde, proporcionando-lhes momentos de diálogos, rodas de conversas e reflexões providas de significado. Entre os docentes, estes expressaram necessidade de maior preparo do corpo docente para trabalhar com a temática da sexualidade e anticoncepção, visto que uma abordagem inadequada pode causar constrangimentos e prejuízos aos educandos.

Destaca-se a importância dada pelos adolescente e educadores, dessa pesquisa, à qualidade das ações educativas oferecidas aos estudantes para que possam gerar resultados positivos em suas vidas. Essa preocupação evidencia que não basta oferecer ações educativas sobre anticoncepção na adolescência se as mesmas não alcançarem os propósitos almejados. Então, é necessário valer-se de

métodos possíveis que conseguem adesão dos estudantes.

Considera-se como limitações deste estudo a impossibilidade da participação de todos os docentes e estudantes envolvidos no processo educativo da instituição de ensino proposta, bem como, a não adesão dos pais na pesquisa realizada. Sugere-se, nessa direção, pesquisas que incluam toda a comunidade escolar na abordagem à temática da sexualidade e contracepção, ou seja, docentes, discentes e pais dos estudantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas.** 2ª Edição. Brasília; 1996.

BOUZAS, I; TAKEY, M; EISENSTEIN, E. **Orientação contraceptiva na adolescência: critérios médicos de elegibilidade.** Adolescência e Saúde. Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.23-30, 2013.

KEMPFER, S.S; FRAGA, S.M.N; MAFRA, T.J, HOFFMANN, A.C.S; LAZZARI, D.D. **Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado.** Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online. Rio de Janeiro, v.4, n.3, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Multiplicador: adolescente.** Brasília, 2002.

BORGES, A.L.V; NICHATA, A.L.V; SCHOR, N. **Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, v.14, n.3, p.422-7, 2006.

VIEIRA, L.M; SAES, S.O; DÓRIA, A.A.B; GOLDBERG, T.B.L. **Reflexões sobre anticoncepção na adolescência no Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, v.6, n.1, 2006.

BACKES, DS; COLOMÉ, JS; ERDMANN, RH; LUNARDI, VL. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas.** Revista o Mundo da Saúde. São Paulo, v.35, n.4, p. 438-442, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo, Editora Edições 70, 2011.

ALMEIDA, M.C.C; AQUINO, E.M.L; GAFFIKIN, L; MAGNANI, R.J. **Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia.** Revista de Saúde Pública. Salvador, v.37, n.5, p. 566-575, 2003.

FIEDLER, W.F; ARAÚJO, A; SOUZA, M.C.C. **A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes.** Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.24, n.1, p.30-37, 2015.

SOUZA, M.M; DEL-RIOS, N.H.A; MUNARI, D.B; WEIRICH, C.F. **Orientação Sexual: Conhecimentos e necessidades de professores de um colégio público de Goiânia – GO.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Internet, v.10, n.2, p.460-471, 2008.

MOIZÉS, J. S; BUENO, S.M.V. **Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental.** Revista Escola de Enfermagem USP. São Paulo, v. 44, n.1, p.205-212, 2010.

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS VÁRZEA - PATOS DE MINAS, MG

Data de aceite: 22/11/2019

Patos de Minas – MG

Henrique Takeshi Pinto Emi

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Ana Clara Costa Garcia

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Brenda Viana Valadares

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Caíque Mortati Martins da Silva

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Milla Cristie Rodrigues Costa

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Virgínia Fernandes Fiúza

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Isadora Sene

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Marisa Costa e Peixoto

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

Giovana Bertoni Palis Samora

Centro Universitário de Patos de Minas
Patos de Minas – MG

João Vítor Resende Andrade

Centro Universitário de Patos de Minas

RESUMO: O leite materno atende plenamente aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e ao crescimento e desenvolvimento adequado de uma criança no primeiro ano de vida, período de grande vulnerabilidade para saúde da criança. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Objetivando verificar a prevalência atual do aleitamento materno exclusivo até os seis meses na população de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Várzea, na cidade de Patos de Minas – MG, o presente estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2017. Foram entrevistadas por meio de um questionário individual semiestruturado com perguntas fechadas 28 mães que frequentam esta unidade de saúde. A partir da análise dos dados obtidos, das 28 crianças analisadas, 13 (46%) receberam aleitamento exclusivo até os seis meses, enquanto 15 (54%) introduziram algum outro tipo de leite, água ou chás antes dessa idade. Entretanto, observou-se que grande parte dos motivos de desmame precoce

relatados são modificáveis. Conclui-se que há necessidade de realização de projeto de intervenção direcionado à promoção do aleitamento materno na comunidade estudada.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Desmame. Promoção da saúde.

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN THE COVERAGE AREA OF THE UBS VÁRZEA – PATOS DE MINAS, MG

ABSTRACT: Breast milk fully addresses the nutritional, immunological, and psychological aspects and the growth and proper development of a child in the first year of life, a period of great vulnerability to the child's health. Given this, the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health recommend exclusive breastfeeding (EBF) for six months and supplemented up to two years or more. Aiming to verify the current prevalence of exclusive breastfeeding up to six months in the population covered by the Primary Health Care Unit in Várzea, in the city of Patos de Minas - MG, this study was conducted from August to November 2017. interviewed through a semi-structured questionnaire with closed questions 28 mothers attending this health unit. From the analysis of the obtained data, of the 28 children analyzed, 13 (46%) received exclusive breastfeeding until six months, while 15 (54%) introduced some other type of milk, water or teas before this age. However, it was observed that most of the reasons for early weaning reported are modifiable. It is concluded that there is a need for an intervention project directed to the promotion of breastfeeding in the studied community.

KEYWORDS: Breastfeeding. Weaning. Health promotion.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno costuma ser classificado em: aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; aleitamento materno predominante - leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; aleitamento materno - quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos; aleitamento materno complementado - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar; aleitamento

materno misto ou parcial quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Graças a pesquisas de âmbito nacional é possível constatar que, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início da década de 80, os índices de aleitamento materno no país vêm aumentando gradativamente, mas ainda se encontram aquém do considerado satisfatório (JONES *et al.*, 2003).

Apesar da escassez de dados sobre a tendência da amamentação no Brasil anteriores à década de 70, estudos regionais mostram que essa prática sofreu um considerável declínio nos anos 60 e início dos anos 70 (SOUSA *et al.*, 1975; ZUNIGA; MONTEIRO, 1995).

Já a partir da década de 80, estudos regionais mostraram uma tendência de retorno à amamentação (MONTEIRO *et al.*, 1987; REA *et al.*, 1990).

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 revelou que, apesar de a maioria das crianças brasileiras iniciar a amamentação, a introdução de outros alimentos era frequente logo nos primeiros dias de vida. A duração mediana da amamentação estava muito aquém do desejado, sendo de 134 dias (LEÃO *et al.*, 1989).

Estudo comparando estimativas nacionais da frequência de aleitamento materno (independente do recebimento de outros alimentos) evidenciou uma tendência ascendente da amamentação no Brasil entre 1974 e 1989, com sua duração mediana aumentando de 2,5 para 5,5 meses. Essa tendência foi verificada principalmente em áreas urbanas, na região Centro-Sul do País e entre mulheres de maior renda e maior escolaridade (VENANCIO; MONTEIRO, 1998).

Estimativas nacionais provenientes das pesquisas nacionais sobre demografia e saúde confirmaram a tendência de aumento da prática da amamentação, identificando uma duração mediana do aleitamento materno de sete meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997) e 14 meses em 2006 (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2009).

A primeira estimativa nacional fidedigna sobre a frequência do aleitamento materno exclusivo em nosso país é a da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar realizada em 1986 (PNMIPF/1986). Essa pesquisa evidenciou que apenas 3,6% das crianças brasileiras entre 0 e 4 meses de idade recebiam somente leite materno, sem qualquer outro líquido ou alimento. Em face da forma como foi estruturado o questionário alimentar da PNDS/1996, a real frequência do aleitamento materno exclusivo provavelmente foi superestimada, pois para as mães que declaravam ao entrevistador que “davam só peito”, não se perguntava sobre o consumo de água, chá e outros alimentos nas últimas 24 horas (MONTEIRO, 1997).

Analisando a proporção de crianças entre 0 e 4 meses recebendo exclusivamente leite materno ou leite materno acrescido de água, chá ou suco nos inquéritos de 1986 e 1996, Monteiro (1997) verificou aumento de 33,3% para 55,3%. Dados mais recentes, provenientes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006 (PNDS/2006), mostraram prevalência da amamentação exclusiva de 38,6% em menores de 6 meses (SEGALL-CORREA *et al*, 2009).

O Ministério da Saúde coordenou, em 1999, um inquérito sobre amamentação durante a Campanha Nacional de Vacinação em todas as capitais brasileiras (exceto o Rio de Janeiro) e Distrito Federal. Essa pesquisa trouxe contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no País e para a formulação de políticas no âmbito dos estados e regiões analisadas. Verificou-se que a situação da amamentação era bastante heterogênea entre as capitais e regiões do País, sendo baixa a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses (35,6%). A duração mediana da amamentação no conjunto das capitais e DF foi de dez meses.

Verifica-se, portanto, que nos últimos anos têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos.

Foi realizada, em outubro de 2008, a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal – PPAM/Capitais e DF. O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde por meio de convênio firmado junto à Fiocruz, e coordenado por uma equipe composta por pesquisadores do Instituto de Saúde da SES/SP e da Área Técnica de Saúde da Criança do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2009).

Verifica-se que, em relação ao AM na primeira hora de vida, a maioria dos municípios participantes encontra-se em boa situação, com prevalências entre 50% e 89%. Já em relação ao AME em menores de seis meses, a maioria tem situação considerada pela OMS como “razoável”, com prevalências inferiores a 50% (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2009).

Segundo Jones (2003), o aleitamento é fundamental na prevenção de mortes infantis. Estima-se que 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo mundo poderiam ser evitadas pelo AM. Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que tem a amamentação na redução de mortes de crianças menores de 5 anos.

Outra importante função do AM é a proteção contra a diarreia, em especial entre as crianças mais pobres. Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade dessa doença. Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas (VICTORIA *et al.*, 1992).

O aleitamento materno protege contra infecções respiratórias. Além disso, a amamentação diminui a gravidade dos episódios destas. Há também fator protetor contra otites (ALBERNAZ *et al*, 2003; TEEL *et al*, 1989).

Existem ainda diversos outros benefícios causados pelo AM. Vale ressaltar a importância para diminuição do risco de alergias, de hipertensão, colesterol alto e diabetes, redução da chance de obesidade, efeito positivo na inteligência, menores custos financeiros, promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, entre outros (HORTA *et al.*, 2007; HASMA *et al.*, 2005; HORTENSEN *et al.*, 2002).

2 | JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se na importância do aleitamento, já que o leite materno contém anticorpos que são passados para o bebê, protegendo-o contra infecções, alergias, diarreias e outros problemas; além de melhor nutrir a criança e ser um momento de estreitamento de laços mãe/filho. Além disso, justifica-se também na importância de levar informações às mães sobre os benefícios da amamentação, sobre como fazê-la e os malefícios vindo do desmame precoce, cujo os índices no Brasil encontram-se alarmantes. Juntamente a isso, é imprescindível a orientação sobre os cuidados gerais do RN como forma de prevenir consequências indesejáveis e risco de acidentes para as crianças.

3 | OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo deste projeto é verificar a epidemiologia atual da amamentação da população de abrangência da UBS Várzea, na cidade de Patos de Minas– MG. Será analisado o aleitamento materno com a quantificação da sua frequência, identificação do período de desmame e o motivo de tal interrupção. Visa-se também, fornecer instruções para as lactantes sobre a importância do aleitamento materno, dicas para sua maior eficácia, bem como instruir sobre cuidados gerais do recém-nascido. Com isso, o objetivo geral desse Projeto de Saúde no Território é atuar de maneira a aumentar o índice de aleitamento materno e melhorar o cuidado com o RN, na população abrangida, para diminuir, conseqüentemente, possíveis complicações na saúde da criança.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar, por meio de um questionário, o perfil epidemiológico da amamentação de crianças com até dois anos de idade da Unidade Básica de Saúde

Várzea.

- Sensibilizar mães sobre as vantagens do leite humano em relação às fórmulas artificiais.
- Ampliar as discussões sobre o aleitamento materno com as lactantes, incluindo a demonstração da técnica correta de amamentação, o tempo indicado desse aleitamento exclusivo e instruções a respeito da complementação alimentar dos lactentes.
- Instruir sobre a idade indicada para acontecer o desmame juntamente com as consequências para o bebê.
- Explicar maneiras de prevenir problemas mamários relacionados à amamentação.
- Ensinar aspectos gerais de cuidado com o recém-nascido.
- Ampliar a adesão das mães aos exames de triagem neonatal e à puericultura.

4 | REVISÃO DA LITERATURA

Sustenta-se que a amamentação é um fator de prevenção da mortalidade infantil, devendo ser iniciada precocemente, apontando a relevância do contato pele a pele para a prevenção de hipotermia e sustenta em seu estudo que o aleitamento materno de forma exclusiva auxilia nos mecanismos metabólicos do recém-nascido (TOMA E REA, 2008).

Zerger E Graziontin (2008), cita em seu estudo que há uma relevante importância em aprofundamentos nas pesquisas sobre os benefícios do aleitamento materno para a criança, e que o aleitamento materno não é somente fonte de nutrição, mas também é considerado um “remédio” natural para a saúde da mãe, associado ao prazer da amamentação reduzindo riscos no pós-parto e puerpério.

O vínculo emocional da amamentação é tão grande que sua autoestima é elevada e a amamentação se torna motivo de orgulho, além das vantagens na diminuição da carga de trabalho com a preparação da alimentação do bebê, a recuperação física do pós-parto é mais rápida, o vínculo afetivo é estimulado, o leite no peito não estraga, está na temperatura ideal, o custo de uma dieta para a mãe que amamenta é inferior ao custo de alimentar um bebê com leites industrializados, não há necessidade de gastos com utensílios para alimentar o bebê, e os gastos com consultas médicas, remédios, exames laboratoriais e hospitalizações são reduzidas tendo as mães e seus bebês mais saudáveis (ZERGER E GRAZZIOTIN, 2008).

Segundo Cruz E Dalozzo (2008), o aleitamento materno não é somente uma fonte de nutrição para a criança, mas um ato de afeto físico e carinho para com o

corpo da mãe, pelo qual sacia a fome e fornece fonte de amor, proteção e segurança possibilitando tranquilidade e confiança para gerar adultos mais seguros.

BARBOSA E SCHNONBERGER (1996) descrevem que o leite materno possui cerca de cento e sessenta substâncias representadas por proteínas, gorduras, carboidratos e células. Proteínas: Entre as proteínas encontramos caseína, lactoglobulina, lactoferrina, albuminas e globulinas. O conteúdo do leite humano em proteínas é de cerca de 1/3 do conteúdo do leite bovino.

Uma alimentação muito rica em proteínas, como seria a alimentação à 15 base de leite de vaca, causaria uma excessiva perda de água, através da urina, e uma maior tendência à desidratação. A qualidade das proteínas do leite humano também é digna de nota: elas são mais bem digeridas, de maior valor nutritivo, mais adequadas ao desenvolvimento da criança, menos alergizantes e com funções anti-infecciosas mais acentuadas, de acordo com os estudos realizados por DAVANZO (1989).

O Ministro da Saúde ressalta a importante participação e envolvimento de toda sociedade, inclusive de empresas para o auxílio do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, adotando medidas com o apoio de salas exclusivas para amamentação, capacitação para profissionais de saúde e destaca o esforço do Ministério da Saúde em manter e favorecer a cultura de aleitamento materno presente em toda a sociedade, refere que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) a Estratégia Saúde da Família (ESF) e toda a 22 rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizam campanhas, ações e orientações as mães para o aleitamento materno seja desenvolvido permanentemente (BRASIL, 2014).

A amamentação previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Mas mesmo nos países mais desenvolvidos o aleitamento materno previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o aleitamento materno poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano. (CHEN; ROGAN, 2004). Um estudo demonstrou que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. (EDMOND *et al.*, 2006)

Há fortes evidências de que o leite materno protege contra a diarreia, principalmente em crianças mais pobres. É importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. Oferecer à criança amamentada água ou chás, prática considerada inofensiva até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses. (BROWN *et al.*,

1989; POPKIN *et al.*, 1992)

A maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de 3 anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade (DEWEY, 2003). É possível também que haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno, ou seja, quanto maior o tempo em que o indivíduo foi amamentado, menor será a chance de ele vir a apresentar sobrepeso/obesidade. Entre os possíveis mecanismos implicados a essa proteção, encontram-se um melhor desenvolvimento da autorregulação de ingestão de alimentos das crianças amamentadas e a composição única do leite materno participando no processo de “programação metabólica”, alterando, por exemplo, o número e/ou tamanho das células gordurosas ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica. Foi constatado que o leite de vaca altera a taxa metabólica durante o sono de crianças amamentadas, podendo esse fato estar associado com a “programação metabólica” e o desenvolvimento de obesidade. (HAISMA *et al.*, 2005).

5 | METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal, realizada a partir de entrevista com base em questionário semiestruturado direcionado às mães de crianças de até 2 anos, em visitas domiciliares no período de agosto a novembro de 2016.

5.2 Local da pesquisa

Os locais para realização da pesquisa foram a Unidade de Atenção Primária à Saúde ‘Várzea’ e a residência dos participantes que preenchem os critérios de inclusão.

5.3 Participantes, critérios de inclusão e exclusão

A amostra inicial era de 42 mães ou responsáveis das crianças de até dois anos de idade. Porém, desse total, 14 não foram entrevistadas; ou por terem se mudado, ou por dificuldade de serem encontradas em casa. A proporção de mães e filhos da idade almejada pelo estudo foi de 1:1.

Os critérios de inclusão foram: mães ou responsáveis de crianças de até 2

anos de idade; que aceitem participar da pesquisa e respondam o questionário a ser aplicado, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídas da pesquisa os responsáveis que não foram localizados em suas residências; pessoas que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; pessoas com dificuldade de entendimento do questionário.

5.4 Instrumento utilizado

A avaliação foi realizada por meio de entrevista dos pesquisadores deste trabalho, tendo como base um questionário individual semiestruturado com perguntas fechadas.

O modelo de questionário utilizado foi o seguinte:

1. Nome:

2. Idade:

3. Escolaridade: () Analfabeta () Ensino Básico () Ensino Secundário () Ensino Superior

4. Profissão:

5. Estado civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva

6. Nº de filhos:

7. Amamentou anteriormente? () sim () não

8. Foi informada sobre o aleitamento materno durante a gravidez? () Sim ()

Não

9. Se sim onde? () Centro de Saúde () Privada () Hospital/Maternidade () Curso de preparação para o parto.

10. Quando deve ser iniciada a amamentação? () Dentro da 1ª hora de vida logo que a mãe e o bebê estejam prontos () Depois da 1ª hora de vida () A hora do início não é importante.

11. Atualmente está amamentando? () Sim () Não

12. Se Não, porque deixou de amamentar?

13. Se Sim, qual o tipo de aleitamento? () Exclusivo (apenas leite materno) () Predominante (leite materno, e também água ou chás) () Misto (leite materno e leite artificial ou papas e sopas)

14. Teve ajuda na primeira mamada? () Sim () Não

15. Ofereceu chupeta ao bebê na Maternidade? () Sim () Não

16. Assinale como amamenta o seu filho?

() Dou a mama quando ele tem fome

() A mamada termina quando ele quer parar

() Mama até não querer mais duma mama e depois oferece a outra

() Mama de 3-3horas

() Mama 10 minutos em cada mama

() Está sempre a mamar

5.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados pelos próprios alunos pesquisadores. A coleta foi realizada na UAPS Várzea.

6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

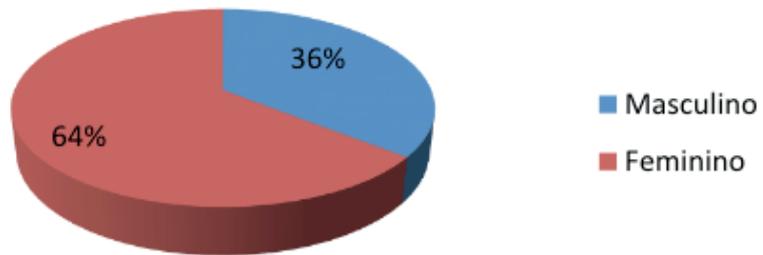
Foram entrevistadas 28 mães ou responsáveis pelas crianças de até dois anos residentes das microáreas abrangidas pela Unidade Básica de Saúde Várzea, sendo 18 (64%) do gênero feminino e 10 (36%) do masculino.

Das 28 crianças analisadas, 13 (46%) receberam aleitamento exclusivo até os seis meses, enquanto 15 (54%) introduziram algum outro tipo de leite, água ou chás antes dessa idade. Esse resultado vai de acordo com o encontrado por Venancio *et al.* (2010) que avaliou a prevalência do Aleitamento materno exclusivo (AME) em todos os estados brasileiros, no qual essa prática representou 41% da amostra analisada.

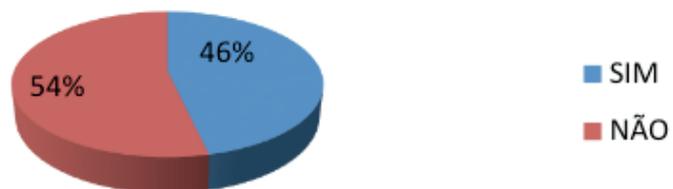
Com relação ao aleitamento materno exclusivo e à escolaridade materna, verificou-se que 53% das mulheres que apresentavam ensino básico ofereceram o leite materno exclusivo para seus bebês por um período inferior a seis meses. Das mães com ensino secundário, 33% ofereceram AME por um período inferior a seis meses. Ademais, 50% das mulheres que apresentavam grau de escolaridade universitária ofereceram o leite materno exclusivo para seus bebês por um período inferior seis meses. Segundo Vitor *et al.* (2010), a prática da amamentação é mais comumente observada entre as mães com maior escolaridade, o que está de acordo com as mulheres do ensino básico e secundário do nosso estudo, mas contradiz com as de nível superior, o que pode ser explicado por um pequeno número amostral, prejudicando uma melhor análise quantitativa.

Os motivos referentes ao desmame precoce foram: não aceitação do bebê (31%), deficiência orgânica (23%), aspecto cultural (23%), fissuras e rachaduras da mama (15%) e trabalho materno (8%), o que condiz com os principais motivos também relatados pelos autores Araújo *et al.* (2008) e Prado *et al.* (2016).

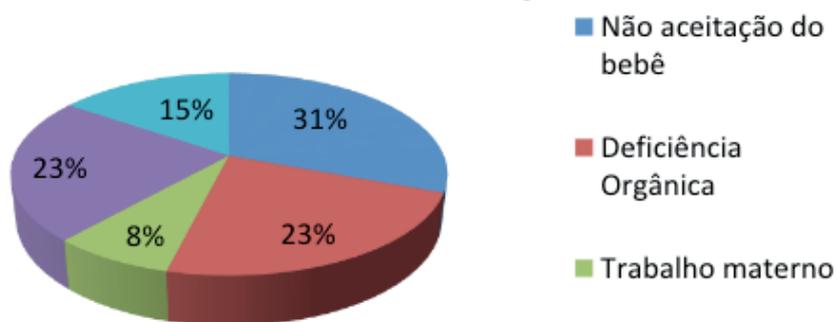
Gênero das Crianças



Aleitamento Exclusivo até 6 meses



Motivo desmame precoce



	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses)	9 53%	3 33%	1 50%
Aleitamento materno exclusivo (6 meses ou mais)	8 47%	6 67%	1 50%
Total	17 100%	9 100%	2 100%

TABELA 1 – Relação entre o aleitamento materno exclusivo e a escolaridade materna na amostra estudada.

7 | CONCLUSÃO

Nota-se que a maioria das mulheres da amostra trabalhada (54%) não fez a amamentação exclusiva até os seis meses. Porém, grande parte dos motivos citados para desmame precoce é modificável e, portanto, deve-se realizar ações contínuas e sistemáticas na população-alvo com o intuito de conscientizar sobre a importância do AME.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. **Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal**. Rev. Saúde Pública, [S.l.], v. 37, p. 37, 2003.

BARBOSA, T.C; SCHNONBERGER, M.B.. **Importância do aleitamento materno no desenvolvimento oral**. Tópicos em fonoaudiologia. São Paulo : Lovise, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação**. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde**. Volume 1. Brasília, DF, 2011.

HAISMA, H *et al.* **Complementary Feeding With Cow's Milk Alters Sleeping Metabolic Rate in Breast-Fed Infantis**. Journal of Nutrition. v. 135, p.1889-1895, 2005.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. **Tendência secular a desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996)**. Revista de Saúde Pública, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 52S-61S, 2000b.

RICCO, R.G.; SANTORO, J.R.; ALMEIDA, C.A; DEL CIAMPO, L.A. **Atenção à saúde da criança e puericultura**. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 1-4.

SANTOS, A. P.; CORDEIRO, E. L.; SILVA, J. M.; SILVA, L. S. R.; SANTIAGO, S. R. V. **Cuidados maternos com recém-nascidos no âmbito domiciliar: revisão de literatura**. Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO/Campus Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

TOMA, T.S.; REA, M.F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 24, nº 2. p. 235-246, 2008

AUTOEFICÁCIA NO ALEITAMENTO MATERNO EM ADOLESCENTES DO NORTE BRASILEIRO

Data de aceite: 22/11/2019

Edficher Margotti

Universidade Federal do Pará, Docente da Faculdade de Enfermagem, Belém, Pará.

Nara Thassiana Viegas

Universidade Federal do Pará, Graduanda da Faculdade de Enfermagem, Belém, Pará.

RESUMO: Este estudo teve por objetivo avaliar a autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes, atendidas em hospital amigo da criança na capital Belém. Estudo analítico descritivo, com delineamento transversal, de cunho quantitativo. Participaram adolescentes entre 13 a 19 anos de idade, responderam um questionário socioeconômicos e antecedentes obstétricos e aos quatro meses de pós parto responderam a Breastfeeding Self-Efficacy Scale short-form. Foram Incluídos: neonatos com idade gestacional acima de 36 semanas e peso ao nascer >2.500g; nascimentos sem intercorrências e que no momento da alta hospitalar, estivessem sendo amamentados exclusivamente ao peito. Os resultados evidenciaram elevada autoeficácia em amamentar 81,66% e mostraram que as adolescentes se sentem confiantes no ato de amamentar. Isso nos leva a conclusão de que

as adolescentes possuem alta eficácia na amamentação, provando que mesmo possuindo baixa faixa etária, estão cientes da importância do aleitamento materno para seus bebês. Ao fazer uso dessa escala, tem-se a oportunidade de conhecer os motivos que contribuem para o desmame precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; autoeficácia; adolescentes.

SELF-EFFECTIVENESS IN BREASTFEEDING IN ADOLESCENTES OF NORTH BRAZILIAN

ABSTRACT:The aim of this study was to evaluate the self - efficacy of breastfeeding among adolescent mothers, attended at a child - friendly hospital in the capital city of Belém. Descriptive, cross - sectional, quantitative study. Participants were adolescents between 13 and 19 years of age, answered a socioeconomic questionnaire and obstetric history and at four months postpartum responded to the Breastfeeding Self-Efficacy Scale short-form. Included were: neonates with gestational age above 36 weeks and birth weight > 2,500 g; Uninterrupted births and that at the time of hospital discharge, they were exclusively breastfed. The results showed a high self-efficacy in breastfeeding 81.66% and showed

that the adolescents feel confident in the act of breastfeeding. This leads us to the conclusion that adolescents have high efficacy in breastfeeding, proving that even when they are of low age, they are aware of the importance of breastfeeding for their babies. When using this scale, the opportunity of knowing the reasons that contribute to the early weakness.

KEYWORDS: Breastfeeding; Self-efficacy; Adolescents.

1 | INTRODUÇÃO

Uma mãe adolescente pode estar se sentindo muito jovem ou imatura para assumir a maternidade principalmente por defrontar-se com alterações provocadas pela gravidez, que afetam sua auto-imagem e auto-estima (ARAÚJO,2011).

A adolescente apresenta falta de competência emocional e amadurecimento da personalidade para assumir a maternidade. A gravidez também neste momento apresenta riscos biológicos e socioeconômicos que podem trazer agravos à saúde no ciclo gravídico puerperal (MESQUITA, 2011).

Nem sempre as mães adolescentes estão preparadas para cuidar de seus bebês de forma adequada e suprir suas necessidades, especialmente nos primeiros meses de vida, onde o ato de amamentar é de extrema importância para o bom desenvolvimento da criança e do relacionamento materno infantil (SILVA,2011).

O aleitamento materno (AM) é altamente nutritivo, podendo suprir todas as necessidades alimentares do infante durante os 4-6 primeiros meses de vida. De 6 a 12 meses fornece $\frac{3}{4}$ das proteínas de que carece a criança e daí em diante permanece como valioso suplemento proteico à dieta infantil. Além desses elementos, o leite materno contém açúcar, gorduras, sais minerais e vitaminas (REZENDE,2012).

O leite materno é constituído principalmente de água, proteínas, carboidratos, vitaminas, lipídios, íons e os anticorpos (imunoglobulinas), ou seja, contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento infantil (GYTON,2012).

Há evidências no trabalho de Boccoline (2011) de que a duração da amamentação está associada ao tipo de parto. Crianças nascidas por cesariana eletiva tem risco de serem desmamadas ao final do primeiro mês de vida.

Para Margotti (2014) os fatores de risco para autoeficácia no aleitamento materno foram: escolaridade (mulheres com estudo de até 8 anos), as primigestas e o fato de nascer em instituição não credenciada como Instituição Hospital Amigo da Criança.

Os nascimentos de crianças em hospitais com o título de Amigo da Criança, de modo geral, aumentam a probabilidade de elas se manterem em aleitamento materno exclusivo por mais tempo (SAMPAIO,2011).

A mãe que trabalha fora do lar e o escore de Edimburgo (escala que mede sinais

e sintomas preditivos à depressão pós parto), se mostram como fatores de risco para amamentação exclusiva aos 2 e 3 meses de vida do bebê (MARGOTTI,2016).

O uso de chupeta pode reduzir o número de mamadas, as crianças deixam de serem amamentadas em livre demanda, levando à diminuição do estímulo para manutenção da produção de leite (BASTIAN,2015).

A autoeficácia consiste ainda na confiança ou expectativa da mulher com relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar com êxito seu filho. A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)* e a versão abreviada short-form (*SF*), já validada no Brasil (DODT,2012), é um instrumento utilizado para mensurar essa confiança materna em amamentar.

Os conhecimentos sobre o desempenho das mães adolescentes em relação à amamentação são ainda controversos. Há questionamentos a respeito se estas jovens mães estão fisiologicamente preparadas para amamentar e se o aleitamento poderia acarretar efeitos deletérios para o crescimento e o desenvolvimento da própria adolescente, apresentando a prática da amamentação nesta população como uma fantasia, como um projeto irrealizável.

Considerando-se o reconhecimento crescente da importância do aleitamento materno entre as mães adolescentes, justifica-se a busca em explorar o assunto, com o objetivo de avaliar a autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes, atendidas em um hospital amigo da criança na capital Belém.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico descritivo, com delineamento transversal, de cunho quantitativo.

A primeira razão para se conduzir uma pesquisa quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características. Esta técnica de pesquisa também deve ser usada quando se quer determinar o perfil de um grupo de pessoas, baseando-se em características que elas têm em comum.

Estudo desenvolvido nas unidades de Alojamento Conjunto (AC) da Maternidade Santa Casa de Misericórdia do Pará, referência na área de saúde pública do Estado. Essa instituição foi escolhida pelo fato não só de atender uma demanda significativa, com média de 650 partos / mês, mas por ser credenciado com o Hospital Amigo da Criança pelo Ministério da Saúde por ser uma instituição de referência em Saúde Materna Infantil, localizada na Capital Paraense.

Foi realizado numa população de 120 mães adolescentes (13 a 19 anos de idade) que amamentaram exclusivamente seus filhos desde o nascimento, na

maternidade até o momento da alta hospitalar.

Critérios de Inclusão: Mães de neonatos com idade gestacional acima de 36 semanas; residentes em zona urbana; neonatos com peso ao nascer >2.500g; nascidos de parto normal ou cesáreo (sem intercorrências) em ambos e que estivessem em aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta hospitalar.

Critérios de Exclusão: Mães de crianças prematuras (idade gestacional menor de 36 semanas); residentes em zona rural; gemelares, com baixo peso ao nascer (<2.500g); crianças de mães soropositivas para o vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV); crianças com mal formações congênitas e para adoção.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, um contendo dados socioeconômicos e antecedentes obstétricos e a *BSES-SF*.

A primeira etapa ocorreu na maternidade, as gestantes foram pré-selecionadas, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Explicado o projeto, entregue e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, caso aceitassem em participar do projeto e então iniciou-se a coleta de dados: nome completo, idade, data de nascimento, endereço completo e telefone, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, número de gestações\filhos anteriores, número de abortos, amamentação no peito de filhos anteriores e se possuiu companheiro.

A segunda etapa se deu aos quatro meses de vida dos bebês, quando se manteve contato com as mães adolescentes, por telefone, e aplicado a *BSES-SF*.

As visitas domiciliares ocorriam caso houvesse dificuldade em contatar a mãe por telefone.

Neste estudo optou-se pela forma abreviada (*short form*) da *BSES*, para melhor conveniência das participantes, que é constituída de 14 itens que varia de 1 a 5 pontos cada um. Esses itens abordam duas categorias de domínio: Técnica (8 itens) e Pensamentos Intrapessoais (6 itens). Cada item é avaliado de acordo com uma escala de concordância (tipo *Likert*) com a seguinte pontuação: 1. discordo totalmente, 2. discordo, 3. às vezes concordo, 4. concordo e 5. concordo totalmente. De modo que se pode obter um escore total variável de 14 a 70 pontos. A eficácia identificada através da escala foi distribuída de acordo com as pontuações obtidas a partir do somatório de cada item: eficácia baixa (14 a 32 pontos); eficácia média (33 a 51 pontos) e eficácia alta (52 a 70 pontos) (DODT, 2012).

Após a coleta de dados, os valores foram organizados por meio de tabelas e gráficos de forma que viabilizem a análise em excelência.

Para análise descritiva, os dados serão apresentados mediante frequência absoluta e relativa, descrições em média (desvio padrão) ou mediana (intervalo interquartil), e moda, conforme a simetria das variáveis.

Este projeto e conseqüentemente os dados aqui mostrados, foram retirados do projeto original, denominado “O Desmame Precoce e a escala *Breastfeeding*

Self Efficacy- Short Form aplicada nos hospitais conveniados ao Sistema único de Saúde (SUS) da capital de Belém e região metropolitana”.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque, revisada em 2008, respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais (Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012) e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará - UFPA, sob o parecer de nº 1.259.717, de 06 de outubro de 2015.

3 | RESULTADOS

Na tabela 1 observa-se que, a faixa etária de 16, 18 e 19 anos foi predominante entre as participantes da pesquisa com 87 (72,49%) mulheres. Quanto à escolaridade verifica-se que, 57 (47,5%) mulheres possuem o 1º grau incompleto, seguida das mulheres que possuem o 2º grau completo (n = 25; 20,83%). A renda mensal das participantes mostrou-se baixa, com 41 (34,16%) mulheres com renda de até 1 salário mínimo, seguido de mulheres com renda entre 1 e 2 salários mínimos (n = 29; 24,16%). A maioria das participantes da pesquisa afirmou ser amasiada (n = 71; 59,16%). Poucas mulheres afirmaram trabalhar fora de casa, apenas 8 (6,66%) onde também 8 (6,66%) trabalham com carteira assinada.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
13 Anos	3	2,5
14 Anos	7	5,83
15 Anos	9	7,5
16 Anos	28	23,33
17 Anos	14	11,66
18 Anos	31	25,83
19 Anos	28	23,33
Escolaridade		
1º Grau completo	10	8,33
1º Grau incompleto	57	47,5
2º Grau completo	25	20,83
2º Grau incompleto	24	20
3º Grau incompleto	3	2,5
Não informou	1	0,83
Estado civil		
Solteira	45	37,5
Casada	4	3,33
Amasiada	71	59,16
Ocupação		

Do lar	73	60,83
Estudante	16	13,33
Outros	3	2,5
Não informou	28	23,33
Trabalha fora de casa		
Sim	8	6,66
Não	102	85
Não informou	10	8,33
Carteira assinada		
Sim	8	6,66
Não	79	65,83
Não informou	33	27,5
Renda		
Até 1 Salário	41	34,16
1 a 2 Salários	29	24,16
2 a 3 Salários	18	15
3 a 5 Salários	3	2,5
Sem rendimento	2	1,66
Não informou	27	22,5

Tabela 1 - Distribuição de frequência das participantes da pesquisa, segundo o perfil sociodemográfico.

Fonte: Dados resultantes da pesquisa Original

A tabela 2 mostra a distribuição de frequência das participantes da pesquisa segundo o perfil gestacional. Verifica-se que há diferença significativa entre a frequência de mulheres quando questionadas sobre o primeiro filho, de modo que, 92 (76,66%) afirmaram sim e 28 (23,33%) mulheres afirmaram não.

Do total de 28 mulheres que afirmaram ter tido outros filhos, 20 (71,66%) tiveram 1 filho, e 6 (21,42%) tiveram 2 filhos e 2 (7,14%) disseram ter 3 filhos anteriormente.

Variáveis	n	%
Primeiro Filho		
Sim	92	76,66
Não	28	23,33
Nº de filhos anteriores		
1	20	71,42
2	6	21,42
3	2	7,14
Amamentou no peito os filhos anteriores		
Muito	19	67,85
Pouco	7	21,42
Sem Informação	2	7,14
Bebê mamou na sala de parto ou dentro das seis horas de vida		

Sim	107	89,16
Não	13	10,83

Tabela 2 - Distribuição de frequência das participantes da pesquisa, segundo o perfil gestacional.

Fonte: Dados resultantes da pesquisa Original

Observou-se que a maioria (n= 65;55%) dos recém nascidos são representados pelo sexo feminino, enquanto que 45% representam o sexo masculino.

Verificou-se que, no Apgar 1º minuto 81 (67,5%) recém-nascidos apresentou valor 9 e no Apgar 5º minuto a frequência de crianças com Apgar de valor 9 aumentou para 114 (95%).

No tocante ao tipo de parto, foi observado que a maioria realizou parto vaginal (n = 85; 71%), mostrando que, apesar da cultura moderna ao parto cesáreo, representado por 29% (n = 35) das adolescentes, o parto normal ainda é exercido de forma expressiva.

A maioria das adolescentes apresentaram entre 38 e 40 semanas de gestação (n = 55; 45,83%), 12 delas (10%) tiveram de 36 a 37 semanas de gestação e 53 (44,16%) tiveram gestações com mais de 41 semanas.

Com relação às consultas de pré-natal, 5,51% das adolescentes não realizaram o pré natal, 44,09% realizaram de 1 a 5 consultas, 41,73% realizaram de 6 a 10 consultas e 8,66% realizaram mais de 11 consultas de pré natal.

O presente estudo apontou que 69% incentivam ao aleitamento, alguns companheiros representados por 19%, ainda não estimulam o AME, preferindo as fórmulas infantis ou a alimentação mista. Alguns dos motivos relatados pelos mesmos são a facilidade de preparo e de administração das fórmulas lácteas, o fato de acharem que a sucção da criança não é eficaz e outros por não terem contato com a mãe. Ainda há 12% em que a mãe não possui contato com o pai da criança.

Ponderando que os resultados indicaram predominância de elevada autoeficácia em amamentar 81,66%, representada pelos escores entre 52 a 70 pontos na escala da *BSES- SF* e mostrando que as adolescentes se sentem confiantes no ato de amamentar. A média autoeficácia foi detectada em 18,33%, as quais obtiveram pontuação entre 33 a 51 pontos, e nenhuma das adolescentes lactantes apresentou baixa autoeficácia, escores entre 14-32 pontos.

Escore da Breastfeeding no Hospital	n	%
Baixa Eficácia (14 a 32 pontos)	0	0
Média Eficácia (33 a 51 pontos)	22	18,33
Alta Eficácia (52 a 70)	98	81,66
Total	120	100

Tabela 3 - Distribuição de Participantes da pesquisa, segundo o escore da *Breastfeeding Self Efficacy- Short Form* no Hospital.

Fonte: Dados resultantes da pesquisa Original

A Tabela 4 mostra os itens da escala *BSES- SF*, com ênfase nos itens de menor e maior pontuação. Percebe-se que os itens que apresentam maiores pontuações entre as mulheres foram: “Eu consigo sempre amamentar o meu bebê quando ele pede” (92,5%) e “Eu consigo sempre garantir que o meu bebê faz uma boa pega durante toda a mamada.” (84,2%). Por outro lado, os de menores pontuações foram: “Eu consigo sempre amamentar o meu bebê esvaziando uma mama antes de passar à outra mama.” (26,6%) e “Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebê em todas as mamadas” (19,16%).

Item	Nada Confiante		Pouco Confiante		Às vezes Confiante		Confiante		Muito Confiante	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Eu consigo perceber se o meu bebê está a receber leite suficiente.	15	12,5	16	13,33	9	7,5	12	10	68	56,66
2. Eu consigo sempre lidar com sucesso a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	5	4,17	5	4,17	5	4,17	22	18,3	83	69,16
3. Eu consigo sempre amamentar o meu bebê sem ser necessário dar-lhe suplemento.	9	7,5	3	2,5	2	1,6	8	6,6	98	81,8
4. Eu consigo sempre garantir que o meu bebê faz uma boa pega durante toda a mamada.	3	2,5	6	5	6	5	4	3,3	101	84,2
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação.	2	1,6	14	11,66	10	8,33	10	8,33	84	70
6. Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebê esteja a chorar.	8	6,66	11	9,16	10	8,33	13	10,8	78	65
7. Eu posso sempre continuar a desejar amamentar.	1	0,8	1	0,8	2	1	18	15,8	98	81,66
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a o meu bebê quando estão presentes outros membros da família	12	10	4	3,33	7	5,83	4	3,33	91	76,83
9. Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	0,8	5	4,17	18	15,8	32	26,6	64	53,3

10. Eu consigo sempre lidar bem com o fato de a amamentação poder consumir tempo.	2	1,6	1	0,8	2	1,6	27	22,5	88	73,33
11. Eu consigo sempre amamentar o meu bebê esvaziando uma mama antes de passar à outra mama.	32	26,6	20	16,66	21	17,5	11	9,16	36	30
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebê em todas as mamadas.	23	19,16	5	4,17	2	1,6	3	2,5	87	72,5
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebê quando ele pede.	1	0,8	1	0,8	3	2,5	4	3,3	111	92,5
14. Consigo sempre identificar quando meu bebê acabou de mamar.	5	4,17	4	3,3	4	3,3	7	5,83	100	83,33

Tabela 4 - Distribuição dos itens da BSES-SF segundo as respostas das adolescentes lactantes atendidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia.

Fonte: Dados resultantes da pesquisa Original

4 | DISCUSSÃO

Filhos de mães com mais idade mamaram por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos de mães mais novas, pois as mesmas podem, também, sofrer mais influências de familiares e pessoas que lhes são próximas quanto às práticas que possam favorecer o desmame precoce (MARGOTTI, 2014), não ficando evidenciado em nosso trabalho, pois mesmo com baixa faixa etária, as adolescentes apresentaram elevada autoeficácia no AM.

A interrupção do processo de escolarização tem sido apontada como uma das muitas rupturas que se dão na vida da adolescente que engravida (FROTA,2009). Nas adolescentes do presente estudo, parece que isso não se aplica, visto que a maioria delas tem o segundo grau completo. Mas mães com maior nível de instrução tendem a amamentar por mais tempo e apresentar uma autoeficácia satisfatória no aleitamento materno, talvez por terem maiores possibilidades de acesso às informações sobre as vantagens do aleitamento materno (MARGOTTI,2014).

Quanto menor a renda familiar, mais precoce é a interrupção do AM (SOUZA,2008), entretanto, Mascarenhas (2006) verificou que mães com rendas familiares menores possuíram menor risco para o desmame precoce, devido às dificuldades encontradas pelas mesmas para adquirir alimentos comercializados, passando a oferecer o aleitamento natural por um período mais longo.

Mulheres casadas ou amasiadas podem se sentir mais confiantes em relação ao aleitamento materno, ressaltando-se que a figura paterna pode ser elemento preditor tanto para o início quanto para a duração da amamentação (MAZZA,2016;MARANHÃO,2015). Tanto o apoio social e econômico como o emocional e o educacional parecem serem muito importantes, sendo o companheiro

a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio, atuando como colaborador na manutenção e apoio do AM e, conseqüentemente, favorecendo a introdução tardia de suplementos alimentares (DANTAS,2013). A situação conjugal é outro traço característico do grupo das adolescentes em estudo, que vivem, em sua maioria, em união consensual, quase 60% delas, sendo que dessas, quase 70% das adolescentes referiu que o companheiro, estimula, supervisiona e incentiva o aleitamento materno, indo de encontro aos achados dos autores citados anteriormente, levando as jovens a alcançar uma eficácia no AM e assim mantendo o aleitamento materno, pelo apoio recebido dos companheiros.

Quanto à ocupação, a necessidade de antecipar a inserção no mercado de trabalho para contribuir com o sustento e a sobrevivência da família também concorrem para o abandono do AM (BENGOZI, 2008). A ocupação da mãe constitui um fator de risco associado ao tempo de AM. As mães adolescentes que se denominam como do lar, não ficam comprometidas com a amamentação, o que pode ser considerado como fator de proteção para o AME (MARGOTTI, 2014), observamos que mulheres que trabalham fora do lar criam uma expectativa de amamentar por menos tempo, tendem a ficar mais preocupadas com a adaptação da criança e oferecem precocemente a mamadeira

Considerando as adolescentes que citaram alguma experiência anterior em amamentar, 67,85% delas, alegam ter amamentado muito, aquém do recomendado, considerando que a amamentação deve ser continuada, após os seis meses com outros alimentos, até os dois anos de idade. Margotti (2014) mostrou que a experiência antecedente de amamentar, sendo um achado benéfico, está associada ao tempo maior de AM, menos dificuldades na sua prática, níveis mais elevados de autoeficácia e duração maior da prática de aleitar ao peito.

A Organização Mundial da Saúde (1998) preconiza que a criança seja amamentada logo após o nascimento, ainda na sala de parto. Se isso não for possível, que a criança seja amamentada, nas seis primeiras horas de vida. Essa iniciativa desenvolvida nos hospitais, em especial nas instituições credenciadas como amigo da criança, possibilita à mãe maior incentivo ao AME, maior prevalência e duração prolongada do aleitamento. Esse contato é importante para o empoderamento da mulher e estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, além de aumentar a duração do AM, sua prevalência hospitais e reduzir a mortalidade neonatal. Para Boccolini (2011), a falta de contato da mãe com o recém nascido logo após o parto pode reduzir a prevalência de amamentação na primeira hora. As adolescentes da pesquisa em questão, em sua grande maioria, quase 90% delas, afirmaram que o bebê mamou na sala de parto ou dentro das seis horas de vida, por consequência, aumentando sua autoeficácia em amamentar.

Uma vez instituído o AM, o tipo de parto não terá efeito relevante sobre a

duração do mesmo (MARANHÃO,2015). Margotti (2014) mostrou em seu trabalho que não foi verificada associação estatística significativa entre o tipo de parto e a duração do AM. Salustiano (2012) diz que a cesariana pode interferir no início da amamentação, no que se refere à disposição da mãe que enfrenta dores e desconfortos do ato cirúrgico, além de dificultar o posicionamento do bebê, em razão do repouso obrigatório da mãe no leito. Contudo, há controvérsias sobre a relação entre desmame precoce e tipo de parto. Em nossos achados, o tipo de parto cesáreo não interferiu na autoeficácia, mesmo por que foi apenas 29% dos partos.

O pré-natal favorece a autoeficácia em amamentação, pois esse acompanhamento beneficia a preparação da mãe e familiares para o AM (MARGOTTI,2014). O pré-natal contribui para o sucesso da amamentação, sendo que as mulheres devem ser informadas dos benefícios dessa prática, das desvantagens do uso de outros leites e técnicas da amamentação, para aumentar a habilidade e confiança da mãe no ato de amamentar (RODRIGUES,2014). As mães adolescentes dessa pesquisa, apresentaram números de consultas de pré natal aceitáveis, acreditando –se que isso tenha contribuído no resultado da autoeficácia materna em aleitar ao peito, verificado aos quatro meses de vida do bebê.

A falta de informações sobre AM durante o pré-natal mostra uma falta de compromisso dos profissionais com esta prática, pois no caso de mães adolescentes este tipo de informação deveria ser ainda mais consistente, já que estas são inexperientes, inseguras e totalmente influenciáveis pelos familiares e suas práticas. Evidencia-se assim a necessidade de um pré-natal diferenciado para adolescentes, em que lhes sejam fornecidas informações e um suporte mais eficiente, que incluam o AM, cuidados com o filho e auto cuidado e a contracepção, para que se evite a reincidência de gestações (FROTA,2009), visto que achamos parturientes adolescentes sem acompanhamento pré natal, no caso em questão, quase 6% não realizaram nenhuma consulta de pré natal .

O papel da família nesse processo tem sido muitas vezes influente e/ou determinante na tomada de decisão da mulher em como amamentar seu filho. A família fornece orientações à mãe sobre a melhor prática alimentar a ser implementada com a criança (SCHIMIDT,2013). O fato de as mães terem o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, exerce uma influência positiva na duração do aleitamento (MARANHÃO,2015).

Os resultados deste trabalho demonstraram que o escore da BSES-SF foi contribuidor ao aleitamento materno. As mães adolescentes, independentemente de sua posição social, encontraram-se confiantes em relação à sua condição de nutriz, aspecto positivo para a manutenção do aleitamento materno, condizendo com trabalhos produzidos por Dodt (2013) e por Margotti (2014), onde mulheres com baixo nível de confiança no aleitamento tem mais risco de interromper a

amamentação do que aquelas com total confiança.

A autoeficácia é um componente da motivação, que está relacionada com a atuação e com a persistência, e que tem um papel importante na aquisição e na mudança de comportamento. No presente trabalho, a maior pontuação no teste da BSES-SF foi primordial para amamentação exclusiva, indo de encontro a achados por Dodt (2012).

Em relação ao item que as adolescentes lactantes apresentaram elevada autoeficácia, predominou a pega do peito e o item referente à sempre dar de mamar quando o bebê pedir. Nossos resultados evidenciam que as mães apresentaram conhecimento quanto aos aspectos técnicos da amamentação, indo de encontro aos achados de um trabalho realizado por Silva (2017) na serra catarinense e diferindo do trabalho de Spindola (2014).

As limitações impostas por vieses podem estar sujeitas em qualquer tipo de estudo. No entanto, as limitações que poderiam ser registradas neste trabalho foram mínimas, uma vez que as perdas de acompanhamento não existiram. Outro destaque foi o fato de que a informação sobre o desfecho, ou seja, sobre o aleitamento materno pode em algum momento ter sido distorcida pela adolescente e promovido a pontuação alterada na escala. Esse fato pode ocorrer ainda que regras claras tenham sido definidas para o preenchimento da escala e para a classificação da exposição e do desfecho: auto eficácia no aleitamento materno. Salienta-se que, se isso ocorreu neste estudo, deve ter atingido indistintamente todas as adolescentes, diluindo a influência do erro da classificação na medida do desfecho.

5 | CONCLUSÃO

A presente pesquisa constatou que as mães adolescentes apresentaram elevada autoeficácia em amamentar, evidenciando um novo conhecimento em relação a esse público específico, o qual é taxado como vulnerável diante do aleitamento materno. A prática da amamentação durante a adolescência nos coloca frente à realidade de serem mães de baixo nível social econômico, em sua maioria e que, associado a outros fatores, requerem atenção diferenciada para que consigam manter o aleitamento materno, de acordo com o que é preconizado.

As adolescentes possuem alta eficácia em amamentar, quebrando muitos paradigmas que as envolvem. Provando que mesmo possuindo baixa faixa etária e baixo nível de escolaridade, essas mães estão cientes da importância da amamentação. Os resultados indicaram que as mães apresentaram maior adesão aos itens relacionados à técnica da amamentação. Por outro lado, a menor adesão foi referente a esvaziar uma mama antes de passar à outra e continuar a amamentar o bebê em todas as mamadas, demonstrando a necessidade dos profissionais

trabalharem esses aspectos buscando manter a confiança das adolescentes em amamentar e, conseqüentemente, as taxas de aleitamento materno.

Essas conclusões apontam que o enfermeiro como profissional educador responsável pela assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal, necessita intensificar o investimento em estratégias de educação em saúde com grupo de gestantes e puerperais no intuito de capacitá-las sobre todos os aspectos que envolvem a amamentação e, em especial, para a manutenção da confiança de adolescente em amamentar.

REFERÊNCIAS

Araújo CIS, Lima FCR, Moita GWSB, Rocha SS, Santos TMMG. **A mãe adolescente e o cuidado ao recém-nascido.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.3, p.14-19, Jul-Ago-Set. 2011.

Bastian DP, Terrazan AC. **Aleitamento materno e desmame precoce.** Nutrire. 2015 Dec;40(3):278-286

Bengozi TM, Oliveira MMB, Dalmas JC, Rossetto EG. **Aleitamento materno entre crianças de até quatro meses. Jardim Santo Amaro de Cambé – PR.** Cienc Cuid Saude. 2008; 7(2): 193-8.

Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcelos AGG. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.** Rev Saúde Publica. 2011; 45(1):69-78.

Dantas ALB, Rocha SS, Coêlho IM, Araújo RA. **Vivências de mães adolescentes após o nascimento do filho.** R Interd [Internet] 2013 [acesso em 2016 Abr 28]; 6(3):195-203. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/12>

Dotd RCM, Ferreira AMV, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes LB. **Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album.** Texto Contexto Enferm. 2013; 22(3):610-8.18.

Dotd RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB, Dennis CL. **Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in a brazilian sample.** JNEP. 2012;2(3):66-73.

Frota MAF, Mamede ALS, Vieira LJES, Albuquerque CM, Martins MC. **Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4): 895-901.

Gyton AC. **Fisiologia Humana.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2012

Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.** Cad Saúde Colet [Internet]. 2015 [acesso em 2016 maio 30];23(2):132-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414462X-cadsc-23-2-132.pdf>

Margotti E, Epifanio M. **Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale.** Rev Rene. 2014; 15(5):771-9.

Margotti E, Matielo R. **Fatores de risco para o desmame precoce.** Rev Rene. 2016 jul-ago; 17(4):537-44.

Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil.** J Pediatr (Rio J.) [serial on the Internet]. 2006 Aug [cited 2010 Jan 13]; 82(4): 289294.

Mazza VA, Silva DI, Gonçalves JB, Mantovani MF, Tararhuch RZP. **Representações sociais das nutrizes adolescentes sobre a amamentação.** J res fundam care online [Internet] 2015 [acesso em 2016 Abr 28]; 7(2):2405-2414.

Mesquita ALP, Fontes BFS, Filho HBO, Lopes LGF, Gonçalves MT, Moreira SRG. **Trajetória de mulheres que vivenciaram a gravidez/maternidade na adolescência.** Rio SMP. Mental. 2011; 9(16):303-26.

Rezende J. **Obstetrícia fundamental. – 12 ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2012.**

Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. **Fatores pré-natal e puerpério na autoeficácia em amamentação.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(2) Abr/Jun 2014.

Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. **Factors associated with duration of breastfeeding in children under six months.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(1):28-33.

Sampaio PF, Moraes CL, Reicheheim ME, Oliveira ASD, Lobato G. **Nascer em Hospital Amigo da Criança: fator de proteção ao aleitamento?** Cad Saúde Pública. 2011; 27(7):1349-61.

Schimidt TM, Lessa NMV. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno realizadas em cidades do vale do aço.** Nutrir Gerais. 2013;7(13):1044-56

Silva KMS, et al. **Aleitamento materno: conhecimentos das gestantes sobre a importância da amamentação na Estratégia de Saúde da Família.** R.bras ci Saúde 21(2):111-118,2017.

Silva OS, Moraes MS. **Caracterização de Parturientes adolescentes e de seus conhecimentos sobre amamentação.** Arq Ciência Saúde. 2011 jan-mar; 1891):28-35.

Souza EL, Silva LR, Sá ACS, Bastos CM, Diniz AB, Mendes CMC. **Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad Saúde Pública 2008; 24(5): 106270.

Spindola T, Oliveira ACFC, Cavalcanti RL, Fonte VRF. **Amamentação na adolescência: história de vida de mães primíparas.** J res fundam care online [Internet] 2014 [acesso em 2016 Abr 28]; 6(1): 414-24.

World Health Organization. Division of Reproductive Health. **Delay Childbearing.** Safe Motherhood, World Health Day, 7 April 1998. Arquivo 98.04.

CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Data de aceite: 22/11/2019

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara

Universidade Regional do Cariri

Iguatu – Ceará

Francisca Evangelista Alves Feitosa

Universidade Regional do Cariri

Iguatu - Ceará

Camila Almeida Neves de Oliveira

Universidade Regional do Cariri

Iguatu - Ceará

Maria Regilânia Lopes Moreira

Universidade Regional do Cariri

Iguatu - Ceará

RESUMO: Violência contra a mulher constitui-se como um considerável problema de saúde, que além de acarretar altos custos ao sistema de saúde, requer atendimento integral e humanizado prestado por equipe multiprofissional em rede. Isso demanda um conjunto de políticas articuladas que envolvam gestores e profissionais para o enfrentamento do problema. Com isso o objetivo do presente estudo foi conhecer se os enfermeiros de Unidades de Estratégias de Saúde da Família estão capacitados para lidar com a violência contra a mulher. A pesquisa tem uma abordagem exploratória, descritiva e é de natureza

qualitativa. Foi realizada com enfermeiros da Atenção Primária. Os dados obtidos a partir das questões norteadoras do estudo foram analisados e discutidos em forma de categorias temáticas, favorecendo a correlação entre os discursos dos participantes e a interferência de outros estudos. Nessa perspectiva surgiram as seguintes categorias: aptidão em realizar o atendimento, identificação dos casos, planejamento de ações e dificuldades em lidar. Por fim, espera-se que o estudo contribua para melhoria na educação continuada dos profissionais, uma maior reflexão acerca dos entraves que permeiam o atendimento às mulheres vítimas de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde. Enfermeiro. Violência contra a mulher

NURSING TRAINING OF PRIMARY HEALTH CARE AS A TOOL TO FACE VIOLENCE AGAINST WOMEN

ABSTRACT: Violence against women constitutes a considerable health problem, which in addition to causing high costs to the health system, requires comprehensive and humanized care provided by a multiprofessional network team. This demands a set of articulated policies that involve managers and professionals

to face the problem. Thus, the objective of the present study was to know if nurses from Family Health Strategy Units are trained to deal with violence against women. The research has an exploratory, descriptive approach and is qualitative in nature. It was performed with primary care nurses. The data obtained from the guiding questions of the study were analyzed and discussed in the form of thematic categories, favoring the correlation between the participants' discourses and the interference of other studies. From this perspective, the following categories emerged: ability to perform care, case identification, action planning and difficulties in dealing. Finally, it is hoped that the study will contribute to improving the continuing education of professionals, a greater reflection on the barriers that permeate the care of women victims of violence.

KEYWORDS: Primary Health Care. Nurse. Violence against women

1 | INTRODUÇÃO

Em nível nacional existe uma alta incidência da violência e certamente os impactos desse fenômeno na vida dos indivíduos e das coletividades contribuíram para que essa questão fosse transformada em prioridade na saúde pública mundial. Contudo, dada a sua complexidade, torna-se importante salientar que o processo de enfrentamento da violência perpassa a conscientização e a participação efetiva da sociedade e isso reflete nos serviços de saúde, constituindo-se como um desafio para os profissionais quando convocados a dar atenção ao tema (GARBIN et al., 2015).

Em virtude disso, entende-se a violência como uma questão de saúde pública devido às implicações que causam à saúde humana, desde uma lesão corporal ou sofrimento psicológico até a morte. Sendo, pois, necessária a ação do setor da saúde quanto ao tratamento e prevenção de agravos (SANTOS et al., 2014a).

Em relação à Violência Contra a Mulher (VCM), a Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha, define violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

Visto as sérias consequências, a VCM constitui-se como um considerável problema de saúde que além de acarretar altos custos ao sistema de saúde, requer atendimento integral e humanizado prestado por equipe multiprofissional em rede. Isso demanda um conjunto de políticas articuladas que envolvam gestores e profissionais para o enfrentamento do problema em todo o território nacional, uma vez que apresenta inúmeras repercussões para a saúde e qualidade de vida das mulheres e suas famílias (CORTES et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Diante desse cenário, visualiza-se a importância de profissionais da saúde capacitados para atuar na prevenção e redução do ciclo da violência, bem como

evitar o gravo de casos simples. Para isso, torna-se fundamental o conhecimento das articulações dos serviços em rede a fim de oferecer maior fluidez e eficácia no atendimento. Entretanto, a violência é pouco identificada nos serviços de saúde e subnotificada, mascarando a gravidade da situação. É também considerada como um problema de extrema dificuldade para ser abordado (SILVA et al., 2017).

Dessa forma, cabe ao enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional, desenvolver o processo de cuidado desde o diagnóstico de enfermagem relacionado a situação de violência até o acompanhamento das demandas e do desfecho da denúncia na vida da mulher e de sua família. O enfrentamento da situação exige um olhar e uma escuta diferenciada com o desenvolvimento de ações individuais e coletivas em diferentes âmbitos. O enfermeiro, por gerenciar o cuidado e de maneira geral fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços é um profissional-chave na discussão da assistência à mulher vítima de violência (VIEIRA et al., 2013).

Em vista disso, o enfermeiro da Atenção Primária a Saúde (APS), por estar próximo das pessoas, precisa estar atento, ter conhecimento e estar preparado para lidar com as questões da VCM, por isso surgiu a seguinte pergunta: o enfermeiro da APS está capacitado para lidar com a VCM? Com isso o objetivo do presente estudo foi conhecer se os enfermeiros de Unidades de Estratégias de Saúde da Família estão capacitados para lidar com a violência contra a mulher.

2 | MÉTODO

A pesquisa tem uma abordagem exploratória, descritiva e é de natureza qualitativa. A pesquisa exploratória propicia uma maior familiaridade com o problema, uma vez que o torna mais explícito, facilitando o levantamento de hipóteses. Já as pesquisas descritivas objetivam descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. A pesquisa qualitativa foi aplicada neste estudo a partir do entendimento que essa abordagem expande o esquema explicativo ao trabalhar com um mundo de significados, interesses, crenças, valores e costumes, compreendendo o espaço das relações, processos e fenômenos não capturados por outros tipos de abordagens (GIL, 2002; MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2008).

O cenário de coleta de dados foi as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Iguatu/CE, entre os meses de março a maio de 2019. O município conta com um total de 31 ESF, sendo 13 estratégias na zona rural e 18 na zona urbana. Considerou-se como critérios de inclusão no estudo, todos os

enfermeiros da APS lotados na zona urbana que estejam atuando na unidade por um período mínimo de seis meses. Já os critérios de exclusão, foram enfermeiros (as) afastados de suas atividades por motivo de férias, licença ou doença no período de coleta de dados. Da amostra total foi feita a coleta de dados com 14 enfermeiros, os não participantes um foi por férias, outro licença maternidade, um estava há menos de 6 meses na unidade e outro não aceitou participar.

A coleta de dados foi instrumentada, inicialmente, pela aplicação de questionário sociodemográfico. O questionário era composto pelas seguintes informações: iniciais do participante, idade, sexo, estado civil, tempo de formação, tempo de atuação no ESF e vínculo empregatício. Em seguida, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, contendo questões subjetivas referentes aos objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada mediante encontro previamente agendado com os participantes, respeitando a disponibilidade de cada um. Ela ocorreu no próprio ambiente de trabalho deles, em dias úteis da semana, em sala confortável, para assegurar sigilo e confidencialidade das informações. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra para que nenhuma informação fosse perdida, visando melhor interpretação do diálogo, assegurando assim, fidedignidade das informações e enriquecimento da coleta de dados

A análise temática do conteúdo foi a adotada neste estudo. Ela divide-se em três fases: fase de pré-análise, fase de exploração do material e a fase de tratamento e interpretação dos resultados obtidos. A partir de leituras exaustivas, as ideias análogas presentes nos trechos das falas dos participantes foram destacadas. A fase de exploração do material possibilitou o recorte de elementos comuns dos depoimentos transcritos, constituindo-se categorias. Assim, nesta fase, primeiramente foram buscados os temas que constituíram as unidades de registro. Após encontrar estas unidades, determinou a categoria temática. Na última fase, tratamento dos dados obtidos e interpretação, buscou-se propor inferências e interpretações acerca dos resultados, retomando o objetivo do estudo. Assim, os recortes anteriores foram analisados com base na literatura correlata (MINAYO, 2014).

Destaca-se que antes do início da etapa de geração de dados, os participantes foram informados acerca dos objetivos e procedimentos metodológicos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os que concordaram em participar assinaram este termo em duas vias, ficando uma com cada participante e a outra com a pesquisadora. Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados mediante o nome de flores. O presente estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Regional do Cariri – URCA, com CAAE 07564319.3.0000.5055 e parecer número 3.247.305.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa foram 14 enfermeiros da APS que trabalham na zona urbana do município de Iguatu-Ce. Os dados obtidos a partir das questões norteadoras do estudo foram analisados e discutidos em forma de categorias temáticas, favorecendo a correlação entre os discursos dos participantes e a interferência de outros estudos. Nessa perspectiva surgiram as seguintes categorias:

3.1 Categoria 1: Aptidão em realizar o atendimento

A partir dos achados também se pôde analisar sobre as práticas do atendimento e da assistência a mulher vítima de violência, uma vez que esta categoria se propõe a discutir sobre a aptidão do enfermeiro em realizar o cuidado. As falas abaixo trazem alguns relatos dos entrevistados sobre isso:

“Sim,[sei o que fazer] sei que tenho que acolher essa mulher, orientar e encaminhar se houver necessidade”. (margarida)

“A gente fica sem saber qual rumo, qual encaminhamento a gente vai dar. As vezes a gente[fica] meio sem saber o que fazer pra ajudar essa mulher enquanto profissional. Então eu não sei...[o que fazer] Eu acho que só na hora a gente sabe se a gente se sente capaz ou não”. (orquídea)

“É porque o atendimento nosso é assistencial: chegou, você não vai entrar na questão social. A mulher pode até nos dizer, mas compete a gente [testar para] um VDRL, um HIV... Para ver como é que tá, entendeu?” (lótus)

“Não [sei] tanto porque, apesar da gente já ter tratado, é muito complexo, mexe com muitas coisas, [com] questões também sociais e, as vezes, a gente se vê de mãos atadas para resolver”. (lavanda)

A partir dessas falas, foi possível perceber que o atendimento ofertado por alguns profissionais limita-se ao cuidado biológico pautado na cura da doença, por ter um entendimento que adentrar no assunto da VCM é algo pessoal e que não compete a ele e sim a assistência social e a justiça.

Algo que também merece atenção e está relacionado diretamente com a qualidade dos cuidados prestados às vítimas de violência, se refere aos sentimentos e convicções pessoais do enfermeiro. Ou seja, o atendimento às diferentes situações torna-se difícil ao passo que suas crenças, valores, preconceitos podem interferir na sua postura ética e no julgamento profissional (OLIVEIRA et al., 2015).

Assim, para que os profissionais realizem essa abordagem adequada é preciso a qualificação da escuta, pois a partir dela, com uma atitude de aproximação, torna-se possível o cuidado e apoio no enfrentamento da violência (ZUNCHI, et al., 2018).

3.2 Categoria 2: Identificação dos Casos

A insegurança e sensação de falta de preparo experimentada pelos profissionais resultam em não identificação de VCM na ESF e a consequente não notificação de casos na sua rotina de trabalho. Os trechos a seguir retratam essa realidade:

“Já, não, não notifiquei porque as pessoas não querem, a mulher nega, não quer e assim, deu vontade, mas a pessoa se negava, eu sabia que era, mas ela não aceitava e acabei não notificando”. (lírio)

“Não, não fiz notificação porque assim, a gente sempre sabe de alguma comentário mas assim oficialmente alguém chegar pra você e te falar não. É uma das perguntas inclusive que a gente faz no pré-natal no cartão do pré-natal tem a pergunta, se ela sofre algum tipo de violência, mas sempre dizem que não”. (girassol)

“Sim, não notifiquei, a gente peca por ser omissos, mas o que eu fiz, eu chamei a assistente social para ela dar encaminhamento no processo. A gente pode pecar por duas coisas ou omissão ou por negligência”. (lótus)

“Não, até agora nenhuma procurou não. Não.” (rosa do deserto)

Percebe-se assim, que em muitas situações o profissional chega perto de desvendar a violência, porém por falta de capacitação acaba por direcionar para o modelo biomédico, desconsiderando o principal problema envolvido muitas vezes que é o social, envolvendo questões de gênero.

Vale ressaltar, que a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra as mulheres são considerados obrigatórios para todos os serviços públicos e privados, sendo assim, cabe aos profissionais de saúde notificar quaisquer casos de violência ainda que a vítima ou a família discorde. A notificação é um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição, pois faz o registro sistematizado dos dados possibilitando definição de prioridades nas políticas públicas (FREITAS et al., 2017).

Sabe-se que existem entraves que colaboram para a subnotificação discutidos na literatura: a inexistência de regulamentos que direcionem o fluxo dos atendimentos de saúde dentro da rede, a falta de articulação dos diferentes setores dessa rede, a insegurança da notificação e o medo de sofrer represálias pelo agressor (PEREIRA et al., 2014; NETTO et al. 2016).

3.3 Categoria 3: Planejamento de Ações

Quando os participantes da pesquisa foram indagados sobre o interesse pessoal no tema, a maioria das respostas obtidas foi que têm interesse no tema. Entretanto, com a ressalva de dois entrevistados, a maior parte dos profissionais nunca realizou planejamento algum de ação sobre a VCM, conforme se vê abaixo:

“Não, nunca realizei”. (margarida)

“Não, porque a população não participa até mesmo as do pré-natal que tenho 25 gestantes e planejo alguma atividade se vier 10 vem muito”. (tulipa)

“Não, no máximo falo eu falo com as agentes de saúde quando observo nas consultas quaisquer sinais de violência, peço para a agente de saúde”. (Amarílis)

Percebe-se que há um interesse sobre a temática por parte dos enfermeiros, porém percebe-se através das falas que os mesmos não realizam ações na comunidade sobre a temática, fato este que está diretamente ligada à falta de capacitação dos profissionais, uma vez que, além de não terem o conhecimento, também não se motivam a realizar tais ações que são de fundamental importância para a comunidade, pois levaria o conhecimento à comunidade e certamente isso iria favorecer o relato de violência por parte da população como também facilitaria a identificação da violência pelo profissional, favorecendo uma melhor assistência.

Isso é necessário porque, na maioria das vezes, a VCM é naturalizada pelo senso comum e faz parte da vida cotidiana do profissional enfermeiro, podendo interferir no atendimento, sobretudo em situações que o profissional acaba incentivando a passividade feminina mediante discursos de “tenha paciência” e ou “não bata de frente”. Isso ocorre por conta da construção social, marcada por ideais de uma sociedade machista e patriarcal, em que os conhecimentos e atos reconhecem essa submissão (AMARIJO, 2017).

É importante salientar que durante as capacitações sobre VCM é necessário considerar a dualidade pessoal-profissional do enfermeiro, trabalhando a desconstrução de preceitos auto impostos a ele em sua criação, sensibilizando-o enquanto pessoa para depois capacitar a nível profissional (KIM; MOTSEI, 2002).

3.4 Categoria 4: Dificuldades em Lidar

Nessa categoria traz-se sobre algumas dificuldades encontradas diante desse fenômeno, diante complexidade em lidar com a VCM, a maioria dos enfermeiros relataram possuir dificuldade em identificá-la, de fazer a mulher falar e de como abordar os casos:

“Um pouco porque a gente identifica só que a mulher nunca quer são exposições a gente fica como se não pudesse fazer nada, era melhor nem ter visto, se fica aquela preocupação e isso que a gente fica com esse pensamento”. (violeta)

“Eu acho que acaba tendo um pouco de dificuldade em lidar com a violência assim por a gente de certa forma está exposta na comunidade todo dia que sabem, conhecem a gente e acaba que sabe que você denunciou aí você corre algum risco também de sofrer alguma violência”. (girassol)

“Não seria assim não tanto dificuldade é mais puxar da paciente que ela fale, muitas vêm pra mim querendo ajuda psicológica, dizendo que tá passando por

um momento difícil, um estresse na família e queria uma ajuda psicológica e a gente encaminha para o psicólogo para ver se ela fala, para ver se há ajuda”.
(tulipa)

De acordo com os relatos, viu-se a extrema necessidade, principalmente por parte do enfermeiro, de estar preparado para atuar no atendimento a essas mulheres, uma vez que se faz necessário a identificação dos casos e o acolhimento das vítimas, seguidos da construção de vínculos e preservação da privacidade delas. A partir desse momento, se torna necessário traçar intervalos de consultas menores e habilidades para lidar com as diversas situações que podem surgir e referenciar, caso seja necessário.

Embora o enfermeiro seja um profissional que lida diretamente com a mulher no contexto da APS, o caráter complexo da violência gera sentimento de insegurança, frustração, revolta, indignação, medo e angústia nestes profissionais por não conseguirem resolver as situações e por não visualizarem uma resposta e resultados efetivos do atendimento prestado. Além disso, os enfermeiros sentem-se impotentes mediante déficit em abordagem preparatória e de capacitação (SALCEDO BARRIENTOS et al., 2011).

Diante dos achados, percebe-se o quanto se faz necessária a capacitação do enfermeiro, uma vez que isso despertara para a problemática, seguindo por uma sequência que irá favorecer a identificação dos casos, um atendimento qualificado seguido de notificação e encaminhamentos adequados, um melhor planejamento de ações que proporcione conhecimento a população sobre o que é a VCM e que faz parte da saúde e conseqüentemente sanaria as dificuldades em lidar com a temática.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento dos enfermeiros é um fator importante para subsidiar as reflexões para o planejamento de ações que transformem e fortaleçam assistência uma vez implicaria diretamente nas dificuldades evidenciadas nas práticas assistenciais. Entretanto, o estudo mostrou que muitos desses profissionais encontram-se despreparados para atuar diante dos casos de violência e os principais fatores contribuintes é a deficiência no processo de formação e a falta de oferta de capacitação para esses profissionais.

O enfermeiro como parte integrante da equipe de saúde, deve ter potencial para realizar um atendimento humanizado e integral às vítimas de violência, colaborando não apenas para o diagnóstico precoce dos casos, mas atuando na prevenção dos fatores agravantes, mediante capacitação da equipe e levando conhecimento a comunidade. Verificou-se assim, que este despreparo dos enfermeiros influi

negativamente na assistência. Este fato também se mostrou como uma limitação para o estudo, visto que existir uma barreira invisível na abordagem de temática.

Por fim, espera-se que o estudo contribua para melhoria na educação continuada dos profissionais, uma maior reflexão acerca dos entraves que permeiam o atendimento às mulheres vítimas de violência, e que sirva de base para outros estudos que se proponham a trabalhar com essa problemática de grande relevância para nossa sociedade.

REFERENCIAS

AMARIJO, C. L.; GOMES, V. L. O.; GOMES, A. M. T.; FONSECA, A. D.; SILVA, C. D. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, p.xxx, x de agosto de 2006. Seção x. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/680107/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-08-08-2006>. Acesso em: setembro de 2018.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B.; LANDERDAHL, M. C.; ARBOIT, J. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, p. 15, 2015.

FREITAS, R. J. M.; SOUZA, V. B.; COSTA, T. S. C.; FEITOSA, R. M. M.; MONTEIRO, A. R. M.; MOURA, N. A. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91-97, abr./jun. 2017.

GARBIN, C. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n.6, p.1879-1890, 2015.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KIM, J.; MOTSEI, M. "Mulheres gozam de punição": atitudes e experiências de violência baseada em gênero entre enfermeiras da APS na área rural da África do Sul. **Ciências Sociais e Medicina**, v.54, n.8, p.1243-1254, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 108.

NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; SILVA, G. F.; OENNA, L. H. G.; FIGUEIREDO, A. L. F. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Rev Gaúcha Enferm.**, n.36(esp), p. 135-42, 2016.

OLIVEIRA, P. P.; VIEGAS, S. M. F.; SANTOS, W. J. S.; SILVEIRA, A. A.; ELIAS, S. C. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem Fenomenológica. **Texto Contexto Enferm**, n. 24, v.1, p. 196-203, Florianópolis, Jan-Mar, 2015.

PERREIRA, V. P.; SILVA, M. A.; NETO, C. N. F.; CHAVES, C. V.; BELLO, R. P. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de

Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.7, p. 2255-2264, 2014.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. et al. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avanc Enferm.**, v.29, n.2, p.353-62, 2011.

SANTOS, J.; ANDRADE, R. L.; REIS, L. A.; DUARTE, S. F. P. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 260-270. Salvador- BA, set./dez., 2014.

SILVA, N. N. F.; LEAL, S. M. C.; TRENTIN, D.; VARGAS, M. A. O.; VARGAS, C. P.; CVIEIRA, L. B. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. Foco**. v. 8, n. 3, p. 70-74, 2017.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C.; TERRA, M. G. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**. v. 13, n. 2, p. 197-205, 2013.

ZUCHI, C. Z.; SILVA, E. B.; COSTA, M. C.; ARBOIT, J.; FONTANA, D. G.R.; HONNEF, F. HEISLER, E. D. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **Rev Min Enferm**. 2018.

DESAFIOS PARA O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

Data de aceite: 22/11/2019

Universitário Estácio Juiz de Fora.

Ana Cláudia Sierra Martins

Mestre em Educação - Universidade Estácio de Sá. Especialista em Gestão Materno-Infantil – Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP – FIOCRUZ. Especialista em Enfermagem Obstétrica - Universidade Federal de Juiz de Fora. Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Juiz de Fora.

Cristiane Maria dos Santos Pereira

Enfermeira Graduada em Enfermagem – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.

Dalila Maria de Almeida Souza

Enfermeira graduada em Enfermagem - Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.

Gisele Carla de Oliveira

Pós-graduanda em MBA Gestão de Saúde e Administração Hospitalar – Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora. Enfermeira graduada em Enfermagem - Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.

Leidiléia Mesquita Ferraz

Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde - Universidade Federal Fluminense. Especialização em Saúde da Mulher - Uma Abordagem Multidisciplinar - AVM-RJ. Especialista em Enfermagem do Trabalho – FacRedentor. Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde – Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialização em Programa da Saúde da Família – Universidade Gama Filho. Graduação em Enfermagem – Centro

Mariane Silva Caixeiro

Pós-graduada em Saúde da Família. Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. Enfermeira graduada em Enfermagem - Centro Universitário Estácio Juiz de Fora.

RESUMO: O Departamento Municipal de DST/ Aids, da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora é a referência para 107 municípios da Zona da Mata Mineira. Os casos positivos para o HIV, incluindo as gestantes, são tratados pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), através do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), onde o paciente recebe o acompanhamento por equipe multidisciplinar. O estudo teve por objetivo conhecer os desafios encontrados pelos profissionais do SAE, no acompanhamento das grávidas soropositivas residentes em Juiz de Fora. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, no período de março a maio de 2016, com sete profissionais da equipe multidisciplinar, que atuam no cadastro e no acompanhamento das gestantes. Os dados foram analisados sob a técnica de análise de conteúdo e apresentadas em três categorias temáticas: Conhecimento do PACTG 076; Dificuldades encontradas e Investigação dos

casos de Transmissão Vertical de HIV. Como resultado destaca-se o abandono do tratamento devido à dificuldade das usuárias residentes em outros municípios se deslocarem até Juiz de Fora e a realização da busca ativa pela equipe multidisciplinar, dos casos de abandono. Concluiu-se que a ausência do Comitê de investigação e o acompanhamento dos casos constitui o maior desafio para controle da transmissão vertical do HIV no Município, uma vez que as dificuldades apontadas poderiam ser amenizadas com medidas preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Antirretroviral. Enfermeira. HIV. Transmissão Vertical.

CHALLENGES FOR CONTROL OF VERTICAL HIV TRANSMISSION, IN THE CITY OF JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

ABSTRACT: The Department of STD / AIDS, of the Juiz de Fora city is a reference for 107 municipalities of Zona da Mata Mineira. HIV-positive cases, including pregnant women are used by the Testing and Counseling Center (CTA) through the Specialized Care Service (SAE), where patients receive or follow up with a multidisciplinary team. The study aimed to know the challenges faced by SAE professionals, without accompanying seropositive pregnant women living in Juiz de Fora. A descriptive qualitative research was conducted from March to May 2016, with seven professionals of the multidisciplinary team, who worked in the registration and monitoring of pregnant women. Data were analyzed using a content analysis technique and identified in three thematic categories: Knowledge of PACTG 076; Difficulties encountered and investigation of cases of vertical transmission of HIV. As a result, treatment abandonment or treatment due to the difficulty of users living in other municipalities to travel to Juiz de Fora and active search by the multidisciplinary team of cases of abandonment. It was concluded that the absence of the Investigation Committee and the follow-up of the cases considered the biggest challenge for the vertical transmission of HIV in the city, once the difficulties mentioned can be mitigated with preventive measures.

KEYWORDS: Antiretroviral. Nurse. HIV Vertical Transmission

1 | INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) apareceu na era moderna, anos oitenta, como uma doença grave, assemelhando-se à peste negra e a febre bubônica da idade média. O primeiro caso notificado da doença foi um jovem homossexual norte americano com o quadro clínico de Sarcoma de Kaposi e Pneumonia rara (SANE, 2014; JACKSON, 2004).

Várias pesquisas iniciaram-se na década de oitenta, com o objetivo de descobrir a causa da doença, com destaque para a equipe de Robert Gallo (EUA) e de Luc Montaigner (França), em 1983, por terem isolado o vírus em laboratório,

denominando-o de HTLV III (Vírus Linfotrófico Humano tipo III), nos EUA e LAV (Vírus Associado a Linfadenopatia) na França (BASTOS, 2002; SANE, 2014).

Atualmente, existem dois tipos de vírus HIV – 1 e 2. Por ser mais encontrado pelo mundo, o HIV – 1 é o responsável pela maioria das infecções, sendo virulento e com capacidade de rápida mutação e de ataque nos sistema imune. O HIV-2 está presente na África Ocidental, desde a década de 60, sendo isolado em 1986, entre profissionais do sexo, no Senegal. A transmissão sexual e vertical é considerada lenta, se comparado com o HIV-1 (JACKSON, 2004; SANE, 2014).

A Aids atinge a todos, sendo considerada uma pandemia e um grave problema de saúde pública, por atingir principalmente adultos na fase reprodutiva. A via de transmissão do vírus pode ser a sexual, a endovenosa e a transmissão vertical, sendo esta última a mais preocupante, por comprometer a saúde da mãe e da criança e por acarretar maior risco de complicações na gestação, parto e puerpério, devido a infecções oportunistas (SANE, 2014).

A terapia com os antirretrovirais (ARV) surgiu como proposta de tratamento na década de 90, sendo atualmente utilizada a tríplice terapia, possibilitando aumento da expectativa de vida dos infectados, com melhor qualidade de vida. Devido a essa terapêutica, houve a redução de 20% de novas infecções, em série histórica realizada entre os anos de 2001 a 2011 (UNAIDS, 2012).

No Brasil, o governo criou o Programa Nacional de DST e Aids, em 1985 para gerir a política de combate da epidemia no país. A partir de 1996, assegurou o acesso universal ao tratamento com medicamentos ARV a todos os portadores do HIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilitou a melhoria da qualidade de vida e o aumento da sobrevida dos pacientes com Aids, além de possibilitar a redução da disseminação da epidemia (BRASIL, 2015).

Nos trinta anos de epidemia, o avanços no controle da doença aumentaram. “Após cinco anos do diagnóstico inicial, a probabilidade de essas crianças estarem vivas passou de 24% para 86% entre 1983 e 2007” (BRASIL, 2015, p. 8). Com a introdução da terapia ARV, as pessoas que descobriram a doença em 1996 tiveram uma sobrevida de 58 meses. A epidemia no Brasil é considerada nacionalmente estável e concentrada, isso por que a taxa de detecção de Aids está estabilizada, com cerca de 20 casos a cada 100 mil habitantes, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2015).

No Brasil, houve a redução do coeficiente de mortalidade por Aids em 14%, nos últimos 10 anos, que passou de 6,4 a cada 100 mil habitantes, em 2003, para 5,5 em 2012. O índice anual de mortes provocadas por HIV e Aids no Brasil é menor que a média mundial. As mortes por Aids no país tiveram uma redução da taxa anual de 2,3%, entre 2000 e 2013, enquanto o índice mundial, no mesmo período, foi de 1,5%. Isto se deve ao início precoce da utilização da terapia antirretroviral em

pacientes com Aids (BRASIL, 2015).

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), através do Serviço de Atendimento Especializado, integrado ao Programa Municipal DST/Aids, da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora foi implantado em 28 de setembro de 1996, sendo a referência para 107 municípios da Zona da Mata Mineira. Os casos positivos para o HIV são tratados pelo Programa Municipal de DST/Aids, por meio do Serviço de Assistência Especializada, onde o paciente tem o acompanhamento de médico infectologista, enfermagem (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), psicologia, odontologia, serviço social e acesso aos medicamentos antirretrovirais (JUIZ DE FORA, 2016).

Entre os anos de 2006 a 2009 foram cadastradas 149 gestantes contaminadas pelo vírus HIV, residentes em Juiz de Fora. Destas grávidas, 51,67% descobriram sua situação sorológica antes do acompanhamento pré-natal, e 36,24% durante o acompanhamento pré-natal, sendo possível realizar a quimioprofilaxia para a transmissão vertical (JUIZ DE FORA, 2012).

Porém, no mesmo período, cerca de 6,00% das grávidas descobriram a situação sorológica na hora do parto, dificultando a eficácia da quimioprofilaxia para a transmissão vertical do HIV, reduzindo as chances de prevenção na transmissão vertical. Quando se inicia a terapia antirretroviral, durante a gestação, a transmissão de mãe para o filho pode chegar a menos de 1% (BRASIL, 2015).

Com base no apresentado, o estudo objetiva-se em conhecer os desafios encontrados pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE), ambulatório integrado ao SUS/Prefeitura de Juiz de Fora, destinado ao acompanhamento do portador do vírus HIV e do paciente com AIDS, no acompanhamento das grávidas soropositivas.

E especificamente conhecer o protocolo de tratamento, destacando o uso de antirretroviral fornecido pelo SAE às gestantes, durante o pré-natal, o parto e recém-nato. Destacar e analisar as dificuldades encontradas pelo SAE, para a manutenção do Protocolo de ações de prevenção da transmissão vertical do HIV. Investigar a existência do Comitê de investigação da Transmissão Vertical do HIV e identificar como se dá a investigação dos casos, no município de Juiz de Fora- Minas Gerais.

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e documental realizada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), no período de março a maio de 2016 para se conhecer quais os desafios encontrados pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE), de Juiz de Fora, no acompanhamento das grávidas soropositivas.

Aos sujeitos da pesquisa, profissionais do SAE, Enfermeiro (1), Médico (1), Assistente Social (1), Farmacêutico (1) e Técnico de Enfermagem (1), que atuam no cadastro e no acompanhamento das gestantes soropositivas foi apresentado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e concordância voluntária, e em seguida iniciada a coleta de dados, utilizando o método de entrevista semi-estruturada, gravada em meio digital, mantendo o sigilo da identidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, CAAE 56282016.1.0000.5133.

Após a coleta dos dados, as informações coletadas nas falas dos entrevistados, identificados com o nome de flores, foram classificadas em três categorias temáticas: conhecimento do protocolo PACTG 076, dificuldades encontradas para manutenção do protocolo PACTG 076 e investigação dos casos de transmissão vertical de HIV em Juiz de Fora. A organização e a análise dos dados foram baseadas na análise temática, proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 1977).

Na pesquisa descritiva e documental foi realizada a coleta de dados no livro de cadastro de gestantes em acompanhamento no SAE, no período de 2015, a partir de um questionário de coleta de dados, com destaque para as variáveis: ocorrência do diagnóstico, faixa etária, uso e tipo de antirretroviral e uso no parto.

2 | RESULTADO E DISCUSSÃO

O Protocolo 076 é uma proposta de intervenção profilática proposta por um grupo de pesquisadores americanos e europeus, denominada por PACTG 076 (*Pediatric AIDS Clinical Trials Group*). *Sabe-se que* o uso da Zidovudina® (AZT®) durante a gravidez, trabalho de parto e para o recém-nascido, e a suspensão do aleitamento materno reduzem o risco da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2004).

Por essa razão, ao receber o diagnóstico de positividade para o HIV, a gestante deve ser acompanhada em serviço especializado ou por médico capacitado em terapia antirretroviral e, sempre que possível, ser referenciada para maternidade ou hospital cadastrado para o atendimento de gestantes portadoras do HIV, onde se encontra a Zidovudina® (AZT®) injetável para a parturiente, AZT® solução e fórmula láctea para seu recém-nascido (MINAS GERAIS, 2006).

Com a maior acessibilidade ao pré-natal, o rastreamento para o diagnóstico precoce e o uso de ARV no pré-parto, parto e início da terapia com ARV nos recém-natos, a transmissão vertical do HIV teve um melhor prognóstico e melhor perspectiva de vida para as crianças. Enquanto no início da epidemia a transmissão vertical girava em torno de 25%, hoje, com a intervenção adequada nessas mulheres, a transmissão de mãe para filho pode chegar a menos de 1% (BRASIL, 2015).

Para se obter sucesso na quimioprofilaxia do HIV na transmissão vertical, deve-se realizar a cesárea eletiva (com 38 semanas completas, membranas íntegras e fora de trabalho de parto) para toda gestante soropositiva para o HIV, atendida

no pré-natal, respeitando-se a autonomia da paciente para decidir sua preferência pelo tipo de parto, após ser informada dos conhecimentos atuais sobre transmissão vertical. Porém, a idade gestacional para interrupção eletiva deve ser feita com 38 semanas completas para a gestante com HIV, objetivando reduzir a probabilidade do início de trabalho de parto ou a rotura das membranas (RUOCCO, 2001).

A cesárea de urgência é recomendada para os fetos prematuros, nas pacientes em trabalho de parto e indicação obstétrica de via alta, e naquelas com menos de 4 horas de rotura de membranas. Quando há trabalho de parto, o parto vaginal é realizado, salvo contra-indicações obstétricas, se há trabalho de parto avançado e/ou rotura de membranas além de 4 horas. Nesse caso, está indicado conduzir ativamente o parto com ocitocina, lavar a cavidade vaginal removendo-se mecanicamente seu conteúdo, evitar procedimentos invasivos e toques repetidos, retardar a rotura da bolsa até o período expulsivo, evitar a episiotomia e o parto instrumentado (RUOCCO, 2001).

A administração da Zidovudina® (EV) em todos os casos, independentemente do esquema de tratamento antirretroviral usado pela gestante, na dose de 2 mg/kg/na primeira hora e 1mg/kg/hora subsequente até o nascimento é o mais adequado. A medicação deve ser diluída em 100 ml de soro fisiológico e interrompida após a extração fetal. É importante ressaltar que níveis sanguíneos adequados dessa droga são alcançados apenas se a infusão é iniciada pelo menos 3 horas antes da incisão, no caso de cesárea eletiva (RUOCCO, 2001).

Além disso, deve-se administrar Zidovudina® (solução oral) para o recém-nascido, 2mg/kg cada 6 horas, por 6 semanas, iniciando com 6 a 8 horas de vida. E ainda, contraindicar o aleitamento materno, inibindo a lactação de preferência com medidas clínicas, enfaixamento das mamas, compressas geladas, etc. (RUOCCO, 2001).

Sabe-se que a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto encontra-se aquém do desejável, resultando na administração de Zidovudina® injetável em menos de 60% dos partos do total de mulheres estimadas/ano pelo MS, como infectadas pelo HIV. E ainda, a oferta de AZT® via oral no lugar do injetável. Conseqüentemente, essas dificuldades, nos últimos anos, levaram ao aumento da incidência de casos de Aids em crianças no Brasil (BRASIL, 2006).

As entrevistas foram transcritas e organizadas em três categorias, a partir dos objetivos propostos: a aplicabilidade do Protocolo com a oferta do antirretroviral fornecido pelo SAE às gestantes, durante o pré-natal, o parto e ao recém-nato; as dificuldades encontradas pelos profissionais da SAE, para a manutenção do Protocolo de ações de prevenção e como se dá a investigação da transmissão vertical do HIV, no município de Juiz de Fora/MG.

Ter o conhecimento do Protocolo PCTG 076 é aplicar na prática ações

confiáveis, a partir de evidências científicas sólidas, de profilaxia da Transmissão vertical do HIV em gestantes, minimizando os riscos de transmissão do HIV para o feto/Recém-nascido.

Pôr em prática as ações do referido protocolo é garantir a redução do contágio vertical do HIV. Durante a entrevista realizada com os profissionais do SAE foi perguntado acerca do conhecimento e aplicabilidade do Protocolo PACTG 076.

A genotipagem antes de se iniciar o tratamento com antirretroviral é prioridade dentro da rede de assistência e está indicada para todas as gestantes infectadas pelo HIV, de forma a orientar o esquema terapêutico inicial. Porém, o início do tratamento não deve ser retardado pela não realização desse exame (BRASIL, 2015).

No SAE em Juiz de Fora, o tratamento da gestante é iniciado na décima quarta semana, com o uso dos antirretrovirais Zidovudina®, Lamivudina®, Lopinavir® e Ritonavir®, como é apresentado nos discursos abaixo:

“..início de tratamento, normalmente a gente utiliza a Zidovudina®, Lamivudina®, com Lopinavir® e Ritonavir® que é o coquetel que a gente tem mais experiência de uso” (AZALÉIA).

“Às gestantes são fornecidos o antirretroviral que é o Lopinavir® mais Ritonavir® que normalmente que é chamado de Kaletra e o AZT®, isso em comprimidos (GIRASSOL).

“Bom, os antirretrovirais fornecidos pras gestantes, que a gestante começa a tomar a partir da décima quarta semana e normalmente os antirretrovirais que ela toma é o Biovir® e o Kaletra®” (ROSA).

Porém, segundo Brasil (2015) a associação tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) é a mais adequada para as gestantes infectadas pelo HIV, por ser dose única diária e ser efetiva na atividade contra o vírus da hepatite B, além de ter menor toxicidade quanto ao surgimento de lipoatrofia e toxicidade hematológica associadas à zidovudina (AZT). Quando o esquema com o TDF/3TC não estiver disponível, a associação zidovudina/lamivudina (AZT/3TC) é a segunda opção de escolha (BRASIL, 2014).

“...às gestantes são fornecidos o antirretroviral que é o Lopinavir mais Ritonavir que normalmente que é chamado de Kaletra e o AZT” (GIRASSOL).

De acordo com a ANVISA (2015), durante a gravidez o KALETRA (lopinavir/ritonavir) deve ser usado somente quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos, isto devido aos efeitos adversos e a toxicidade hepática, com quadros de hepatite química.

Dentre as dificuldades encontradas, pelos profissionais entrevistados, para aplicar o Protocolo PACTG 076, destacam-se o cadastramento tardio da gestante portadora do vírus HIV, a falta de planejamento da gravidez de mulheres sabidamente soropositivas e o abandono do tratamento.

Dentre as dificuldades encontradas para a manutenção do Protocolo PACTG 076 a falta de planejamento da gestação faz com que o diagnóstico de HIV/AIDS fosse tardio, dificultando a terapia antirretroviral precoce e levando ao abandono do tratamento, o que pode ser identificado nos discursos abaixo:

“Então, o que acontece, muitas vezes, as gestantes né, elas chegam ao serviço já com um tempo já avançado de gestação” (ORQUÍDIA).

A Rede Cegonha é uma estratégia que objetiva garantir a todas as brasileiras um atendimento seguro e humanizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde o início da gravidez, no pré-natal, no parto e no pós-parto, até a atenção infantil, conforme a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

A gestante deve ser aconselhada quanto a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2015).

Percebe-se nos discursos abaixo que a falta de planejamento da gravidez faz com que as gravidezes sejam descobertas tardiamente, retardando a testagem e diminuindo os benefícios, somado a isso, o abandono do tratamento medicamentoso na gestação são alguns dos desafios encontrados para a prevenção da transmissão vertical do HIV, conforme as falas de Azaleia e Rosa:

“Eu acho que uma das maiores dificuldades é, é realmente essas mulheres planejarem a gravidez e num segundo momento, manterem o tratamento adequado né, por que muita das vezes com o passar do tempo elas abandonam o acompanhamento e o uso da medicação, e ai ficam grávidas sem planejar, ou planejando num segundo momento, mas sem utilizar a medicação” (AZALEIA).

“A maior dificuldade, na minha opinião, é a questão social é, a gente tem muito paciente de fora, de outros municípios que fazem acompanhamento aqui com a gente, e as vezes essas pacientes fazem tratamento irregular, as vezes vem, as vezes abandonam o acompanhamento (ROSA).

Acredita-se que os principais motivos para a pouca adesão ao tratamento esteja relacionado as mulheres dependentes químicas e alcoolistas, ao temor da revelação do diagnóstico na comunidade em que se vive e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2015). É o que se percebe na fala de Rosa:

“A maior dificuldade, na minha opinião, é a questão social é, a gente tem muito paciente de fora, de outros municípios que fazem acompanhamento aqui com a gente, e as vezes essas pacientes fazem tratamento irregular, as vezes vem, as vezes abandonam o acompanhamento. A questão também da paciente que é usuária, dependente química, que não consegue fazer uso da medicação durante a gestação.”

Quanto à investigação dos casos de Transmissão Vertical de HIV em Juiz de Fora, pelos profissionais entrevistados, destaca-se a ausência de um Comitê de investigação, o que fragiliza o monitoramento da transmissão vertical do HIV.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, adotou

mecanismos para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis desde 2000, a partir da notificação de gestante com HIV, através da Portaria nº 993/GM de 04 de setembro de 2000. Isto possibilita a captação e a notificação das gestantes com sorologias positivas para a sífilis e/ou HIV (BRASIL, 2014).

Diante desse contexto, a observação dos dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, a partir da criação de Comitês de Investigação Estaduais e Municipais de transmissão vertical do HIV possibilita o mapeamento dos problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido (BRASIL, 2014).

Os comitês de Investigação objetivam a analisar os eventos relacionados a agravos evitáveis, e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. “Têm atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função educativa, e representam um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde” (BRASIL, 2014, p.04).

Contribui para o monitoramento da aplicação do Protocolo 076 na assistência perinatal, e investigar a continuação do tratamento da criança até o segundo ano de vida e posterior negatificação. Em Juiz de Fora não há Comitê de Investigação de Transmissão Vertical do HIV, ficando o monitoramento da transmissão comprometido pela fragilidade na investigação.

Observando-se as falas de Orquídea e Azaleia percebeu-se que, a investigação em Juiz de Fora é realizada pelo Assistente Social que faz a busca ativa dos casos, confiando na notificação realizada pela Maternidade e aguardando o retorno das puérperas. Quando o retorno não ocorre, aciona-se o Conselho Tutelar e a Vara da Infância a Juventude para continuar a busca o caso.

“ ... a contribuição do serviço social são as buscas ativas, e faz com que estes pacientes retornem ao serviço pra que a importância do acompanhamento e principalmente das crianças” (ORQUÍDEA).

“Bom, as crianças elas são notificadas na maternidade né, onde nascem, e aí posteriormente agente orienta a mulher que ela volte ao SAE para agendar consulta com a pediatra que tem, pra fazer as cargas virais e o acompanhamento, normalmente até um ano e oito meses, dois anos. Agora, quando a mãe não retorna no SAE e a gente sabidamente conhece que a gestante já esteve aqui e não é a primeira vez que ela engravida, aí a gente pede o conselho tutelar que vá atrás dessa puérpera, no caso né, muitas das vezes até a enfermagem liga convocando” (AZALÉIA).

No caso da Transmissão Vertical do HIV, os comitês de investigação contribuem para a reunião de “instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada” (BRASIL, 2014, p.05).

Com a participação de todos os atores envolvidos, torna-se mais fácil identificar os problemas encontrados para a aplicação do Protocolo 076, visando a melhoria da

qualidade na vigilância dos casos de crianças positivas e na melhora da assistência no rastreamento (BRASIL, 2014).

O Comitê utiliza um instrumento de investigação, um protocolo que permitirá identificar as possíveis falhas na prevenção da transmissão vertical, podendo aprimorar as ações assistenciais e de vigilância epidemiológica, o que permitirá a laboração de políticas públicas voltadas para a redução da Transmissão Vertical, visando sua redução e possível eliminação (BRASIL, 2014).

Na fala de Rosa ela afirma que a investigação da transmissão vertical é feita de modo informal, multidisciplinar e objetiva-se a diminuir os casos de não adesão ao tratamento da criança.

“É, não, não existe. Essa investigação é feita por nos profissionais, mas de uma forma é, como posso dizer, indireta, que a gente tenta ver onde houve essa falha, em qual momento essa gestante não fez uso da medicação, por esse motivo mesmo de abandono, não aceitação e pra gente tentar fazer uma abordagem multidisciplinar com o intuito de diminuir esses casos de não adesão. Mas assim, o comitê formal não existe, essa investigação é feita de forma informal em conjunto com o medico, assistente social, a gente tenta melhorar essas ações pra que isso diminua” (ROSA).

A puérpera deverá ser acompanhada até a definição de situação imunológica. Porém, percebe-se haver a diminuição da participação da mulher ao tratamento, principalmente “o não comparecimento a consultas agendadas em serviço de referência para HIV, quando o diagnóstico é feito na maternidade. O comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando-se mão de busca ativa, se necessário” (BRASIL, 2014, p. 05).

Na fala de Violeta observou-se que o SAE realiza o acompanhamento na gestação, com seguimento para a criança até os dois anos:

“Isso ai é do nosso serviço aqui, é através do acompanhamento medico durante a gestação e depois do bebe com a pediatra, que ela pede o exame do CD4, carga viral, e vai acompanhando a criança até os dois anos de idade para dar alta” (VIOLETA).

Segundo dados da UNICEF, grande parte das crianças soropositivas com idade até 12 contraíram o vírus através da transmissão vertical. Esse tipo de transmissão, desde que haja acompanhamento e tratamento adequado, é facilmente reduzível quase zero.

3 | CONCLUSÃO

No município de Juiz de Fora, as gestantes HIV positivas e seus respectivos filhos têm atendimento assegurado pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE), ambulatório integrado ao SUS/Prefeitura de Juiz de Fora, destinado ao acompanhamento do portador do vírus HIV e do paciente com AIDS. Esse serviço

foi criado em 1996 em atenção à preocupação com o aumento dos números de infectados com o vírus e, sobretudo, com o crescente número de transmissão vertical observado na região.

A preocupação com a transmissão vertical do vírus da AIDS no município advém do fato da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora admitir que 70% dos novos casos são representados por indivíduos do sexo feminino. Associado a esses dados, temos questões como falta de planejamento da gravidez e falta de informações quanto ao Protocolo PACTG 076.

Os maiores desafios constatados também estão ligados à questão social das gestantes e o fato de muitas morarem em outros municípios, a continuidade do tratamento torna-se algo dificultoso e muitas abandonam o acompanhamento. Também agravante e contribuinte para esse abandono seriam os casos das gestantes dependentes químicas e alcoólatras ou daquelas que temem ver seu diagnóstico vir a público.

O registro e a investigação desses abandonos, apesar do comprometimento dos profissionais envolvidos, acabam sendo falhos, pois não há, como em outros municípios, um comitê de investigação que possibilitaria um rastreamento das gestantes e crianças diagnosticadas, nas unidades de atendimento ou maternidade, e apontaria medidas interventivas.

A ausência do comitê constitui o maior desafio para controle da transmissão vertical do HIV no município de Juiz de Fora/MG, uma vez que as dificuldades apontadas como falta de planejamento e abandono poderiam ser amenizadas com medidas preventivas e interventivas desenvolvidas a partir das investigações elaboradas pelo comitê.

REFERÊNCIAS

BASTOS, C. **Ciência, poder, ação: as respostas à SIDA**. Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. 2003. **Projeto Nascer- Maternidades**. Disponível em: <http://aids.gov.br/final/tratameto/portaria210421nov02/projetonascer.doc> Acesso em: 26 de maio de 2016.

BRASIL. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. 2014, Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv_2_pdf_18693.pdf Acesso em: 27 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes / Ministério da Saúde,**

Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

JACKSON, H. **SIDA em África** – Continente em crise. SAFAIDS, 2004.

JUIZ DE FORA. **Prevenção DST/AIDS - Centro de Testagem e Aconselhamento oferece atendimento noturno às segundas-feiras.** Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=23502> Acesso em: 24 de maio de 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

QUINN, T. C. **Global burden of the HIV pandemic.** The Lancet. Reino Unido (UK), n. 348, p.99-106, 1996.

UNAIDS (United Nation Programo n HIV/AIDS). **Programa Conjunta das Nações Unidas para a AIDS.** Report on the Global AIDS Epidemic, 2012.

RUOCCO, R M AS. **Protocolo assistencial para o parto de gestantes portadoras do HIV.** Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2001, vol.47, n.3, pp.186-188. ISSN 1806-9282

SANE, S. **Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”,** Guiné-Bissau, 2007-2011. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação- linha de pesquisa: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade da Universidade de São Paulo (USP), 2014.

COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO DA NUTRIZ DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/11/2019

Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Larissa Silva Bergantini

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Francieli Silva de Oliveira

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Camila Borghi Rodriguero

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Christyna Beatriz Aparecida Genovez Tavares

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Angélica Yukari Takemoto

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Jhennifer Bortoloci Galassi

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Heloísa Gomes de Farias

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Mariana Salvadego Aguila Nunes

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Carolina Maria Inomata Marioti

Universidade Estadual de Maringá, Departamento

de Enfermagem – Paraná

Thaiane da Silva Cândido

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

Anita Batista dos Santos Heberle

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem – Paraná

RESUMO: A nutrição dos recém-nascidos prematuros é crucial para o seu adequado crescimento e desenvolvimento. O leite materno é a primeira escolha, sendo necessário avaliar se este é uma fonte nutricional suficiente para esses neonatos. Objetivou-se neste capítulo descrever a composição do leite de mães que tiveram bebês pré-termos e discutir a necessidade de sua suplementação. De modo geral, constatou-se aumento significativo na concentração de alguns minerais, da quilocaloria e ácidos graxos com o avanço do tempo de lactação, em contrapartida, o conteúdo protéico declinou, e os níveis lipídicos mostraram-se com resultados controversos, revelando que os componentes do leite são variáveis consoante o período de lactação. A fortificação do leite materno para o neonato pré-termo parece ser necessária, e é inviável determinar uma composição fixa do mesmo. A suplementação individualizada tem se mostrado a mais propícia

para os prematuros.

PALAVRAS-CHAVE: leite humano; leite materno; recém-nascido prematuro; recém-nascido pré-termo; composição.

BREAST MILK COMPOSITION OF MOTHERS OF PRETERM NEWBORNS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT:The nutrition of premature newborns is crucial for their proper growth and development. Breast milk is the first choice and it is necessary to assess whether this is a sufficient nutritional source for these newborns. The objective of this chapter is to describe the milk composition of mothers who had preterm infants and discuss the need for their supplementation. In general, there was a significant increase in the concentration of some minerals, kilocalories and fatty acids with increasing lactation time, in contrast, protein content declined, and lipid levels showed controversial results, revealing that components of milk vary according to the lactation period. The fortification of breast milk for the preterm newborn seems to be necessary, and it is nonviable to determine a fixed composition of it. Individualized supplementation has been shown to be most favorable for premature infants.

KEYWORDS: human milk; breast milk; premature newborn; preterm newborn; composition.

1 | INTRODUÇÃO

As potencialidades do ser humano se desenvolvem de forma ímpar no período da infância, e a alimentação adequada atua como um fator determinante para que isto ocorra de maneira satisfatória (BRASIL, 2009). No que concerne à nutrição das crianças, em especial dos recém-nascidos a termo (RNT), o leite materno (LM) é considerado o padrão ouro, visto que se trata de um alimento único e completo, apresentando todos os nutrientes requeridos e nas quantidades adequadas (SUNDEKILDE *et al.*, 2016). Compõe-se, como um complexo coquetel de macronutrientes, micronutrientes, moléculas bioativas, e componentes celulares (UNDERWOOD, 2016).

Inúmeras vantagens do LM foram reportadas para o bebê, mãe, família e sociedade, dentre as quais se destacam a redução da mortalidade infantil, prevenção de doenças infecciosas, diminuição do risco de patologias como hipertensão, diabetes e obesidade à longo prazo, aprimoramento do vínculo mãe-filho, prevenção do câncer de mama em relação à lactante, entre outros (TUDEHOPE, 2013; BRASIL, 2015). Outro ponto importante é o gasto financeiro a ser poupado quando a alimentação dos lactentes tem por base o LM. Os custos com mamadeiras e gás

de cozinha, além dos eventuais gastos com internações e o uso de medicamentos são comuns em crianças não amamentadas. Assim, a redução de gastos para os cofres públicos, tanto direta quanto indiretamente, é relevante para a economia, especialmente em momentos em que os recursos financeiros são escassos e os investimentos realizados almejam resultados imediatos e de longo prazo (BARTICK *et al.*, 2013).

Por estas razões, diretrizes e normativas de instituições importantes de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Academia Americana de Pediatria (AAP), e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses e até dois anos complementado com outros alimentos (TUDEHOPE, 2013; BRASIL, 2015).

Cabe notar, que pesquisas mais recentes têm se debruçado sobre a nutrição dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) – aqueles com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas - (HARDING *et al.*, 2017), o que é prudente, uma vez que estes nascem imaturos fisiologicamente, comprometidos nutricionalmente, com restrição de crescimento e com risco de complicações em longo prazo, se comparados com os que nascem a termo (IG entre 37 e 42 semanas). Ademais, o suprimento alimentar destes recém-nascidos (RN) deve mimetizar o crescimento e desenvolvimento do feto saudável com a IG correspondente, alcançando um resultado funcional semelhante ao RNT (CURTIS; RIGO, 2012; BOYCE *et al.*, 2015).

Neste contexto, para avaliar se o crescimento e desenvolvimento do neonato estão de acordo com o esperado, deve-se considerar o peso, comprimento e perímetro cefálico, além de verificações metabólicas semanais de eletrólitos e minerais, função hepática e renal, visando atender as necessidades destes pacientes (TAMEZ, 2013).

Mediante o exposto, infere-se que a alimentação do RNPT possui especificidades e carece de atenção especial, e diferentemente do que ocorre com os RNT, no caso dos prematuros, o papel do LM ainda não está bem definido, embora não se possa negar seus proveitos para essa clientela, dentre os quais se elenca melhora na digestão e função gastrointestinal, na absorção de nutrientes e neurodesenvolvimento, além da prevenção da enterocolite necrosante, um quadro potencialmente fatal para o bebê (SUNDEKILDE *et al.*, 2016).

O leite humano (LH) não é um fluido corporal uniforme, e sua composição continuamente muda, sob a influência de fatores como genética, estágio da lactação, dieta materna, IG, volume de leite produzido, horário do dia, e até mesmo pode variar em um mesmo episódio de amamentação (MENON; WILLIAMS, 2013; STAM; SAUER; BOEHM, 2013; GIDREWICZ; FENTON, 2014).

Assim sendo, salienta-se que é relevante conhecer a composição do LM com vistas a determinar qual a nutrição mais propícia para os neonatos prematuros

(MAHAJAN et al., 2017) e discutir as práticas mais apropriadas para que isto ocorra, ou seja, a necessidade de fortificação do alimento com o objetivo de aumentar a concentração dos nutrientes deficitários ou não (KUMAR et al., 2017).

2 | ANÁLISE DOS COMPONENTES DO LEITE MATERNO PRÉ-TERMO

No quadro abaixo se sintetiza os estudos desenvolvidos nesta área nos últimos dez anos.

Autor (ano)	Componente analisado	Amostra de lactantes		IG (semanas)	Fase da coleta da amostra	Tipo de leite
		Com RNPT	Com RNT			
AYDIN, I. <i>et al.</i> (2014)	Ácidos graxos	30	-	<i>Não consta</i>	3,7, 28 dias pós-parto	Colostro, transição e maduro
BAUER, J.; GERSS, J. (2011)	Gordura, proteínas, carboidratos, minerais e calorias	113	-	23-33	0 a 8 semanas pós-parto	Colostro, transição e maduro
BOBINSKI, R. <i>et al.</i> (2013)	Ácidos graxos	109	-	35-37	4 a 7 dias pós-parto e 2 meses pós-parto	Transição e maduro
GUERRA, E. <i>et al.</i> (2016)	Ácidos graxos e colesterol	15	30	<i>Não consta</i>	<6, 6-14, < 26 dias	Colostro, transição e maduro
HSU, Y. <i>et al.</i> (2014)	Gordura, proteínas, lactose, calorias, minerais (cálcio e fosfato)*	17	-	29-39	Dias 5-7; 12-14; 19-21; 26-28; 33-35; 39-42	Colostro, transição e maduro
JANG, S-H. <i>et al.</i> (2011)	Ácidos graxos	104	26	<i>Não consta</i>	0 a 3 meses pós-parto	Colostro, transição e maduro
JIE, L. <i>et al.</i> (2018)	Ácidos graxos	<i>Não consta</i>		<i>Não consta</i>	Dias 4, 11, 30, 60, 90	Colostro, transição e maduro
KIM, S. Y. <i>et al.</i> (2012)	Selênio, Zinco, Cobre e Manganês	67	-	<34	1 a 12 semanas	Colostro, transição e maduro
KREISSL, A. <i>et al.</i> (2016)	Proteínas	76	-	<32	Dia 5 ao dia 131	Colostro
MAHAJAN, S. <i>et al.</i> (2017)	Proteínas, gordura e carboidratos	106	-	<34	Dias 3±1; 7±2; 14±2; 21±3; 28±3	Colostro, transição e maduro

MOLTÓ-PUIGMARTÍ, C. <i>et al.</i> (2011)	Ácidos graxos	43	-	23-42	2 a 4 dias pós-parto; 8 a 12 dias pós-parto e 28 a 32 dias pós-parto	Colostro, transição e maduro
NILSSON, A. K. <i>et al.</i> (2018)	Ácidos graxos	78	-	<28	-	Colostro, transição e maduro
NTOUMANI, E.; STRANDVIK, B.; SABEL, K-G. (2013)	Ácidos graxos	42	12	33	Dia 6 ao 99°	Colostro
SAUER, C. W.; BOUTIN, M. A.; KIM, J. H. (2017)	Calorias, proteínas, carboidratos, gordura	18	6	<i>Não consta</i>	Dias 1, 7, 14, 21**	Maduro
WANG, H-J. <i>et al.</i> (2017)	Ferro*	88	-	<i>Não consta</i>	Dias 5, 7-9, 90-100, 300-365	Colostro, transição e maduro

QUADRO 1. Pesquisas que analisaram os componentes do LM pré-termo.

*Estes dois estudos avaliaram outros componentes não relevantes para esta pesquisa, por isso não encontram-se descritos na tabela.

** Nesta pesquisa, os autores analisaram o leite materno nestes dias, entretanto, esta data não corresponde aos dias pós-parto, pois no primeiro dia de estudo os neonatos apresentavam diferentes idades.

Em suma, pôde-se identificar (quadro 1) que desenvolveram-se estudos buscando elucidar os aspectos da composição do LM quanto aos componentes minerais, calorias, lipídios e ácidos graxos, carboidratos, proteínas e a necessidade de suplementação do LM.

2.1 Minerais

No que é relativo aos minerais, Hsu *et al.* (2014) constataram um aumento significativo na concentração de fosfato com o avanço do tempo de lactação de quatro semanas. Na primeira semana, a concentração deste composto apresentou uma média de 4,306 mg/100mL, ao passo que na quarta semana a média foi de 5,779 mg/100mL. Já os níveis de cálcio não se correlacionaram com o número de semanas pós-parto, não variando de maneira estatisticamente relevante, com 31,25mg/100mL e 28,43 mg/100mL na primeira e quarta semanas respectivamente.

Embora Hsu *et al.* (2014) tenham detectado aumento nos níveis de fosfato no decorrer das semanas de amamentação, este não foi o caso de Bauer e Gerss (2011), os quais não averiguaram distinção nas concentrações dos minerais analisados – potássio, fosfato, magnésio e cálcio. Entretanto, o sódio portou-se como exceção, visto que os seus níveis diminuíram no LM ao longo das oito semanas investigadas. A esse respeito, os próprios pesquisadores argumentaram que a literatura tem

mostrado que o sódio pode atuar como um marcador da produção do leite, uma vez que parece haver uma relação inversa entre o volume de leite e os níveis deste mineral, fato que justificaria seu declínio com o tempo de lactação, afinal conjectura-se que a quantidade de LM da nutriz aumenta concomitantemente com as semanas de lactação.

Kim et al. (2012) estudaram longitudinalmente diversos minerais no LM de mães de bebês prematuros, incluindo selênio (Se), zinco (Zn), cobre (Cu) e manganês (Mn), e neste estudo comparou suas concentrações com os parâmetros de ingestão mínima preconizados pela *American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition*(CON/AAP, 2009) e pela *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Committee on Nutrition*(ESPGHAN, 2010).

No que se refere ao Se, na primeira semana de análise, o teor percebido foi de $11.8 \pm 0.5 \mu\text{g/L}$ e de $10.5 \pm 1.3 \mu\text{g/L}$ na última semana (12ª semana), atingindo os níveis recomendados pela CON/AAP (0,9 a 4,1 $\mu\text{g}/100 \text{ kcal}$) em todo o período de observação, contudo, a média da concentração do mineral durante as 12 semanas não foi suficiente para sanar o recomendado pela ESPGHAN (4.5-9 $\mu\text{g}/100 \text{ kcal}$). Em relação ao Zn, seu teor foi capaz de alcançar o previsto pelas duas instituições citadas em todos os estágios da lactação, possuindo uma média de $7,8 \pm 0.5 \text{mg/L}$ na semana número 1, e de $6,6 \pm 1.2 \text{mg/L}$ no fim da pesquisa. Em contrapartida, os níveis de Cu declinaram durante o período de amamentação, e as médias situaram-se abaixo das recomendações, com $506 \pm 23,6 \mu\text{g/L}$ (semana 1) e $301 \pm 48,06 \mu\text{g/L}$ (semana 12). Esta situação se mostrou antagônica à análise do Mn, a qual verificou que sua concentração estava acima do proposto pela CON/AAP (embora seja relevante apontar que o teor de manganês localizou-se dentro os padrões sugeridos pela ESPGHAN), obtendo-se níveis de $133 \pm 4,0 \mu\text{g/L}$ na primeira semana de estudo e $108 \pm 9,0 \mu\text{g/L}$ na 12ª semana.

Por fim, investigando as concentrações de Fe no LM de mães de RNPT e RNT, Wang *et al.* (2017) identificaram uma correlação positiva entre as semanas de lactação e os níveis do componente, averiguando uma média de 0,05mg/L no colostro, de 0,06mg/L no leite de transição e de 0,27mg/L no leite maduro. Este resultado reafirma as vantagens do LM especialmente para os RNPT, pois a concentração de Fe presente no mesmo deve ser capaz de repor o conteúdo do mineral e prevenir a anemia ferropriva..

2.2 Calorias

O valor energético dos alimentos é medido em caloria e a mensuração deve ser apresentada em quilocalorias (kcal).

No estudo desenvolvido por Mahajan *et al.* (2017) o teor de energia do LM

aumentou progressivamente de 42,3kcal/dL na primeira semana para 52 kcal/dL na quarta. O mais notável é que, assumindo-se um consumo de LM de 150mL/kg/dia ou 180mL/kg/dia pelo RNPT, em 96,2% dos neonatos das nutrizes avaliadas, a sua demanda mínima de energia diária de 110kcal/kg/dia (ESPGHAN, 2010), não foi atendida, considerando-se a composição do leite das mesmas.

A análise de Hsu *et al.* (2014) verificou que o teor energético inicial foi de 59,50±6,00kcal/dL e de 68,61±8,34kcal/dL na quarta semana. A média de calorias nas amostras atingiu seu ápice entre a segunda e terceira semana pós-parto, com 70kcal/dL, provavelmente em razão do alto teor lipídico no mesmo estágio.

Bauer e Gerss (2014) averiguaram elevação da densidade energética de 64,8±0,5kcal/dL na primeira semana para 86,6±1,9kcal/dL durante o período de estudo, e a mesma referência observou que a média de conteúdo energético foi maior no leite de nutrizes com RNPT em contraposição ao leite a termo.

O trabalho de Sauer, Boutin e Kim (2017) debruçou-se sobre a análise da variabilidade da densidade calórica do LM, e visou pesquisar se o seu conteúdo energético, dentre as nutrizes selecionadas, correspondia à faixa de variação pressuposta pela literatura de 18 a 22kcal/onças (ou cerca de 60,87 a 74,39kcal/100mL). Os autores identificaram que a média de calorias do LM de mães de RNPT foi de 18,73kcal/onças (ou aproximadamente 63,34kcal/100mL), e que 46% das amostras situaram-se dentro dos parâmetros esperados.

Segundo os mesmos pesquisadores, a discrepância entre os valores de calorias seriam decorrentes da variação no conteúdo lipídico, uma vez que estes contribuem significativamente para o suprimento energético do organismo humano (SAUER; BOUTIN; KIM, 2017). Uma meta-análise, com o objetivo de examinar a composição do LM pré-termo e a termo, apurou que com o correr do tempo de lactação e a conseqüente maturação do leite, há um aumento de energia, concomitantemente com a elevação dos lipídeos (GIDREWICZ; FENTON, 2014), tal como detectado em três estudos já esmiuçados (BAUER; GERSS, 2011; HSU *et al.*, 2014; MAHAJAN *et al.*, 2017).

2.3 Lipídeos e ácidos graxos

No tocante ao teor lipídico, resultados de três pesquisas (BAUER; GERSS, 2011; HSU *et al.*, 2014; MAHAJAN *et al.*, 2017) foram uniformes ao evidenciarem seu aumento durante as semanas de lactação. Bauer e Gerss, (2011) demonstraram que a concentração de gordura no LM pré-termo foi consideravelmente maior em relação ao leite a termo, em consonância com os resultados de Guerra et al. (2016) que verificaram que a média do teor lipídico nas amostras de leite pré-termo foi de 3,84±1,10g/100mL. Aponta-se, além disso, que Bauer e Gerss (2011) comprovaram que de 2,9±0,1g/dL, inicialmente, a concentração de gorduras subiu para 6,8±0,3 g/

dL na oitava semana. Somado a isto, Mahajan *et al.* (2017) depararam com $1,9\pm 1,8$ g/dL nos primeiros dias e $3,4\pm 2,1$ g/dL de lipídeos na última semana. Em consenso, na análise de Hsu *et al.* (2014), na primeira semana de lactação o conteúdo de gorduras apurado teve uma média de $2,65\pm 0,72$ g/dL, enquanto que na quarta obteve-se $3,99\pm 0,95$ g/dL.

Em contraste com os achados explanados anteriormente a respeito da elevação do teor de lipídeos com o progresso do tempo de amamentação, Guerra *et al.* (2016) constataram que a média de gorduras do LM pré-termo foi mais elevada no começo da lactação ($4,32\pm 1,01$ g/100mL) do que constatada no período mais tardio da mesma, com média de $3,12\pm 0,81$ g/100mL. Os autores pressupõem que o conteúdo mais alto de gordura no leite pré-termo, no início da lactação, parece ser fisiologicamente importante para os RNPT, considerando que sua ingestão de LM é baixa.

Sublinha-se que os estudos em relação ao conteúdo lipídico mostram-se controversos. A pesquisa realizada por Jang *et al.*(2011) utilizou amostras de LM de 104 nutrízes com bebês prematuros com IG inferior a 34 semanas ou peso ao nascer inferior a 1.800g, e de 26 mães lactantes de neonatos a termo. Comprovou-se que durante os três primeiros meses de lactação não houve mudanças nas proporções relativas de ácidos graxos, embora a concentração absoluta da maioria destes componentes mostrou-se maior no LM de mães com RNPT em comparação com as mães com leite a termo.

Ao confrontar o perfil lipídico do leite de nutrízes com RNT e RNPT, Aydin *et al.* (2014) notaram que a porcentagem de ácidos graxos saturados, ácidos graxos monoinsaturados e ácidos graxos poli-insaturados foi maior no LM das mães com RNPT em relação àquele pertencente a nutrízes com RNT. Entretanto, na análise de Guerra *et al.* (2016) o LM pré-termo apresentou um conteúdo maior de ácidos graxos saturados e uma concentração menor de ácidos graxos insaturados se comparado com o leite de mães de RNT, ademais, os níveis de ácidos graxos trans mostraram-se menores no leite de mães de RNPT.

Bobinski *et al.* (2013) estudaram a composição de ácidos graxos do LM de mães com RNT adequados para idade gestacional (AIG), de mulheres com RNPT com IG entre 35 e 37 semanas, e de mães com RNT pequenos para a idade gestacional (PIG), analisando a diferença no teor lipídico do leite de transição (considerado como aquele produzido entre quatro a sete dias após o parto) e do leite maduro (coletado nesta pesquisa após dois meses do nascimento do neonato). Os resultados explicitaram que não houve diferença significativa na composição de ácidos graxos do leite de transição das nutrízes entre os grupos comparados.

Em contrapartida, o conteúdo de ácidos graxos do leite maduro diferiu de maneira estatisticamente relevante entre os grupos testados, principalmente no que

concerne ao ácido cáprico, ácido láurico e ácido gadoléico. A menor concentração de ácido cáprico e ácido láurico foi observada no grupo das lactantes com RNT AIG, e a maior foi notada no LM das mulheres com RNPT. Além disso, percebeu-se diferenças significativas nas concentrações de 16 ácidos graxos no leite de transição e no leite maduro das mães com RNPT, mais especificamente, houve aumento na porcentagem da concentração de três ácidos graxos de cadeia média e diminuição na porcentagem de 14 ácidos graxos de cadeia longa. É interessante salientar que, com base neste estudo, infere-se que até mesmo a prematuridade tardia (IG entre 35 e 37 semanas) parece ser um estímulo suficiente para a produção de um leite maduro com composição modificada (BOBINSKI *et al.*, 2013).

Nilsson *et al.* (2018) avaliaram longitudinalmente as mudanças na composição do LM de 78 lactantes com recém-nascido extremamente prematuros (IG menor que 28 semanas), e determinou que, dos 41 ácidos graxos quantificados, 34 apresentaram mudança em sua concentração relativa com o tempo de lactação. Os autores destacam, ainda, que houve grande variação da composição de ácidos graxos entre as nutrízes, principalmente no tocante aos de cadeia longa.

Tal como certificado anteriormente nos achados de Bobinski *et al.* (2013), os níveis totais dos ácidos graxos de cadeia longa diminuíram significativamente consoante o período de lactação, sendo que, o ácido graxo monoinsaturado denominado ácido nervônico dotou de maior modificação proporcional entre a primeira e a última coleta de LM. Em compensação, a concentração do ácido linoléico, ácido γ -linoléico e ácido α -linoléico aumentou diante do decorrer da análise.

De acordo com Ntoumani, Strandivk, e Sabel (2013), o ácido nervônico é imprescindível para o desenvolvimento do sistema nervoso e a mielinização precoce. Os autores buscaram analisar a composição de ácidos graxos e alguns macronutrientes no LM de 42 mães de prematuros após o parto, além de 12 amostras de leite de cinco mães que doaram leite maduro entre o sexto e 99º dia após o nascimento do bebê. Os achados destacaram que a concentração de ácidos graxos de cadeia longa foram maiores no leite pré-termo (após o parto) em comparação com o leite doado, ao passo que o ácido linoléico apresentou níveis mais altos no leite humano doado. Os níveis de ácido nervônico não diferiram ao decorrer do tempo de lactação. Outro ponto discutido foi em relação ao teor de proteínas e lipídeos, o qual mostrou-se maior no leite das lactantes com RNPT. Os pesquisadores concluíram que é pertinente investigar se o leite humano doado deve ser fortificado com ácido nervônico, e não somente com ácidos graxos de cadeia longa, proteínas e minerais.

O estudo de Moltó-Puigmartí *et al.* (2011), ao avaliar dez mulheres que tiveram parto antes das 30 semanas, dez que tiveram entre 30 e 37 semanas e 23 que tiveram entre 38 e 42 semanas de gestação, e que ofertaram amostras do seu

leite em diferentes fases da lactação – colostro, leite de transição e leite maduro – comprovou que há diferença no teor lipídico entre as fases da lactação com os valores de crematócrito. Os achados apontam ainda que a concentração de gordura mostrou-se maior no grupo das lactantes com recém-nascidos muito prematuros (inferior a 30 semanas de gestação) em relação ao LM das demais nutrizas. Além disso, as proporções dos ácidos graxos de cadeia média e do ácido α -linoléico aumentaram durante a lactação, ao passo que a maioria dos ácidos graxos saturados de cadeia longa e dos ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa diminuíram.

Por último, cita-se que Jieat *et al.* (2018) objetivaram determinar a composição de ácidos graxos ramificados no LM de mães com RNPT, bem como compreender o impacto da IG e do estágio da lactação no conteúdo de ácidos graxos. Os autores argumentam que os ácidos graxos de cadeia ramificada possuem um tamanho menor, estando presentes no LM com relevância para a composição do trato gastrointestinal (TGI) do RN. Sua concentração no leite humano é variável, e afetada pela duração da gravidez e estágio da lactação. Quando comparado com o leite a termo, o LM de nutrizas com RNPT contém menor teor deste tipo de ácido graxo nas primeiras semanas após o nascimento, e por isso, os pesquisadores defendem que o neonato pré-termo necessitaria de suplementação com este tipo específico de ácido graxo, dado sua importância no desenvolvimento e equilíbrio do TGI.

Mediante estes achados, é possível comprovar e assim frisar os dados da literatura que defendem que os lipídeos são os componentes mais variados do LM, e que seu teor é influenciado principalmente pela dieta materna, além de receber interferência de fatores tais como a genética, origem geográfica, condições sócio-culturais, duração da gestação, estágio da lactação, entre outros (BOBINSKI *et al.*, 2013; GUERRA *et al.*, 2016).

2.4 Carboidratos

Dois estudos que visaram examinar o conteúdo de carboidratos do LM encontraram um aumento no teor do dissacarídeo lactose, especificamente, com média de 2,2g/dL na primeira semana para 3,0g/dL na quarta semana (MAHAJAN *et al.*, 2017), e média de $6,36 \pm 0,47$ g/dL para $6,79 \pm 0,39$ g/dL na primeira e quarta semanas respectivamente (HSU *et al.*, 2014). Bauer e Gerss (2011) também verificaram que a média da concentração de carboidratos se elevou com o passar do período de amamentação, sendo de $6,3 \pm 0,1$ g/dL nas duas primeiras semanas e $8,5 \pm 0,2$ g/dL no final da análise.

Vale acentuar, que o conteúdo de carboidrato do leite pré-termo mostrou-se significativamente maior se comparado ao leite de nutriz com RNPT (BAUER; GERSS, 2011).

2.5 Proteínas

Estudos evidenciam que há associação entre o tempo de lactação e o teor de proteínas, relação esta expressa pelo declínio em sua concentração com o passar das semanas de amamentação.

Para Hsu *et al.* (2014), o teor protéico inicial (cinco a sete dias pós parto) foi de $1,68 \pm 0,46$ g/dL, declinando para $0,92 \pm 0,27$ g/dL na quarta semana de observação. Além disso, percebeu-se uma relação inversa entre o conteúdo de proteínas e o peso de nascimento da criança, visto que o leite de mães cujo RNPT apresentava menor peso dotou de uma concentração maior do macronutriente.

De forma semelhante, Mahajan *et al.* (2017) notaram que no terceiro dia de análise a concentração do composto era de $4,1 \pm 2,1$ g/dL decaindo para $2,2 \pm 0,6$ g/dL no 28º dia. Ademais, com vistas a averiguar o suprimento das necessidades de nutrição dos RN pelo leite das nutrizas estudadas, utilizou-se do parâmetro de ingestão protéica mínima de 3,5g/kg/dia da *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Committee on Nutrition* (ESPGHAN, 2010), e topou-se com incapacidade de compensação das demandas do RNPT em 63,2% dos casos.

Outra pesquisa (BAUER; GERSS, 2011) também levantou o dado acerca da queda linear das proteínas, sendo que, a análise multivariada mostrou que sua concentração diminuiu 0,12g/dL por semana de lactação. É interessante enfatizar que os autores apuraram que o leite de mães com RN extremamente prematuros (IG < 28 semanas) possuía maior quantidade protéica do que o teor presente no LM de moderadamente pretermo (IG de 32 a 33 semanas), indicando que poderia existir associação entre o grau de prematuridade e os níveis de proteína.

No estudo de Kreissl *et al.* (2016) a mediana do conteúdo protéico encontrada foi de 1g/100mL de LM, a média foi 1,1g/100mL, e a faixa de variação detectada foi de 0,2g até 2,2g/100 mL. A amostra de LM com o menor teor de proteínas foi de 0,2g/100mL, observado no 38º dia de lactação. Além disso, a concentração protéica mostrou-se significativamente correlacionada com o dia de aleitamento em 70 nutrizas avaliadas, sendo que o conteúdo foi maior no início da lactação com média de 1,7g/100mL, diminuindo com o decorrer do tempo.

As diferentes concentrações de proteína no LM constatadas nestas pesquisas comportam-se como um fato de certa maneira previsível, devido, principalmente, à variação interindividual (de mãe para mãe) já reportada pela literatura (KREISSL *et al.*, 2016). Questiona-se, assim sendo, se é possível determinar ou conhecer um valor que atue como parâmetro no que diz respeito ao conteúdo protéico do LM, em razão de sua ampla divergência (ARSLANOGLU *et al.*, 2010). Entretanto, com base nesta revisão, a queda do teor deste nutriente conduzido pelo tempo de lactação

parece ser consensual, e este fato é determinante na decisão de fortificar ou não o LM para os RNPT.

3 | NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO OU FORTIFICAÇÃO

Entidades importantes como a ESPGHAN (2010) indicam que o LM deve ser a escolha padrão ouro para os RNPT, com a condição de que seja suplementado/fortificado com nutrientes, se for preciso, para suprir as demandas destes neonatos. Outrossim, diversos estudos alegam a necessidade da suplementação/fortificação do LM, e esta prática parece ser um consenso internacional, dado que o volume normalmente consumido por um RNPT (de 150 a 180mL/kg/dia) não seria capaz de prover a quantidade adequada de energia, proteína, minerais e vitaminas requerida (AAP, 2004; ESPGHAN, 2010; BROWN *et al.*, 2016.; KUMAR *et al.*, 2017), e ainda, tal como averiguado por esta revisão integrativa, o teor protéico tende a declinar com o decorrer da lactação (SU, 2014).

Outros fatores que justificariam e embasariam a fortificação/suplementação do LM de lactantes com RNPT residem em sua alta variabilidade de composição, se tratando de um alimento imprevisível neste sentido, não sendo uma entidade estática, o que poderia inviabilizar a provisão conveniente de nutrientes (HEIMAN; SCHANLER, 2006; MENON; WILLIAMS, 2013). Ademais, principalmente no referente às proteínas e calorias, há preocupação por parte dos especialistas, pois têm-se demonstrado que a taxa de ganho ponderal é influenciada pela quantidade de calorias na dieta, enquanto que, os acréscimos no perímetro cefálico e comprimento corporal seriam regidos pelo teor de proteína ingerido (HSU *et al.*, 2014), e ainda, a ESPGHAN (2010) objeta que um discreto excesso na ingestão de proteínas parece não ser maléfico para os RNPT, todavia, pequenos déficits já seriam suficientes para afetar o seu crescimento. Cita-se, também, que caso o LM tenha nutrientes insuficientes, pode haver atraso na estruturação óssea, osteoporose, risco existente de fraturas (KIM *et al.*, 2012), e o seu baixo nível de sódio pode desencadear hiponatremia (CURTIS; RIGO, 2012).

A esse respeito, uma revisão sistemática da *Cochrane Library* que incluiu 14 ensaios controlados em que 1071 neonatos prematuros participaram, analisou os efeitos da fortificação com multi-nutrientes (calorias, proteínas, minerais e vitaminas) no crescimento e desenvolvimento dos RNPT, sendo constatado que a prática resultou em pequeno (mas significativo estatisticamente), aumento no ganho ponderal, no crescimento (comprimento), e aumento da circunferência cefálica (BROWN *et al.*, 2016).

Mediante esta discussão, a suplementação do LM parece ser plausível e

enraizada em argumentos científicos, pois o crescimento pós-natal prejudicado dota também de malefícios em longo prazo para o RNPT, incluindo efeitos na cognição e rendimento na educação, déficits nutricionais e a restrição do crescimento no período intra-útero e durante o início da infância podem ter consequências na saúde cardiovascular e metabólica da criança (BROWN *et al.*, 2016).

É relevante ainda discorrer acerca do método mais propício de fortificação do LM. Partindo do pressuposto de que o mesmo é extensamente divergente quanto à composição, aponta-se que a denominada fortificação padrão, baseada em uma composição fixa do leite, parece não ser apropriada, e está associada a déficits de proteína no organismo dos bebês prematuros (KUMAR *et al.*, 2017). Por tal motivo os termos fortificação alvo e fortificação ajustável têm ganhado destaque no que concerne à nutrição dos RNPT. O primeiro citado se refere à suplementação do leite com base na prévia análise de sua composição, enquanto que a fortificação ajustável se trata da suplementação do LM consoante a resposta metabólica da criança, por meio da titulação dos níveis de uréia sérica, por exemplo (BROWN *et al.*, 2016; KUMAR *et al.*, 2017).

Por fim, cabe assinalar que a suplementação alvo nem sempre é possível, uma vez que exige equipamentos e tecnologias precisas, que consomem tempo e que são trabalhosos (BOYCE *et al.*, 2015), e por isso na prática clínica autores admitem que a fortificação padrão pode ser mais viável (KUMAR *et al.*, 2017). Em contrapartida, a fortificação ajustável parece ser mais exequível e hábil, visto que não requer a análise constante do LM e tampouco equipamentos especializados (ARSLANOGLU *et al.*, 2010).

Infere-se, dessa maneira, que a suplementação/fortificação do LM porta-se como um desafio para os profissionais de saúde envolvidos na assistência aos neonatos pré-termo, sendo relevante que os métodos disponíveis atualmente sejam examinados quanto às suas vantagens e desvantagens, a fim de propiciar a dieta adequada para esses bebês, contribuindo para sua recuperação precoce e desenvolvimento saudável futuro.

4 | CONCLUSÕES

O LM é extremamente variável, e dependente de diversos fatores, embora, como evidenciado anteriormente, possa-se presumir certas semelhanças tais como a queda do conteúdo protéico com o decorrer do tempo de lactação e o aumento do teor de carboidratos e calorias, enquanto que, os níveis de lipídeos mostram-se controversos entre os estudos. Por fim, pode-se reafirmar a inviabilidade de se determinar uma composição padrão e passível de generalização do leite humano,

frisando que a suplementação/fortificação individualizada parece ser a mais propícia, visando o desenvolvimento saudável dos RNPT. Sugere-se que estudos sejam realizados nesta linha de pesquisa, para suprir esta lacuna de conhecimento, uma vez que há muito ainda que se investigar a respeito do leite humano. As limitações deste trabalho encontram-se na não eleição de uma metodologia de pesquisa como um critério de inclusão dos estudos e a escolha de artigos que utilizaram métodos de análise do leite humano diferentes entre si.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Pediatric nutrition handbook**. 6ª ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2009.

ARSLANOGLU, S. et al. Optimization of human milk fortification for preterm infants: new concepts and recommendations. **Journal of perinatal medicine**, Berlin, v. 38, n. 3, p. 233-238, maio 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20184400>. Acesso em: 02 set. 2019.

AYDIN, I. et al. Comparing the fatty acid levels of preterm and term breast milk in Turkish women. **Turkish Journal of Medical Sciences**, Turquia, v. 44, n. 2, p. 305-310, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25536741>. Acesso em: 02 set. 2019.

BARTICK, M. C. et al. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. **Obstet Gynecol.**, v. 122, p. 111-9, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743465>. Acesso em: 03 set. 2019.

BAUER, J.; GERSS, J. Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. **Clinical Nutrition**, Nova York, v. 30, n. 2, p. 215-220, abr. 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026156141000155X>. Acesso em: 02 set. 2019.

BOBINSKI, R. et al. Comparison of the fatty acid composition of transitional and mature milk of mothers who delivered healthy full-term babies, preterm babies and full-term small for gestational age infants. **European Journal of Clinical Nutrition**, Londres, v. 67, n. 9, p. 966-971, set. 2013. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ejcn201396>. Acesso em: 02 set. 2019.

BOYCE, C. et al. Preterm human milk composition: a systematic literature review. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 116, n. 6, p. 1033-1045, set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27522863>. Acesso em: 02 set. 2019.

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: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BROWN, J.V.; EMBLETON, N.D.; HARDING, J.E.; MCGUIRE, W. Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 5, 8 de maio de 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27155888>. Acesso em: 02 set. 2019.

CURTIS, de M.; RIGO, J. The nutrition of preterm infants. **Early Human Development**, Amsterdã,

v. 88, supl. 1, p. S5-7, mar. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22261289>. Acesso em: 02 set. 2019.

ESPGHAN. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, Nova York, v. 50, n. 1, p. 85-91, jan. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19881390>. Acesso em: 02 set. 2019.

GIDREWICZ, D.A.; FENTON, T.R. A systematic review and meta-analysis of the nutrient content of preterm and term breast milk. **BMC pediatrics**, Londres, v. 14, n. 216, p. 1-14, 30 de ago. de 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25174435>. Acesso em: 02 set. 2019.

GUERRA, E. et al. Influence of duration of gestation on fatty acid profiles of human milk. **European Journal of Lipid Science and Technology**, v. 118, n. 11, p. 1775-1787, nov. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejlt.201500396>. Acesso em: 02 set. 2019.

HSU, Y. et al. Changes in preterm breast milk nutrient content in the first month. **Pediatrics and Neonatology**, Singapura, v. 55, n. 6, p. 449-454, dez. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957214000400>. Acesso em: 02 set. 2019.

HARDING, J. E. et al. Advances in nutrition of the newborn infant. **Lancet**, Londres, v. 389, n. 10079, p. 1660-1668, 22 de abr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28443560>. Acesso em: 02 set. 2019.

HEIMAN, H.; SCHANLER, R. J. Benefits of maternal and donor human milk for premature infants. **Early Human Development**, v. 82, n.12, p. 781-787, dez. 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378206002325>. Acesso em: 02 set. 2019.

JANG, S-H. et al. Serial changes of fatty acids in preterm breast milk of Korean women. **Journal of Human Lactation**, Estados Unidos, v. 27, n. 3, p. 279-285, ago. 2011. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334411405059>. Acesso em: 02 set. 2019.

JIE, L. et al. The impact of lactation and gestational age on the composition of branched-chain fatty acids in human breast milk. **Food Function**, Cambridge, v. 9, n. 3, p. 1747-1754, mar. 2018. Disponível em: <http://pubs.rsc.org/en/content/articlehtml/2018/FO/C7FO01979C>. Acesso em: 02 set. 2019.

KIM, S. Y., et al. Longitudinal study on trace mineral compositions (Selenium, Zinc, Copper, Manganese) in Korean human preterm milk. **Journal of Korean Medical Science**, Coréia do Sul, v. 27, n. 5, p. 532-536, maio 2012. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Longitudinal-Study-on-Trace-Mineral-Compositions-in-Kim-Park/ab46d990a658576b0819dafb2ab2181c2bbae1d8>. Acesso em: 02 set. 2019.

KREISSL, A. et al. Human milk analyser shows that the lactation period affects protein levels in preterm breastmilk. **Acta Paediatrica**, v. 1, n. 6, p. 635-640, jun. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13348>. Acesso em: 02 set. 2019.

KUMAR, R. K. et al. Optimizing Nutrition in Preterm Low Birth Weight Infants-Consensus Summary. **Frontiers in nutrition**, Lausanne, v. 4, n. 20, p. 1-9, maio 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28603716>. Acesso em: 02 set. 2019.

MAHAJAN, S. et al. Macronutrients in breast milk of mothers of preterm infants. **Indian Pediatrics**, v. 54, n. 8, p. 635-637, ago. 2017. Disponível em: <https://www.indianpediatrics.net/aug2017/aug-635-637.htm>. Acesso em: 02 set. 2019.

MENON, G.; WILLIAMS, T.C. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? **Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition**, Londres, v. 98, n. 6, p. F559-562, nov. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23893267>. Acesso em: 02 set. 2019.

MOLTÓ-PUIGMARTÍ, C. et al. Differences in fat content and fatty acid proportions among colostrums. **Clinical Nutrition**, Nova York, v. 30, n. 1, p. 116-123, fev. 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561410001445>. Acesso em: 02 set. 2019.

NILSSON, A. K. et al. Long-chain polyunsaturated fatty acids decline rapidly in milk from mothers delivering extremely preterm indicating the need for supplementation. **Acta Paediatrica**, v. 107, n. 6, p. 1020-1027, fev. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.14275>. Acesso em: 02 set. 2019.

NTOUMANI, E.; STRANDVIK, B.; SABEL, K-G. Nervonic acid is much lower in donor milk than in milk from mothers delivering premature infants - Of neglected importance? **Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids**, Nova York, v. 89, n. 4, p. 241-244, set. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952327813001348>. Acesso em: 02 set. 2019.

SAUER, C. W.; BOUTIN, M. A.; KIM, J. H. Wide variability in caloric density of expressed human milk can lead to major underestimation or overestimation of nutrient content. **Journal of Human Lactation**, Estados Unidos, v. 33, n. 2, p. 341-350, maio 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28418793>. Acesso em: 02 set. 2019.

STAM, J.; SAUER, P.J.; BOEHM, G. Can we define an infant's need from the composition of human milk? **The American Journal Of Clinical Nutrition**, v. 98, n. 2, p. 521-528, ago. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842459>. Acesso em: 02 set. 2019.

SU, B.H. Optimizing Nutrition in Preterm Infants. **Pediatrics and neonatology**, Singapura, v. 55, n. 1, p. 5-13, fev. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050843>. Acesso em: 02 set. 2019.

SUNDEKILDE, U. K. et al. The effect of gestational and lactational age on the human milk metabolome. **Nutrients**, Suíça, v. 8, n. 5, 19 de maio de 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27213440>>. Acesso em: 02 set. 2019.

TAMEZ, R. N.. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**.5.d. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TUDEHOPE, D. I. Human Milk and the Nutritional Needs of Preterm Infants. **The Journal Of Pediatrics**, v. 162, n. 3 (supl. 1), p. 17-25, mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445843>. Acesso em: 02 set. 2019.

UNDERWOOD, M. A. Missed Opportunities: The Cost of Suboptimal Breast Milk Feeding in the Neonatal Intensive Care Unit. **The Journal Of Pediatrics**, v. 175, p.12-14, ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27263402>. Acesso em: 02 set. 2019.

WANG, H-J. et al. Sialic acid and iron content in breastmilk of chinese lactating women. **Indian Pediatrics**, v. 54. n. 12, p. 1029-1031, dez. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13312-017-1206-z>. Acesso em: 02 set. 2019.

DIFICULDADE NA ADESÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/11/2019

Ayla Araújo Beserra

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Buíque – Pernambuco

Silvana Cavalcanti dos Santos

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESAA, Arcoverde - Pernambuco.

Alessandra Pontes Lopes

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Águas Belas – Pernambuco.

Andicleia Cicera da Silva

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Inajá – Pernambuco.

Luiza Vanessa de Lima Silva

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Garanhuns – Pernambuco

Márcia Jasimini Sidatha da Silva Fernandes

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Garanhuns – Pernambuco.

Ayane de Araujo Beserra

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Buíque – Pernambuco

Débora Lemos Paz

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-

AESA- ESAA, Arcoverde – Pernambuco

Anna Maria França de Sousa

Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
– Escola de Superior de Saúde de Arcoverde-
AESA- ESSA, Caruaru - Pernambuco

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar na literatura quais as dificuldades para a não adesão das boas práticas nos centros obstétricos. Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem descritiva e exploratória, a coleta de dados utilizou artigos publicados entre o período de 2010 a 2016. A amostra final foi composta por 18 artigos. Evidenciou que as principais dificuldades para implementação das boas práticas são ausência de Capacitação da equipe de enfermagem, espaço físico e recursos materiais deficientes e práticas rotineiras que dificultam essas implementações. O presente estudo concluir que se faz necessário uma mudança organizacional das instituições e capacitação da equipe de enfermagem, possibilitado o processo de parturição, mas acolhedor tornando-se mais qualificado.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Humanizado, Dificuldades, Boas Práticas.

DIFFICULTY IN ADHERING TO GOOD PRACTICES IN CHILDBIRTH AND BIRTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Difficulty in adhering to good practices in childbirth and birth care: Integrative Review Alessandra Pontes Lopes; Andicléia Cícera da Silva²; Silvana Cavalcanti dos Santos³ * ¹² Nursing undergraduate course in Nursing at the School of Health of Arcoverde - ESSA ³ Sanitary Nurse - ESSA Teacher. Abstract: The objective of this study was to identify in the literature the difficulties for not adhering to good practices in obstetric centers. It is a review of the literature with a descriptive and exploratory approach, the data collection used articles published between the period from 2010 to 2016. The final sample consisted of 18 articles. He pointed out that the main difficulties for the implementation of good practices are lack of training of the nursing team, physical space and resources deficient subjects and routine practices that hinder these implementation. The present study conclude that it is necessary an organizational change of the institutions and training of the nursing team, made possible the process of parturition more well becoming more qualified.

KEYWORDS: Humanized Childbirth, Difficulties, Good Practices.

1 | INTRODUÇÃO

O nascimento constitui um dos principais acontecimentos na vida da mulher, pois estabelece a transição da mulher para o papel de mãe. Nessa perspectiva, o parto não resulta somente na expulsão do concepto e, sim, na continuidade da vida humana. Logo então, toda a atenção no processo parturitivo, desde o trabalho de parto, deve ser realizado levando-se em consideração o respeito na relação entre profissional, parturiente e família. O cuidado desempenhado pelo profissional de saúde, nesta perspectiva, tem como objetivo oferecer à parturiente e aos envolvidos nesse processo a possibilidade de vivenciar o parto de maneira positiva. Nesse contexto, os profissionais devem atuar como facilitadores no desenvolvimento desta atenção (SCARTON, et al 2015).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), preconizadas influenciam o modelo organizacional dos serviços de saúde e seus centros obstétricos (COs), resultando em uma assistência realmente voltada às necessidades das mulheres e suas famílias. Assim, implantar modificações na estrutura dos COs, transformando-os em espaço mais acolhedores e favoráveis à implementação dessas ações, pode auxiliar na humanização da assistência à parturiente (BUSANELLO, et al 2011)

O processo parturitivo deve configurar-se através de um relacionamento mais humano e próximo à parturiente, possibilitando que a mulher detenha o controle sobre do seu corpo de modo a compreender o que acontece em cada período do

parto, podendo manifestar-se livremente (SCARTON, et al 2015). De acordo com CARVALHO et al (2011), Muitas técnicas consideradas pelo Ministério da Saúde como prejudiciais ao parto continuam sendo utilizadas rotineiramente nos hospitais, caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas.

No intuito de melhorar as condições de assistência ao binômio mãe e filho a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm apoiado práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que garantam uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura (FUJITA, SHIMO,2014). O guia para a atenção ao parto normal publicado pela OMS em 1996, resultados de debates internacionais com base em evidências científicas, foi um marco na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Desde então, governos e sociedade civil organizada se lançaram numa cruzada na divulgação e implementação dessas práticas, o que têm contribuído significativamente para a redução dos óbitos evitáveis.

As práticas de atenção ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, segundo utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional: I- as demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; II- as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; III- aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e IV- as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015).

A implementação dessa política de humanização ainda representa um grande desafio no cenário da atenção obstétrica. A forma de organização dos serviços de saúde, a indisponibilidade de recursos financeiros e principalmente, a não sensibilização dos trabalhadores de saúde para os princípios preconizados por esse ideário, consagram-se como aspectos que dificultam a efetivação de uma assistência humanizada e de qualidade á mulher, ao recém-nascido e sua família (BUSANELLO, 2010).

O tipo de assistência preconizada pelo MS, com intenso respeito às mulheres como seres humanos, deveria ser assegurado por todas as instituições de saúde. Os trabalhadores de saúde devem se adequar a esse novo paradigma de assistência para viabilizar a política de humanização do parto, sendo preciso promover mudanças nos órgãos formadores, na melhoria da infraestrutura hospitalar e nas condições de trabalho (CARVALHO et al., 2011)

Diante desse cenário o enfermeiro obstétrico ainda encontra muitas dificuldades na sua atuação, seja pelos limites impostos pelas estruturas físicas encontradas nas maternidades atualmente, e\ou rotinas hospitalares, seja pela cultura centrada nos médicos que ainda prevalece ou pela falta de capacitação (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA,2015).

A implementação das boas práticas nos centros obstétricos e de fundamental

importância no processo de parturição, porém para que essas ações sejam implantadas e necessário que haja melhorias na estrutura física das maternidades, capacitação dos profissionais, principalmente nas ações preconizadas pelo PHPN que influenciam o modelo organizacional dos serviços de saúde e dos centros obstétricos, a implantação dessa política de humanização, ainda representa um grande desafio no cenário da atenção obstétrica. Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa foi identificar nas publicações científicas quais são as dificuldades para a adesão das boas práticas nos Cos por a equipe e enfermagem, uma vez que esse cuidado deve estar pautado na assistência humanizada e de qualidade.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma revisão de literatura com abordagem descritiva e exploratória, que discute sobre as dificuldades para a adesão de boas práticas no parto e nascimento. As informações foram coletadas através de busca em base de dados, tais como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal Saúde (Ministério da Saúde), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O critério para seleção das publicações foi realizada a partir de artigos disponíveis online, no idioma português, publicados entre (2010-2016), com a temática relacionada ao Parto Humanizado e dificuldades na adesão das boas práticas.

A pesquisa foi realizada no período de Setembro a Novembro de 2016. Da base bibliográfica coletada para a elaboração do artigo foram analisados 40 (quarenta) artigos de acordo com publicação, objetivos, temática, conteúdo e idioma, sendo que no primeiro momento analisamos os objetivos, o idioma e o ano de publicação para reconhecer se estava de acordo com o que queríamos retratar na pesquisa. No segundo momento exploramos o conteúdo cuja temática relacionava-se com as dificuldades para não adesão das boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Destes foram utilizado 18 publicações apresentados a seguir.

TITULO	ANO	AUTORES
Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade	2015	Natália Timm Aires, Sonia Maria Kongzen Meincke. Et al.
“No final compensa ver o rostinho dele.” vivências de mulheres primíparas no parto normal.	2015	Juliane Scarton, Lisie Alande Prates, Laís Antunes Wilhelma. Et al.
A importância da enfermagem no parto humanizado: uma revisão integrativa.	2016	Neusa Ferreira de Campos, Danielle Aurília Ferreira. Et al.

Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validão de instrumento	2015	Elisabete Mesquita Peres de Carvalho, Leila Bernarda Donato Göttems Et al.
As praticas humanizada no atendimento ao parto de adolescente: análise do trabalho desenvolvimento em um hospital universitário do extremo sul do Brasil.	2010	Jusefine Busanello
Atuação do enfermeiro obstetra na assistencia á parturiente: percepções dos profissionais.	2015	Julyenne Dayse Gomes De Oliveira.
Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa.	2010	Clara Frões de Oliveira Sanfelice, Antonieta Keiko Kakuda Shimo.
Como os trabalhadores de um centro obstétricos justificam a utilização de práticas prejudicias ao parto normal.	2011	Vanessa Franco de Carvalho, Nalú Pereira da Costa Kerber. Et al.
Condições institucionais desfavoráveis á presença do acompanhante : a visão dos enfermeiros.	2013	Pedro Bernardino Costa Júnior, Isaiane Silva Carvalho, Janile Bernardo Pereira de Oliveira Macedo.
Dificuldades encontradas por enfermeiro para adesão ao modelo assistencial de parto humanizado.	2010	Eliene Moreira de Sant'Ana, Maria Izabel dos Santos de Quadros. Et al.
Humanização da assistencia ao parto natural: uma revisão integrativa	2015	Any Alice Silva Porto, Lucília Pereira da Costa, Nádia Aléssio.
Humanização do parto a atuação dos enfermeiros	2015	Olivia Souza Castro Almeida, Elisabete Rodrigues G. Et al.
Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde	2011	Josefine Busanello, Nalú Pereira da Costa Kerber Et al.
Metodologia de implentação de prática baseada em evidencias cientifica na assistencia ao parto normal: estudo piloto.	2015	Clodoaldo Tentes Côrtes, Rafael Cleison Silva dos Santos Et al.
O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil.	2012	Nádia Zanon Narchi, Elizabete Franco Cruz, Roselane Gonçalves.
Parto humanizado: experiência no sistema único de saúde.	2014	Aparecida Laia da Mata Fujita, Antonieta Keiko Kakuda Shimo.
Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em CO	2013	Greice Machado Pieszak, Marlene Gomes Terra, Eliane Tatsch Neves. Et al.
Percepções de profissinais de enfermagem sobre a humanização.	2015	Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, Maria Yolanda Makuch. Et al.

Tabela 1- Identificação da amostra de pesquisa

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na análise das 18 publicações que relatam a temática sobre as dificuldades para adesão das boas práticas foi possível observar que os estudos apresentam semelhanças nos contextos dos objetivos, resultados e discussões. Os estudos

mostraram informações relevantes a cerca da temática, de modo que foram elencadas três categorias distintas: Capacitação da equipe de enfermagem, espaço físico e recursos materiais deficientes, práticas rotineiras como facilitadora imposta na instituição.

4 | CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O enfermeiro obstetra, nos dias atuais, tem plena consciência de seu papel no cenário moderno da obstetrícia, embora tenha que enfrentar ainda diversas dificuldades no seu campo de ação (SANT'ANA; QUANDRO; DIAS, 2010). Na Enfermagem, um dos principais desafios para o cuidado baseado em evidências científicas é a sua implementação. Interpretações errôneas e alegações do tipo a prática baseada em evidências não tem nada de novo, leva à enfermagem massificada, desconsiderando o cuidado individualizado e existe uma ênfase excessiva nos ensaios clínicos randomizados e nas revisões sistemáticas irrelevantes para a enfermagem representam barreiras e são, muitas vezes, responsáveis pela dificuldade de promover mudanças na prática profissional.

Em geral, essas alegações relacionam-se à falta de motivação e de convicção quanto ao valor da pesquisa para a prática de enfermagem. No entanto, existem, também, barreiras relacionadas à falta de suporte organizacional, de autonomia do enfermeiro para cuidar e de educação permanente para a mudança comportamental (CÔRTEZ et al 2015).

De acordo BUSANELLO (2011) o despreparo dos profissionais da saúde para a atenção humanizada no processo de parturição é destacado como importante desafio enfrentado para a concretização do PHPN nos COs. Para OLIVEIRA (2015) o desafio é a atuação efetiva do enfermeiro obstetra na assistência ao parto, pois estudos já apontam que esses profissionais intervêm positivamente na redução de intervenções desnecessárias, como a prática excessiva do parto cesárea e com conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Diante desse fato é preciso aprimorar a formação dos profissionais de enfermagem na área obstétrica, para que estejam preparados para uma assistência considerada humanizada e ciente das implicações legais de seus atos (JÚNIOR et al., 2015). Tornando-se evidente a importância desses profissionais se atualizarem por meio de cursos de aperfeiçoamento, melhorando o seu desenvolvimento profissional, confirmando que o enfermeiro obstetra é um profissional comprometido e qualificado que proporciona dignidade, segurança e autonomia, resgatando o parto como um evento fisiológico (OLIVEIRA, 2015).

A formação/aperfeiçoamento do profissional dos COS representa uma busca constante e caracteriza-se como um processo permanente. Entende-se que a

educação para o parto constitui-se numa possibilidade de troca de experiências e saberes e fortalecimento das relações interpessoais entre gestante/família/profissionais de saúde. Acredita-se que as ações educativas favorecem o compromisso com a qualidade de vida. Para tal, faz-se necessário que o enfermeiro seja apto para estar assistindo com garantia de serviço satisfatório, e a busca pela capacitação deve ser contínua (CAMPOS et al 2016).

Para a formação humanística dos profissionais da saúde, emerge a concepção de ensino-aprendizagem como um processo permanente, no qual o estímulo à criatividade e à utilização de tecnologias deve também contribuir para instrumentalizar o profissional a estabelecer relações que sejam satisfatórias tanto para ele próprio quanto para os clientes por ele assistidos. Com essa finalidade, a educação favorece a realização do ser humano no sentido de aprender a ser, repercutindo na formação de um profissional com condições de oferecer uma assistência humanizada (BUSANELLO et al; 2011)

5 | ESPAÇO FÍSICO E RECURSOS MATERIAIS DEFICIENTES

A falta de infraestrutura foi destacada como um determinante importante para não cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN. As falhas estruturais compreendem as limitações físicas dos serviços de saúde e a indisponibilidade de materiais e equipamento, além do espaço físico reduzido das salas de parto (BUSANELLO; 2010) para comportar pacientes e acompanhantes, como à falta de recursos materiais suficientes, tais como a ausência da bola suíça, cavalinho, escada de lier e poltronas para acomodar a pessoa que se propõe a acompanhar a mulher (JÚNIOR;CARVALHO;MACEDO, 2013).

De acordo com PIESZAK et al (2013) muitos esforços estão sendo empreendidos com o objetivo de tornar o ambiente de trabalho apto para as práticas de humanização, como o espaço físico mais confortável para a implementação das práticas. Em 2008, a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispôs um regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal com o objetivo de estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de assistências á parturição, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e controle de risco aos usuários e ao meio ambiente. Dentre as recomendações, está a organização do CO em quartos PPP (pré -parto, parto e pós- parto) caracterizados por leitos individuais, com banheiros anexo, destinados a assistência da mulher durante o trabalho de parto, pós- parto imediato (BUSSANELO,2010).

As práticas de uma atenção humanizada ainda estão longe de sua realidade

de trabalho, principalmente em decorrência de normas e rotinas institucionais rígidas. (SOUZA et al., 2011). As mudanças na estrutura e rotinas devem buscar a sensibilização dos profissionais para compreender que o ambiente não se limita apenas ao físico. Mas inclui também o contexto interno das mulheres, o qual abrange seus sentimentos, emoções e percepções, desse modo poderão se dedicar a um cuidado que abranja o ser humano em sua totalidade. A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015).

Nesse contexto percebe-se que ao introduzir um modelo humanizado de parto e nascimento na realidade dos serviços de saúde pode ser um grande desafio, não apenas por trazer novas propostas às práticas assistenciais, mas também por lançar uma redefinição nas relações que envolvem os sujeitos desse processo (BUSANELLO et al 2011).

6 | PRÁTICAS ROTINEIRAS COMO FATOR FACILITADOR

O atual modelo de atenção ao parto no Brasil é caracterizado pelo atendimento predominantemente institucionalizado, excessivamente medicalizado, aliado a elevados índices de cirurgia cesariana e uso indiscriminado da tecnologia e de intervenções rotineiras sem respaldo científico. (SANFELICE; SHIMO; 2010). Muitos profissionais de saúde têm competência técnica e autonomia legal para oferecer os cuidados necessários a parturiente, porém não cumprir esse direito porque estão presos a uma rotina organizacional em que devem aceitar as decisões e ações para prestar assistência a população (AIRES et al 2015).

Segundo os trabalhadores, o modelo de parto humanizado, que visa um conjunto de práticas que tornam a assistência diferenciada da tradicional, com benefício a mulher, a família e ao recém-nascido, confronta-se com a realidade dos centros obstétricos (COs), no quais perpetua-se uma política organizacional de falhas e com divergência entre profissionais (BUSANELLO; 2010). A sobrecarga de trabalho e a restrição da participação dos trabalhadores na política institucional expressam condições de trabalho que desestimulam as práticas assistências humanizadas as parturientes. (BUSANELLO; 2010)

A dificuldade na definição dos papéis e da responsabilidade legal na assistência à parturiente representa um entrave na atuação das enfermeiras obstétricas e é causa de conflitos na equipe de trabalho. As disputas de espaço muitas vezes emergem da desinformação quanto à finalidade da atuação das enfermeiras obstétricas e do claro receio de que essas profissionais extrapolem o limite de suas competências e os médicos sejam responsabilizados por eventuais falhas. Contudo, convém destacar que a enfermeira é responsável por seus atos e irá responder pelos danos

que causar aos clientes no âmbito dos conselhos profissionais, assim como perante a justiça (WINCK; BRÜGGEMANN; MONTICELLI; 2012)

Desde então, sabe-se que o processo de hospitalização para o parto gera várias mudanças na rotina da parturiente e seus familiares, exige adaptações ao ambiente hospitalar, com os profissionais que atuam neste serviço. Essas mudanças podem provocar insegurança e medo, além da própria condição de gestante em trabalho de parto. Se o atendimento a essas mulheres não for adequado, o cuidado pode tornar-se fragilizado, podendo acarretar em implicações durante o processo de parturição (PIESZAK et al., 2013).

As falhas do sistema de saúde são identificado como barreira que não oferecem condições para o desenvolvimento das ações preconizadas a atenção humanizada no parto. De igual forma, elas revelam que as dificuldades para implementação da atenção humanizada ao parto não são vinculados apenas à vontade e à consciência dos profissionais em aderir ao programa (BUSANELLO;2010).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao trabalho de parto e nascimento tem passado nos últimos tempos por diversas atualizações nos mais diversos segmentos da saúde, a práticas humanizadas baseadas em evidências científicas ainda é um desafio para a sua aplicação nas maternidades Brasileiras. Neste artigo foram verificadas as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para não adesão das boas práticas nos centros obstétricos, onde foi possível identificar que a falta de capacitação por parte dos profissionais a sua falta de sensibilização na parturição, a rotina hospitalar com regras institucionais, além da infraestrutura inadequada e a falta de insumos nas maternidades, impossibilita a realização das práticas humanizadas.

Nessa perspectiva, faz-se necessária implantação de cursos de capacitações para toda a equipe dos Cos; adequação da estrutura física dos COs para uma assistência humanizada, bem como os equipamentos necessários para possibilitar o processo de parturição mas acolhedor tornando-se mais qualificado.

REFERÊNCIAS

AIRES, T.N; MEINCKE, K.M.S; CORRÊA, L.C.A; ALVEZ, N.C; FERNANDES, et al. **Aplicabilidades dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade.** Revista Saúde, Santa Maria, V. 41, n. 1, p.263-270, 2015.

ALMEIDA, C. S. O; GAMA, R. E; BAHIANA, M. P. **Humanização ao parto: a atuação dos enfermeiros.** Revista Enfermagem Contemporânea. v.4, n.1, p.87, 2015.

BUSANELLO, J: **As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do**

trabalho desenvolvido em um hospital universitário do extremo do Sul do Brasil. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), p. 15-34-35-38-39, 2010.

BUSANELLO, J; KERBER, C.P.N; FERNANDER, F.M.G; ZACARIAS, et al. **Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde.** Revista Ciência e Cuidados da Saúde. v.11, n. 1, p. 169-170-171, 2011.

CAMPOS, F.N; MAXIMINO, M.F.A. D; VÍGINIO, A.N; SOUTO, V.G.C. **A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa.** Revista de Ciência Saúde Nova Esperança. v.14, n.1, p. 54. 2016.

CARVALHO, F. V; KERBER, C. P, N; BUSANELLO, J; DONÇALVES, G, B; et al. **Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.** Revista Escola de Enfermagem da USP. v.46, n.1, p. 31.2012.

CARVALHO, P. M. E; GOTTEMS, D. B. L; PIRES, M. G. **Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.49, n.6, p.891.2015.

CORTÊS, T. C; SANTOS, S. C. R; CAROD, S. D; OLIVEIRA, et al. **Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.49, n.5, p. 717.2015.

FUJITA, M. L. A. J; SHIMO, K. K. A. **Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde.** Rev Min Enferm. Vol 18. n. 04, p. 1007.2014.

JUNIOR, F. R. A; MAKUCH, Y. M; OSIS, D. M. J. M; BARROS, F. N. **Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia.** Revista de Políticas Públicas SANARE. v.14, n.2, p. 29. 2015.

NARCHI, Z.N; CRUZ, F.E; GONÇALVES, R. **O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1062. 2013.

OLIVEIRA, G. D. J; **Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente: percepção do profissional.** Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Tairi. p.15. 2015.

PIESZAK, M.G; TERRA, G.M; NEVES, T.L; PIMENTA, F.L, et al. **Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico.** Revista Rene . v. 14, n.3, p.2-6. 2013.

PORTO, A. A. S; COSTA, L. P; VELLOSO, N. A.: **Humanização da assistência ao parto natural: uma visão integrativa.** Revista Ciências e Tecnologias. v.1, n.1, p.4. 2015.

SANFELICE, O.F.C; SHIMO, K.K.A. **Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa.** Revista eletrônica de enfermagem. p. 1, 2016.

SCARTON, J; PRATES, A. L; WILHELM, A. L; SILVIA, C. S; POSSATI, B. A; ILHA, et al. **“No final compensa ver o rostinho dele”:** vivências de mulheres primíparas no parto normal. p.144, 2015.

SOUZA, G.T; GAÍVA, M. A.M; MODES, A.S.P. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** Revista Gaúcha de Enfermagem. v.32, n.3, p.480.2011.

VIEIRA, G. D. B; MOURA, V. A. M; ALVES, H. V; RODRIGUES, P. D. **As implicações da prática**

profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: a qualidade da assistência. Universidade Federal do Rio de Janeiro. v.5, n.4, p.654, 2013.

WINCK, R.D; BRUGGEMANN, M.O; MONTICELLI, M. **A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas.** Escola Anna Nery. V.16, n.2, p. 366.2012.

FATORES DIFICULTADORES DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA PÓS-PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 22/11/2019

Juliane Lima Pereira da Silva

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem
Recife, Pernambuco

Francisca Márcia Pereira Linhares

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem
Recife, Pernambuco

Maria Wanderleya Lavor Coriolano Marinus

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem
Recife, Pernambuco

Danielle Santos Alves

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem
Recife, Pernambuco

Amanda de Almeida Barros

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem
Recife, Pernambuco

Auricarla Gonçalves de Souza

Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem
Recife, Pernambuco

RESUMO: Objetivo: Investigar a partir da literatura quais são os principais fatores que dificultam a prática da amamentação

na primeira hora após o parto. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada para conclusão do programa de residência. A revisão foi realizada em artigos científicos em base de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e SCOPUS. Resultados: Foram encontrados 63 artigos científicos, que após leitura completa destes e análise da metodologia, selecionamos 20 artigos. A assistência ao recém-nascido na hora do nascimento consiste em um desses fatores, atualmente, é comprovado que essas práticas assistenciais com o recém-nascido na sala de parto são muitas vezes desnecessárias. O parto cesáreo foi considerado um fator de risco para o aumento de tais procedimentos na sala de parto, e conseqüentemente, para o não cumprimento do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Outros fatores que influenciaram o desfecho foram paridade e o peso ao nascer, pois quanto maior a paridade e o peso da criança, menor é o tempo para a primeira amamentação. Outra questão dificultadora foi a prematuridade. Conclusão: Percebe-se que os principais fatores que comprometem o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança foram as práticas de assistência ao recém-nascido, a realização do parto Cesáreo, paridade da mãe, peso da criança. Desta maneira, vê-se a necessidade

de uma abordagem e um manejo inovador para uma melhor aderência desta ação pelos profissionais e Instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Salas de parto; Recém-nascido.

FACTORS DIFFICULTATING BREASTFEEDING IN THE FIRST POST-HOUR TIME: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To investigate from the literature what are the main factors that hinder the practice of breastfeeding in the first hour after delivery. Methodology: This is a bibliographic review performed to complete the residency program. The review was performed in scientific articles in LILACS, SCIELO, MEDLINE and SCOPUS databases. Results: We found 63 scientific articles, which after reading them and analyzing the methodology, we selected 20 articles. Assistance to the newborn at the time of birth is one of these factors. It is currently proven that these care practices with the newborn in the delivery room are often unnecessary. Cesarean delivery was considered a risk factor for the increase of such procedures in the delivery room and, consequently, for non-compliance with the fourth step of the Child Friendly Hospital Initiative (IHAC). Other factors that influenced the outcome were parity and birth weight, because the higher the parity and the child's weight, the shorter the time for the first breastfeeding. Another difficult issue was prematurity. Conclusion: It is noticed that the main factors that compromise the fourth step of the Child Friendly Hospital Initiative were newborn care practices, cesarean delivery, mother parity, and child weight. Thus, we see the need for an innovative approach and management for better adherence of this action by health professionals and institutions.

KEYWORDS: Breast Feeding; Delivery rooms; Newborn.

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno contém fatores de proteção para a criança pelo fator imunológico de que dispõe, pois existe a capacidade de excreção no colostro de fatores de proteção como a Imunoglobulina A de acordo com a idade gestacional. Essa imunoglobulina é um fator anti *Escherichia coli* enteropatogênica e *Shiguela flexieri* que estão presentes em maior quantidade no colostro em comparação com o leite maduro. O leite materno também contém fatores de crescimento e interleucinas, que estão presentes em maior quantidade quando advêm de mães de prematuros. (BOCCOLINE *et al*, 2013; ODDY, 2013).

A amamentação traz outros benefícios para o bebê como a redução da obesidade, da pressão sanguínea e dos níveis de colesterol, bem como o melhor desenvolvimento cognitivo e motor. O processo da lactação protege a criança contra diversas afecções - como a diarreia, - que podem ser responsáveis por 35 a 86%

das mortes infantis evitáveis, sendo que a amamentação pode reduzir em até 9,3% o coeficiente de mortalidade infantil. (BOCCOLINI *et al*, 2012).

O leite humano age como fator de proteção contra diarreia por possuir, em sua composição, componentes imunológicos, como os oligossacarídeos, que promovem o crescimento de bifidobactérias no intestino, que age protegendo contra a fixação de patógenos na mucosa intestinal (BOCCOLINI *et al*, 2012; APARECIDA *et al*, 2014).

Dentre os benefícios para a mulher, o ato da sucção estimula, por um lado, a involução uterina e redução do sangramento (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006) e, por outro, aumenta o período de infertilidade e reduz as chances de desenvolvimento dos cânceres de mama e ovário (ESTEVES *et al*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a amamentação deva acontecer de forma exclusiva desde o nascimento até os seis meses de idade e continuar, associada a outros alimentos, até os dois anos ou mais (BRASIL, 2008). Essa recomendação apoia-se nos benefícios que o leite materno pode trazer à saúde da criança, da mulher, da família e do meio ambiente. Para a saúde da criança, o leite materno atua como um fator de proteção imunológica, pois contém a Imunoglobulina A que protege o neonato contra infecções intestinais, contra alergias e outras afecções (BOCCOLINI *et al*, 2013).

A amamentação ainda na sala de parto possibilita ao recém-nascido uma melhor adaptação da vida extrauterina, a regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica (ESTEVES *et al*, 2014). Para as mães, a sucção precoce estimula a hipófise na produção de ocitocina e prolactina, aumentando a produção de leite pelo organismo (MONTEIRO;GOMES;NAKANO, 2006).

A OMS classifica os percentuais de adesão ao aleitamento na primeira hora para mães e recém-nascidos saudáveis entre 0 e 29% como “muito ruim”, 30 a 49% “ruim”, 50 a 89% “bom” e de 90 a 100% “muito bom”. A execução desta prática, para o sucesso do aleitamento materno, ainda encontra barreiras que impedem sua implantação eficaz nas instituições de saúde.

Considera-se importante estabelecer os fatores que impedem a amamentação na primeira hora de vida, uma vez que eles podem servir de recurso para tomada de decisões no aperfeiçoamento desta prática nas instituições de atenção à saúde materno-infantil. Esta revisão tem por objetivo investigar, a partir da literatura, quais são os principais fatores que dificultam a prática da amamentação na primeira hora após o parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão do tipo narrativa, realizada para conclusão do programa de residência. A revisão foi realizada em artigos científicos nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e SCOPUS.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 63 artigos científicos, que após leitura completa destes e análise da metodologia, selecionamos 20 artigos que abordam a temática proposta.

Uma das formas de estímulo para a amamentação exclusiva é a amamentação na primeira hora de vida, pois esse ato aumenta não só o empoderamento das mães, mas também promove o vínculo mãe-bebê, sendo fundamental para a manutenção da lactação e para a redução da mortalidade infantil (BOCCOLINI *et al*, 2011). A recomendação do aleitamento precoce fundamenta-se no fato de que o bebê geralmente dorme após duas a três horas depois do parto, tornando difícil a prática após esse período (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

O tempo entre o nascimento e a primeira mamada não deve ser avaliada apenas na primeira hora pós-parto, porquanto é necessário observar em quanto tempo essa prática ocorre, pois quanto mais tarde é o início da amamentação, maiores são os riscos de mortalidade neonatal. No estudo realizado por Boccolini *et al*, 2008, 81% das puérperas amamentaram seus filhos nas primeiras 24 horas de vida deles, tendo a média do desfecho em seis horas pós-parto, sendo em média 4 horas para as mães que tiveram parto normal e 10 horas para as que se submeteram ao parto cesáreo.

O aleitamento precoce encontra barreiras para ser implantado nas maternidades. Apesar do credenciamento de algumas instituições como Hospital Amigo da Criança, com o objetivo de apoiar e incentivar a amamentação, essa prática ainda não alcançou as mulheres de forma satisfatória, visto que a amamentação na primeira hora de vida ainda não encontra todos os binômios (BOCCOLINI *et al*, 2011).

Diversos fatores podem contribuir para a não realização do aleitamento materno precoce. A assistência ao recém-nascido na hora do nascimento consiste em um deles. É comprovado que essas práticas assistenciais com o recém-nascido na sala de parto são muitas vezes desnecessárias, e algumas podem ser até prejudiciais. São recomendadas técnicas como o clampeamento tardio do cordão, amamentação precoce e contato pele a pele. Porém, tais orientações variam de acordos com as instituições (MOREIRA *et al*, 2014).

Estudo realizado em cinco macrorregiões do país indicou que, dentre os

cuidados com os neonatos, a aspiração das vias aéreas esteve presente em 62,5% dos partos na região do Nordeste. A proporção das intervenções foi alta entre as mulheres com maior nível de escolaridade, brancas, submetidas ao parto cesáreo e primíparas (MOREIRA *et al*, 2014).

A aspiração das vias aéreas, gástricas e o uso de oxigênio em bebês saudáveis já vêm sendo considerados desnecessários desde 2010, sendo adequado que os neonatos recebam os cuidados estando com a mãe. Porém desincorporar tais práticas constitui-se num desafio entre os profissionais de saúde (MOREIRA *et al*, 2014).

O internamento do recém-nascido longe da mãe também foi identificado dentre as práticas não recomendadas, com consequente separação da díade. Esse fato foi mais prevalente em mulheres com alto nível de escolaridade, verificando-se que o nível de estudo elevado não constitui um fator de proteção para as boas práticas no pós-parto (MOREIRA *et al*, 2014; SÁ, 2016).

No estudo de Boccolini *et al*, 2008, o fator que mais influenciou negativamente o desfecho da amamentação foi a internação do bebê no berçário. Observou-se em outro estudo que menos da metade dessa população conseguiu ser amamentada no período de um dia, comprovando que a internação longe da mãe constitui uma barreira física (VIEIRA *et al*, 2010).

O parto cesáreo foi considerado um fator de risco para o aumento de tais procedimentos na sala de parto, e consequentemente, para o não cumprimento do quarto passo da IHAC. A prática da amamentação na primeira hora de vida foi encontrada em maior prevalência nos pós-partos normais (MOREIRA *et al*, 2014; Thulerl; Wall; Souza, 2018).

No estudo de Arruda, 2018, foram avaliadas 905 mulheres, onde em seus resultados, encontrou associação significativa entre via de parto de amamentação na primeira hora, sendo os bebês mais amamentados de forma precoce, aqueles nascidos de parto vaginal.

O tipo de parto consiste num fator de risco para a amamentação tardia, já que as mulheres ainda estão sob o efeito da anestesia, fato que impede a movimentação adequada de seus braços, logo, limita o contato da díade (VIEIRA *et al*, 2010; ANTUNES, 2017; SÁ, 2016; SAMPAIO, 2016).

No parto vaginal, o contato direto da mãe com o bebê nos primeiros minutos pós-nascimento contribui para que o bebê reconheça e estabeleça mais vínculo com a mãe, dando sinais de estar pronto para a amamentação. A cirurgia cesariana pode ser uma barreira ao início da amamentação, visto que o contato entre mãe e bebê é atrasado devido aos procedimentos pós-operatórios, como a internação da mesma na sala de recuperação pós-anestésica (ARRUDA, 2018; NETTO, 2016).

Outros fatores influenciadores do desfecho foram paridade e peso ao nascer,

pois quanto maior a paridade e o peso da criança, menor é o tempo para a primeira amamentação. Mães que já amamentaram antes possuem um maior conhecimento do assunto, e, portanto, são mais seguras para colocar o bebê no peito (VIEIRA *et al*, 2010; PEREIRA, 2013).

Quanto maior o neonato, mais segurança a mãe sente no manejo com o mesmo pela sua aptidão fisiológica, que facilita o aleitamento. Outra questão dificultadora foi a prematuridade, a partir da qual se observa que o neonato ainda não tem uma boa coordenação da sucção-deglutição-respiração, além disso, os pré-termos passam mais tempo dormindo, dificultando a percepção das mães quanto à fome (VIEIRA *et al*, 2010).

As intercorrências durante o trabalho de parto também retardaram o tempo da primeira amamentação. Nessa situação, foi possível apontar que houve alterações do nível glicêmico e da frequência cardíaca e respiratória, cianose e icterícia nos neonatos (BOCCOLINI *et al*, 2008).

Os profissionais que assistem à mulher no momento do parto também se mostraram como fator influenciador para o começo da lactação. Um estudo realizado na Etiópia, com o objetivo de verificar os fatores que colaboram para o início tardio da amamentação, revelou que as mães assistidas por parteiras são mais propensas a terem o tempo reduzido para o início do aleitamento materno em comparação com as assistidas por profissionais de saúde institucionalizados (HORII; GUYON; QUINN, 2011).

Um estudo realizado em Maringá trouxe relatos de profissionais médicos sobre a prática. Os mesmos relatavam que as divergências de conduta dificultavam a adesão em suas práticas na sala de parto. Por outro lado, a equipe de enfermagem do mesmo estudo relatava que a assistência fragmentada entre mãe e criança dificultava uma visão mais holística em relação ao binômio (ANTUNES, 2017). Este resultado concorda com Sampaio (2016), que em seu estudo, encontrou que a amamentação precoce foi estimulada principalmente por enfermeiros e neonatologistas na sala de parto.

O local do nascimento também influenciou esse início, sendo evidenciado que mulheres cujo parto ocorreu em casa iniciavam a prática do aleitamento materno mais rapidamente do que aquelas que pariam em ambiente hospitalar. Isso pode ser explicado pelo fato de os profissionais de saúde não terem a sensibilidade com o binômio e por estes estarem atrelados a práticas e rotinas hospitalares que prejudicam o tempo do contato pele a pele entre mãe e bebê, como preconizado nas diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (HORII; GUYON; QUINN, 2011).

Uma dificuldade pouco relatada na literatura é a questão do cansaço pós-parto. Em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto, que investigou a percepção das mulheres em relação ao contato precoce pele a pele e à amamentação precoce, foi

percebida nas falas que a exaustão do trabalho de parto era um fator de desconforto, porém, elas aceitavam amamentar pelo fato de serem “boas mães” (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Nota-se, então, uma passividade por parte das puérperas, pois muitas encaram esses desconfortos como normais e inerentes à maternidade, evidenciando-se, desse modo, a história da maternidade idealizada, na qual a mãe precisa sacrificar seu bem-estar em função dos filhos (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Em relação ao contato precoce pele a pele, foram verificadas sensações de estranhamento por parte das mães ao receberem seus filhos ainda com fluidos do parto. Isso pode ser compreendido pela forte institucionalização do processo do nascer, fato que faz as mulheres esquecerem que o parto é um processo natural e, conseqüentemente, acham esquisito receberem seus filhos “sujos”, preferindo recebê-los já limpos e vestidos (MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006).

Percebe-se que vários fatores podem dificultar a prática da amamentação na primeira hora de vida. Assim é que se vê a necessidade de uma abordagem e de um manejo inovador para uma melhor aderência dessa ação. Em uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada em Santa Maria, com o objetivo de conhecer a percepção das mulheres em relação aos fatores que influenciam na amamentação, elas, quando indagadas sobre os benefícios da amamentação, referiam em suas falas explicações sobre os benefícios do aleitamento materno que pareciam repetitivas (JUNGES *et al*, 2010).

Foi detectada, então, a necessidade dos profissionais transcenderem as questões biológicas, que já estão mais do que comprovadas pela literatura. Isso é importante porque estimular a amamentação nas mães apenas com argumentos biológicos não garante a apreensão destas no ato, sendo necessárias, então, outras estratégias para implantar o processo da lactação (JUNGES *et al*, 2010).

Esse tipo de informação verticalizada pode passar a impressão de autoritarismo e impossibilita as puérperas de trocar experiências e relatarem seus sentimentos aos profissionais. Nesse sentido, é essencial que os profissionais estejam abertos às crenças e aos mitos que essas mulheres podem referenciar, a fim de elas poderem apoiar, da melhor maneira possível, a amamentação (JUNGES *et al*, 2010).

Uma forma de mudar esse quadro consiste na capacitação dos profissionais com a finalidade de fazê-los promover e apoiar o aleitamento materno nas primeiras horas de vida e superar as diversas barreiras que dificultam essa prática. Além disso, é de suma importância que a mulher obtenha informações sobre amamentação durante o pré-natal, na maternidade e que seja acompanhada no período em que esteja amamentando (BOCCOLINI *et al*, 2011).

É preciso que exista uma complementariedade entre a atenção básica e o ambiente hospitalar, para que a promoção, o incentivo e o apoio à amamentação

sejam assegurados e, por conseguinte, para que o aleitamento na primeira de hora de vida do recém-nascido seja uma realidade, como preconiza a OMS. Essa interação também é importante para o empoderamento da gestante, pois, através do conhecimento dos seus direitos, ela poderá ser protagonista de seu parto e não dependerá apenas das decisões institucionais (BOCCOLINI *et al*, 2011).

4 | CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que ações educativas com objetivo com de orientar e sensibilizar os profissionais que atendem a mulher durante o parto deverá ser uma prática instituída pelos serviços de saúde para melhorar o cenário da prática da amamentação precoce. Embora existam evidências científicas e recomendações para colocar o recém-nato junto ao corpo da mãe assim que ele nasce, a realização dessa rotina ainda encontra diversas barreiras a serem vencidas.

A discussão dessas rotinas assistenciais à luz de evidências atuais pode proporcionar o abandono de práticas hoje consideradas desnecessárias e até prejudiciais à saúde do recém-nascido. A educação sobre a importância da amamentação precoce deve ser levada não só à gestante, mas também à população em geral, tendo em vista a importância do apoio dos familiares e da rede social. Intervenções combinadas como educação em saúde, melhoria da estrutura dos serviços, com o apoio das secretarias de saúde e campanhas na mídia podem conferir resultados positivos na promoção da amamentação na primeira hora pós-parto.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M.B.; DEMITTO, M.O.; SOARES, L.G.; RADOVANOVIC, C.A.T.; HIGARASHI, L.A.; ICHISATO, S.M.T.; PELLOSO, S.M. **Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional.** *Av Enferm.* v. 35, n.1, p. 19-29. 2017.
- APARECIDA, K.R.M.; CHAVES, L.C.; FILIPINI, R.; FERNANDES, I.C. **Percepção das mães em relação ao aleitamento materno no período do pós parto.** *ABCS Health Sci.* v.39, n.3, p. 146-152. 2014.
- ARRUDA, G.T.; BARRETO, S.C.; MORIN, V.L.; PETTER, G.N.; BRAZ, M.M.; PIVETTA, H.M.F. **Existe relação da via de parto com a amamentação na primeira hora de vida?** *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v.31, n.2, p. 1-7, abr./jun. 2018.
- BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C. **Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras.** *Ciências Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1857-63, jul. 2012.
- BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C.; ESCAMILHA, R.P. **A amamentação na**

primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 89, n.2, p. 131-36, mar/abr. 2013.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C.; LEAL, M.C.; CARVALHO, M.S. **Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada.** *Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.11, p.2681-94, nov.2008.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C.; VASCONCELOS, A.G.G. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.** *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.1, p.69-78, fev.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: diretrizes de ação para o SUS**, Brasília, 2008.

ESTEVES, T.M.B.; DAUMAS, R.P.; OLIVEIRA, M.I.C.; ANDRADE, C.A.F.; LEITE, I.C. **Fatores Associados à amamentação na primeira hora de vida: Revisão Sistemática.** *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.48, n.4, p.697-703, ago.2014.

HORII, N.; GUYON, A.B.; QUINN, V.J. **Determinants of delayed initiation of breastfeeding in rural Ethiopia: Programmatic implications.** *Food Nutr Bull*, v.32, n.2, p.94-102, 2011.

JUNGES, C.F.; RESSEL, L.B.; BUDÓ, M.L.D.; PADOIN, S.M.M.; HOFFMANN, I.C.; SEHNEM, G.D. **Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno.** *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v.31, n.2, p.343-50, jun.2010.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S. **Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto.** *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v.19, n.4, p.427-32, ago. 2006.

MOREIRA, M.E.L.; GAMA, S.G.N.; PEREIRA, A.P.E.; SILVA, A.A.M.; LANSKY, S.; PINHEIRO, R.S.; GONÇALVES, A.C.; LEAL, M.C. **Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.128-39. 2014.

NETTO, A.; SPOHR, F.A.; ZILLY, A.; FRANÇA, A.L.O.; BRISCHILIARI, S.C.R.; SILVA, R.M.M. **Amamentação na primeira hora de vida em uma instituição com iniciativa hospital amigo da criança.** *Ciênc. cuid. saúde*, v. 15, n. 3, p. 515-521, set. 2016.

ODDY, W.H. **Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal.** *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 89, n. 2, p. 109-111, Apr. 2013.

PEREIRA, C.R.V.R.; FONSECA, V.M.; OLIVEIRA, M.I.C.; SOUZA, I.E.O.; MELLO, R.R. **Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida.** *Revista Brasileira Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.525-34. 2013.

SAMPAIO, A.R.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. **Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, June 2016.

SÁ, N.N.B.; GUBERT, M.B.; SANTOS, W.; SANTOS, L.M.P. **Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011.** *Rev. bras. epidemiol.* v.19, n.3, Jul-Set. 2016.

SOARES, F.M.; GOUVEIA, M.T.O.; ROCHA, S.S.; GONÇALVES, L.R.R. **Early contact: mother-and-infant bond in the first hour of life.** *Rev Enferm UFPI*. v.3, n.3, p. 94-9 Jul-Set. 2014.

THULER, A.C.M.C.; WALL, M.L.; SOUZA, M.A.R. **Caracterização das mulheres no ciclo gravídico-**

puerperal e o incentivo à amamentação precoce. Rev enferm UERJ. v. 26 p. e16936. Rio de Janeiro. 2018.

VIEIRA, T.O.; VIEIRA, G.O.; GUIGLIANI, E.R.J.; MENDES, C.M.C.; MARTINS, C.C.; SILVA, L.R. **Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study.** Dez. 2010

WHO (World Health Organization). **Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes.** Geneva; 2003.

MATERNAGEM AMPLIADA: VIVÊNCIAS DE AVÓS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 22/11/2019

Data de submissão: 14/10/2019

Hávila Kless Silva Gonçalves

Centro Universitário UNIFAMETRO

Fortaleza-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2372588410284640>

Karla Maria Carneiro Rolim

Universidade de Fortaleza

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4306868040124389>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7914-6939>.

**Henriqueta Ilda Verganista Martins
Fernandes**

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Porto - Portugal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8440-3936>.

Kamila Silton Pinheiro de Freitas

Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1582982260276868>

Isabel Freitas dos Santos

Centro Universitário UNIFAMETRO

Fortaleza-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0671128958534889>

Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque

Universidade Federal do Amazonas

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/3232251189580311>

Vitória Germano Oliveira de Sousa

Centro Universitário UNIFAMETRO

Fortaleza-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3407954992848648>

RESUMO: Objetivou-se descrever as vivências de avós em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a partir da perspectiva da maternagem ampliada. Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, realizado na UTIN de uma maternidade pública de alta complexidade, referência em atendimento obstétrico e neonatal na cidade de Fortaleza-Ceará. Aplicou-se uma entrevista semi-estruturada. Para uma melhor compreensão dos resultados foram criados dois subtemas: as avós e a maternagem ampliada: percepção quanto aos cuidados com seus netos na UTIN; A relação avós/equipe de Enfermagem na UTIN. Conclui-se que é importante à relação avós/recém-nascido/equipe de Enfermagem, e o quanto as avós sentem-se, interessadas e preocupadas em saber sobre seus netos no ambiente da UTIN.

PALAVRAS-CHAVE: Avós. Maternagem ampliada. Recém-Nascido. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

EXTENDED MATERNITY: GRANDPARENT'S EXPERIENCES IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: This study aimed to describe the experiences of grandparents in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) from the perspective of extended maternity. This is a descriptive exploratory study of a qualitative nature, carried out in the NICU of a highly complex public maternity hospital, a reference in obstetric and neonatal care in the city of Fortaleza-Ceará. A semi-structured interview was applied. For a better understanding of the results, two subthemes were created: grandparents and extended motherhood: perception of care with their grandchildren in the NICU; The grandparents / nursing team relationship in the NICU. It is concluded that it is important to the relationship grandparents / newborn / nursing staff, and how much grandparents feel, interested and concerned to know about their grandchildren in the NICU environment.

KEYWORDS: Grandparents. Extended maternity. Newborn. Nursing. Intensive Care Units, Neonatal.

1 | INTRODUÇÃO

A chegada de uma criança ao mundo sempre representa um sentimento de grande expectativa para a mulher e sua família. Porém, existem situações que podem levar o recém-nascido (RN) a ter um comprometimento maior em sua saúde, que acaba por ter que depender de cuidados especializados e serem imediatamente após o parto encaminhados para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Quando esse momento acontece às pessoas que fazem parte da relação com aquele RN, ou seja, a sua família, passam a experimentar sentimentos como sofrimento, ansiedade e estresse emocional (GIMÉNEZ; SÁNCHEZ, 2015; FINLAYSON *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2013).

A UTIN se caracteriza por ser um ambiente de alta complexidade tecnológica, com recursos além de tecnológicos, humanos, que possibilitam dessa maneira a sobrevivência do RN clinicamente grave e é exatamente a hospitalização que expõe a família a vulnerabilidade emocional quando percebem que a vida daquele ser pequeno e frágil depende de cuidados intensivos e associa também o ambiente a possibilidade de morte da criança (CARTAXO *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2012).

A atenção humanizada envolve dentro do contexto da UTIN o desenvolvimento e estímulo a maternagem, que tem como preceitos o conjunto de cuidados realizados pela mãe ao RN visando atender às suas necessidades, que não envolve somente o ato de segurar o bebê, mas também o suporte emocional e físico. Esse processo envolve a compressão das necessidades da criança para que se estabeleça uma rotina contínua para a construção do vínculo entre mãe/família/bebê (MOREIRA;

LOPES; CARALHO, 2004).

Consoante os autores supracitados, a maternagem torna-se ampliada quando esta é estendida para os familiares que estão envolvidos no cuidado, como o pai e as avós, e a prática do cuidar no ambiente neonatal envolve também a família e a compreensão de que ela ajudará o RN a ter um desenvolvimento saudável.

Um estudo evidenciou que existem forças negativas ou positivas que impulsionam a maternagem na UTIN, dentre elas a equipe de saúde, o apoio emocional, a comunicação efetiva, a inclusão da família no cuidado que é prestado ao RN, o trabalho em equipe, o desejo de aprender e de vencer (SANTOS *et al.*, 2017). Além da presença da mãe no cuidado, torna-se importante a presença da avó que é uma figura importante no suporte emocional, no apoio, no carinho e no afeto demonstrado tanto para os filhos como para os netos (DEUS; DIAS, 2016).

Sabendo da importância da família para a recuperação do RN internado em UTIN, levantou-se o seguinte questionamento: *como as avós vivenciam/enxergam o cuidado prestado ao RN em terapia intensiva?* Este estudo possibilitou observar a importância do profissional em embasar a sua prática nos conhecimentos científicos, de forma a desenvolver maneiras de cuidar adequadas para as necessidades de quem precisa ser cuidado.

Diante das considerações o objetivo do estudo foi descrever as vivências de avós em UTIN a partir da perspectiva da maternagem ampliada.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, realizado na UTIN de uma maternidade pública de alta complexidade, referência em atendimento obstétrico e neonatal na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. A Unidade dispõe de 51 leitos distribuídos em quatro áreas, onde atua uma equipe multiprofissional composta por 26 enfermeiras, distribuídas em escala de serviço, nos períodos diurnos e noturnos.

Participaram do estudo enfermeiras e 10 avós de RN internados na UTIN, sendo esses identificados com a letra E (enfermeiras) e a letra A (avós), para preservação das identidades. Os dados foram obtidos durante o período de julho a setembro de 2014, após a anuência dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os instrumentos para a coleta de dados no campo foram observação da dinâmica da Unidade e o processo de acolhimento das avós e uma entrevista semiestruturada composta de questões relacionadas à identificação e percepção das avós quanto à comunicação entre enfermeiras e avós na UTIN.

Os dados obtidos das observações e entrevistas foram compilados e analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), definida como conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, por meio do ofício nº 715.718, em acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise e para uma melhor compreensão dos resultados os dados foram apresentados em duas categorias: As avós e a maternagem ampliada: percepção quanto aos cuidados com seus netos na UTIN; A relação avós/equipe de Enfermagem na UTIN.

As avós e a maternagem ampliada: percepção quanto aos cuidados com seus netos na UTIN

Durante a realização da pesquisa identificou-se que as avós percebiam que seus netos estavam sendo bem cuidados pela equipe de saúde da UTIN, embora não entendessem o tratamento por eles recebido nem o significado de todos aqueles “aparelhos instalados” nas crianças.

As avós que, pela primeira vez visitavam seus netos, não expressaram nenhuma opinião negativa quanto aos cuidados. Outras avós que já conheciam a ambiência neonatal, tinham uma percepção maior da assistência direcionada aos seus netos, como se pode observar nas falas:

“Estou vendo hoje ele pela primeira vez, mas acho que está melhorando sim (A1)”.

“Está sendo bem cuidado, vai se recuperar logo (A4)”.

“Bom, ele está com pessoas boas (A5)”.

“Estou gostando, só uma vez que se descuidaram e o bebê arrancou tudo (A6)”.

“Acho bom, até onde eu vi o tratamento era bom (A9)”.

“Acho que sim na medida do possível {...} tem tecnologia lá dentro da Unidade (A10)”.

As avós, assim como os demais familiares que estão inseridos em ambiente de UTIN, demonstraram sentir segurança no tratamento e no cuidado prestado a

partir da visualização da tecnologia como meio para estimular a recuperação do bebê, além do cuidado que é prestado pelo profissional.

Apesar da percepção positiva dos avós, persiste o sentimento de pertencimento ao grupo familiar, de forma a garantir espaço para que todos pais, irmãos e avós, desempenhem seus papéis, em consonância ao pensamento de Soulé (1999). Destaca-se a presença da avó na UTIN, com o objetivo de proporcionar a maternagem ampliada como uma pessoa que também pode oferecer colo e segurança para o RN (BRAGA *et al.*, 2001).

Quando questionadas sobre a forma como os seus netos eram tratados e se havia necessidade de mudanças no cuidado, elas expressaram em suas falas:

“Nas poucas vezes que eu vim, nunca vi nada de ruim (A5)”.

“Está mais do que ótimo, nada para mudar (A2)”.

“Enquanto elas tiverem cuidando bem dele (A1)”.

“Espero que melhorem que elas falem mais da minha neta (A9)”.

Percebe-se que muitas avós estavam preocupadas não com elas, mas sim, com seus netos, e também gostariam que a equipe de Enfermagem oportunizasse maior contato, explicando como estava o estado de saúde dos bebês.

Com o estímulo para ofertar uma atenção diferenciada e singular, os profissionais envolvidos na assistência ao RN internado em UTIN, têm preconizado ações focadas na integralidade e individualidade do cuidado, de forma a garantir cientificidade e humanização em seus atos e condutas, amparados pela tecnologia necessária ao tratamento e recuperação do RN.

Outrossim, os profissionais devem ofertar acolhimento à família e favorecer o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo entre RN/famíliares/equipe de saúde (BRASIL, 2017). Estudos sobre a humanização do cuidado revelam a importância da comunicação entre profissionais e familiares de forma afetiva e efetiva durante toda a hospitalização do RN (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A relação avós/equipe de Enfermagem na UTIN

A interação da equipe com a família/avó de RN internados em UTIN é importante na plena recuperação e na evolução clínica desses bebês. A maioria das avós relataram que eram sempre bem tratadas, que suas relações com a equipe de Enfermagem eram satisfatórias. Ressaltaram que, enquanto os seus netos estiverem bem cuidados elas estariam bem e, quanto melhor fosse o tratamento, melhor seria recuperação dos bebês. O apoio e a comunicação representam duas forças que devem ser produzidas pela equipe, que contribuem de forma significativa para o processo de maternagem nas UTIN (ABDEYAZDAN *et al.*, 2014).

Quando questionadas sobre o surgimento de dúvidas e a comunicação com os profissionais de Enfermagem elas relataram:

“Nenhuma, tudo que quero saber, elas respondem (A5)”.

“Não, toda vez que eu pergunto eles falam bem direitinho (A1)”.

“Eles falam se eu não entender pergunto e falam de novo (A9)”.

“Entendo, se tiver dúvida pergunto (A7)”.

“Nunca entendo, mas ai eu pergunto de novo (A6)”.

“Se não entendo, eu pergunto, porque são muitos aparelhos (A4)”.

“Não entendo muito o que as enfermeiras dizem (A1)”.

A comunicação do profissional com o familiar deve ser facilitada por uma linguagem clara e concisa, de forma que aquele que recebe a mensagem possa sentir segurança naquilo que é passado.

Dessa maneira o fator empatia deve permear as ações dos profissionais não somente de Enfermagem, mas de todos os envolvidos no cuidado, pois se deve adentrar na vida da família e enxergar com os olhos de quem vive a experiência e não somente como um espectador, de forma a se sensibilizar e valorizar as experiências humanas, bem como ter compaixão pela dor do outro (SANTOS *et al.*, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Ao final do estudo percebeu-se o quão importante é a relação avós/RN/equipe de Enfermagem, e o quanto as avós sentem-se, interessadas e preocupadas em saber sobre seus netos no ambiente da UTIN. Observou-se que elas têm grande confiança no trabalho da equipe de Enfermagem, aliado a esperança e otimismo quanto à recuperação dos netos.

Constatou-se também que a equipe de Enfermagem deve proporcionar às avós um ambiente acolhedor, apoiando-as, quando necessário, por meio de gestos e palavras de carinho, informando e orientando quanto à dinâmica da UTIN assim como quanto à aparelhagem utilizada no tratamento do RN. Foi possível constatar, também, no estudo, a relevância do conforto e incentivo à participação das avós junto à equipe de saúde, durante a permanência do bebê na UTIN.

Ressalta-se a importância da equipe de Enfermagem em repensar suas práticas com uma visão humanística, buscando oportunidades de crescimento científico e emocional, visando melhorar a relação com as avós em ambiente de

terapia intensiva, entendendo a importância desta e estimulando-as na participação ativa da recuperação de seus netos.

REFERÊNCIAS

- ABDEYAZDAN, Z.; SHAHKOLHI, Z.; MEHRABI, T.; HAJIHEIDARI, M. **A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit.** Iran J Nurs Midwifery Res., v.19, n.4, p. 349-353, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145487/>> Acesso em: 06 set. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRAGA, N. A. et al. **Maternagem ampliada: a transgeracionalidade em UTI Neonatal.** Pediatria Moderna, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução Nº466. **Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.** Governo Federal - Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** Manual Técnico. Brasília: DF, 2017.
- CARTAXO, L.S.; TORQUATO, J.A.; AGRA, G.; FERNANDES, M.A.; PLATEL, I.C.S.; FREIRE, M.E.M. **Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev Enferm UERJ., v. 22, n. 4, p. 551-557, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>> Acesso em: 05 set. 2019.
- DEUS, M.D.; DIAS, A.C.G. **Avós cuidadores e suas funções: uma revisão integrativa da literatura.** PEPsic. Periódicos Eletrônicos em Psicologia., v. 20, n. 2, p. 56-69, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v20n2/v20n2a05.pdf>> Acesso em: 05 set. 2019.
- GIMÉNEZ, E.C.; SÁNCHEZ, L.M. **Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia.** Texto Contexto Enferm., v. 26, n.3, p.1-10, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>> Acesso em: 05 set. 2019.
- FINLAYSON, K.; DIXON, A.; SMITH, C.; DYKES, F.; FLACKING, R. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. **Sex Reprod Healthc.**, v.5, n.3, p.119-124, 2014. Disponível em: <http://clock.uclan.ac.uk/11258/1/11258_Finlayson_pre_print.pdf> Acesso em: Acesso em: 05 set. 2019.
- MOREIRA, M.E.L.; LOPES, M.A.; CARALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar.** Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2004.
- NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente.** Cogitare Enferm., v. 20, n.3, p. 636640, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2016/10/40016-162735-1-PB.pdf>> Acesso em: 06 set. 2019.
- SANTOS, L.F.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; MUNARI, D.B.; PEIXOTO, M.K.A.V.; SILVA, C.C.; FERREIRA, A.C.M. et al. **Grupo de suporte como estratégia para assistência de Enfermagem a família de recém-nascidos hospitalizados.** Rev. Eletr. Enferm., v.14, n.1, p.42-49, 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

SANTOS, L.F.; SOUZA, I.A.; MUTTI, C.F.; SANTOS, N.S.S.; OLIVEIRA, L.M.A.C. **Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal.** Texto Contexto Enferm., v. 26, n.3, p.1-10, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

SANTOS, L.F.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; PEIXOTO, M.K.A.V. **Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante.** Rev Bras Enferm., v. 66, n.4, p.473-478, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a02.pdf>> Acesso em: 05 set. 2019.

SANTOS, L.F.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; MUNARI, D.B.; BARBOSA, M.A.P.; VERONEZ, M.K.A.; NOGUEIRA, A.L.G. **When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child.** Enfermería Global., v.14, n.37, p. 216-226, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/en_docencia4.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

SOULÉ, M. **A placenta, sua obra, sua abnegação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

QUALIFICANDO MÃES PARA ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO: OLHAR MATERNO NO MÉTODO CANGURU

Data de aceite: 22/11/2019

Maria de Belém Ramos Sozinho

Centro Universitário do Estado do Pará
Belém-Pará

Maria de Nazaré da Silva Cruz

Centro Universitário do Estado do Pará
Belém-Pará

Bruna De Paula Santana Lima

Centro Universitário do Estado do Pará
Belém-Pará

Marlene Sousa Ferreira

Centro Universitário do Estado do Pará
Belém-Pará

RESUMO: Objetivo: conhecer a percepção materna da equipe de Enfermagem na orientação dos cuidados ao RN no método canguru. Método: estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizada no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), tendo como participantes 16 mães de neonatos internados na enfermaria mãe canguru na 2ª etapa do método. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CESUPA e da FSCMPA e obedeceu a Resolução 466/12 da CONEP. Resultados: a partir dos relatos identificou-se alguns eixos temáticos e categorias para melhor explicação.

Considerações Finais: o estudo realizado demonstrou que após as orientações prestadas pela equipe de enfermagem, as mães se sentem acolhidas e ficam mais seguras para realizar os cuidados dos seus bebês. A enfermagem, junto à equipe multidisciplinar, tem desempenhado papel fundamental na implementação do MMC e no fortalecimento do vínculo afetivo entre o bebê, a mãe e sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Método Canguru; Cuidados de Enfermagem; Recém-Nascido.

QUALIFYING MOTHERS FOR NEWBORN CARE: LOOKING MATERNALLY AT KANGURU METHOD

ABSTRACT: Objective: to know the maternal perception of the nursing team in the orientation of newborn care in the kangaroo method. Method: a descriptive study with a qualitative approach, performed at the Santa Casa Foundation Hospital of Misericordia do Pará (FSCMPA), with participants of 16 mothers of newborns admitted to the ward kangaroo mother in the second stage of the method. The project was approved by the Research Ethics Committee of CESUPA and FSCMPA and complied with CONEP Resolution 466/12. Results: from the reports some thematic axes and categories

were identified for better explanation. Final Considerations: The study showed that after the guidance provided by the nursing staff, mothers feel welcomed and are safer to take care of their babies. Nursing, along with the multidisciplinary team, has played a fundamental role in the implementation of MMC and in strengthening the affective bond between the baby, the mother and their family.

KEYWORDS: Kangaroo Method; Nursing Care; Newborn.

1 | INTRODUÇÃO

O Método Canguru (MC) é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado. É desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS no 1.683, de 12 de julho de 2007, que parte dos princípios da atenção humanizada⁽¹⁾. Implica no contato pele a pele precoce entre mãe e o recém-nascido (RN) de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma inserção dos pais no cuidado ao filho. O MC consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em contato com o peito de um adulto, assim como fazem os marsupiais; ou seja, como um canguru que cria seu filhote numa bolsa ventral, onde amamenta e protege sua cria. (BRASIL, 2009) O baixo peso ao nascer, definido como peso abaixo de 2.500g, e a prematuridade são grandes responsáveis pela mortalidade neonatal, representando 69% de todos os óbitos neonatais e pelos distúrbios funcionais entre os sobreviventes. (BRASIL, 2000).

No Método Mãe Canguru (MMC), a mãe substitui à incubadora progressivamente mantendo o bebê aquecido por meio do contato da criança com sua pele, e a prática se inicia dentro do hospital e continua em casa, mediante estreito acompanhamento da equipe de saúde. Os benefícios do MMC incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, como também facilita a adesão e a amamentação no senso de competência dos pais (TOMA, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou a norma de orientação para a implantação do MC, estabelecendo as diretrizes para sua aplicação nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como proposta essencialmente o cuidar, visando que as mulheres ou mãe são as cuidadoras primárias da criança. Com isso, cabe uma reflexão sobre os aspectos que poderiam influenciar a prática do MMC, buscando resultados de suas interações com a equipe hospitalar e os membros da família (TOMA, 2003).

O MC é aplicado nos neonatos com 35 semanas de gestação estáveis na sala de parto. O método se divide em três etapas:

A 1ª etapa é o período após o nascimento de um recém-nascido de baixo peso que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto. Necessita de internação

na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) os RN abaixo de 1.200gm. A 2ª etapa é quando o recém-nascido recebe alta da UTI, encontra-se estabilizado e permanecerá com acompanhamento contínuo de sua mãe. Nessa etapa, após o período de adaptação e treinamento realizados na etapa anterior, a mãe e a criança estarão aptas a permanecer em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Essa enfermaria funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar da mãe e do filho, permitindo a estabilidade clínica: Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo); Peso mínimo de 1.250g; Ganho de peso diário maior que 15g. A 3ª Etapa consiste no adequado acompanhamento da criança no ambulatório após a alta. Deve-se levar em conta que é a criança que determinará o tempo de permanência em posição canguru, o que ocorre, de modo geral, quando ela atinge o peso ideal (BRASIL, 2002).

Após o peso de 2.500g, o acompanhamento passa a ser orientado de acordo com as normas para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento do MS, sendo que o ganho de peso deve estar adequado durante três dias antes da alta. Após a alta, a primeira consulta deve ser realizada em até 48h, e as demais no mínimo uma vez por semana e o atendimento na unidade hospitalar de origem deve ser garantido até a alta da terceira etapa (BRASIL, 2002).

2 | OBJETIVO

Conhecer a percepção materna da equipe de Enfermagem na orientação dos cuidados ao RN no método canguru;

Identificar as orientações repassadas pela equipe de Enfermagem na qualificação das mães para sua coparticipação no método canguru;

Caracterizar as condições clínicas de ingresso do RN, no método canguru relacionado ao peso.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, contempla um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser quantificados. Trata-se de um estudo mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos.

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), referência em obstetrícia e neonatologia para todo o estado. A unidade possui 406 leitos sendo 100% de atendimento ao SUS. A maternidade referida foi fundada no dia 24 de fevereiro de 1650. E tem como finalidades essenciais a assistência, o ensino e a pesquisa, em consenso com o perfil assistencial na atenção saúde da criança, atenção à saúde da mulher e na enfermaria mãe canguru, onde é realizada a primeira e a segunda etapa, já a terceira

etapa do método é no ambulatório. Participaram desta pesquisa 16 mães de neonatos internados na enfermaria mãe canguru na 2º etapa do método, que concordaram em participar da entrevista após a assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na FSCMPA.

A coleta de dados iniciou após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Para (CESUPA) e da FSCMPA, sob o CAAE: 58961816.0.0000.5169, através de um formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, o qual consistiu em perguntas previamente formuladas e que valorizam a presença do investigador permitindo que os atores da pesquisa alcancem liberdade e espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação⁽⁵⁾. Os dados foram coletados junto as mães através de entrevista previamente agendada, de acordo com a disponibilidade das mesmas na enfermaria mães canguru, 2º etapa. A entrevista se deu na sala de reunião da enfermaria mãe canguru.

Na primeira etapa foi transcrito na íntegra o relato dos sujeitos da pesquisa. A segunda etapa ou etapa de exploração do material caracteriza-se essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, onde o investigador busca encontrar categorias que são expressões em palavras significativas em função das quais o conteúdo da entrevista será organizado (MINAYO, 2007).

A terceira e última etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, no qual os resultados brutos são submetidos em categorias, que permitem colocar em evidência as informações obtidas, a partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações com base nos referenciais teóricos que abordem e direcionem os conceitos relacionados com o estudo em questão, de acordo as falas das entrevistadas. Foi o momento de agrupar as respostas por questões, de forma a apontar as repetições de frases das depoentes que estão relacionadas ao tema e formando as categorias e subcategorias partir do conteúdo analisado.

A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (MINAYO, 2007).

Atendendo à Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi garantida a confidencialidade e a privacidade das participantes mediante sua codificação com pseudônimos formados pela inicial da palavra mãe (M1, M2...), seguido de um número árabe que foi adotado em ordem crescente. Sendo proposto a elas o máximo de benefícios e o mínimo de riscos possíveis no decorrer de sua participação. A entrevista foi realizada em lugar reservado (sala de reunião). Após a transcrição das falas obtidas na coleta de dados, os mesmos foram

agrupados em categorias para sua melhor interpretação.

4 | RESULTADOS

A partir dos relatos das entrevistadas foi possível identificar alguns eixos temáticos e organizá-los em categorias. Observando nas falas das mães, emerge-se as seguintes categorias: CATEGORIA 1: Fatores que interferem e influenciam no MC; CATEGORIA 2: Os cuidados realizados com o RN a partir das orientações da equipe de enfermagem (esta subdividida em 2 subcategorias: Subcategoria I: Cuidar do RN: Contribuição do Ninho no Ganho de Peso; Subcategoria II: Cuidar do RN: Manuseio nos cuidados higiênicos e na amamentação); CATEGORIA 3: Enfrentamento do cuidado com o RN na prematuridade; CATEGORIA 4: Dificuldade que as mães têm encontrado no MC.

CATEGORIA 1: Fatores que Interferem e Influenciam no MC

De acordo com as entrevistas, observou-se que quatorze mães conseguem manter o posicionamento por bastante tempo e duas mães deixam de fazer o posicionamento canguru, alegando a falta de bolsa e o peso muito baixo. Com relação aos fatores, elas relatam que a prematuridade influencia manter por muito tempo no método.

A partir dos relatos dos sujeitos da pesquisa, essa categoria deu origem à uma subcategoria.

SUBCATEGORIA I: Posição do MC e o calor da mãe para ganhar peso.

Conforme as informações das mães elas relatam que colocam a criança na posição canguru para ganhar peso, pois o posicionamento do método permite menos manuseio e promove maior estabilidade fisiológica.

De acordo com as depoentes:

[..] Colocar a criança para ganhar peso, e para sentir o calor da mãe, porque era para eles estarem dentro da barriga, 1 hora dependendo do bebê... [M1, M3].

[..] Aprendi a cuidar bem do meu bebê, e colocar na posição canguru e outras coisa também, a dar alimentação na hora certa, lavar as mãos para cuidar do bebê, aquecer bem e sentir o calor da mãe, e fazer o ninho para ganhar peso mais rápido [M2, M9].

[..] Prematuridade e baixo peso, a ideia que passam para nós, é para ganhar peso mais rápido, mas não é bem assim! são 'crianças,' e não 'balões'. A tarde inteira no canguru. [M4].

[..] Para ganhar peso, ficar mais perto da mãe, aconchego da mãe, tempo de 3 em 3 horas. [M5, M6, M7, M8, M15].

[..] Ganho de peso, tempo 1 hora e meia, quanto mais tempo a gente passa melhor [M10].

[..] De 15 a 20 minutos. Na verdade, ela nasceu de baixo peso, aí ela ficou na UTI, da UTI foi para outra ala, e depois veio para cá. [M11].

[..] Ainda não comecei a colocar o bebê no colo, por falta da bolsa. [M12].

[..] Ajudar a ganhar peso, eu comecei uns 15 minutos no máximo que eu já fiquei com ele. [M13].

[..] O calor é importante para ganhar peso rápido e fica perto da mãe já estou um mês, de 30 a 1 hora, ganho de peso. [M14].

[..] Ajuda no ganho de peso que e ele ganha todo dia peso, fica no canguru o dia todo só tiro na hora de mama e pesar[M16].

CATEGORIA 2: Os Cuidados Realizados com RN a Partir das Orientações pela Equipe de Enfermagem

Quando as mães foram questionadas sobre os cuidados realizados com RN, em seus depoimentos elas revelaram a importância de aprender, manter no ninho para ganha peso, assim como a troca de fralda e banho que elas aprendem, mas tem insegurança e medo. Esta categoria emerge em 2 subcategorias.

SUBCATEGORIA I: Cuidar do RN: Contribuição do Ninho no Ganho de Peso.

A partir das falas das depoentes foi observado que a equipe de enfermagem orienta as mães para o cuidado do RN prematuro que precisa de cuidados especializados, como fazer o ninho e o cuidado com higiene do bebê, troca de fralda, banho e amamentação.

[..] Colocar a criança no berço, não tira do berço o certo e deixa no berço não mexer muito com criança para não perder peso e dar mamada na hora certa. Tem que ter cuidado com nossas crianças que são prematuras fazer canguru para ganha peso e sentir o calor materno [M1, M2, M15, M16].

[..] Para ter cuidado até 6 meses fazer o ninho para desenvolver melhor no ninho como se tivesse no útero e continuar posição canguru em casa pegar sol de manhã [M3].

[..] Método canguru, ninho, rolinho aquece para ter a mesma sustentação que tem no útero para aquecer [M10].

[..] Colocar para dormir arrumar a cama ninho e banho e vai ensinar as mamadas também [M12].

SUBCATEGORIA II: Cuidar do RN: Manuseio nos Cuidados Higiénicos e na Amamentação.

Conforme as entrevistadas, as mães relataram que o ganho de peso no ninho é o mais realizado com os RNs a partir das orientações pela equipe de enfermagem, e disseram que higiene, troca de fralda e amamentação eram as principais informações e as mais praticadas.

De acordo com o relato das entrevistadas:

[..] Várias orientações banho diferenciado manejo em trocar fralda é diferente é de lado sem elevar as pernas ter cuidado com a cabeça para não estourar a veia porque são finas tem que ter mais cautela até atingir 2.500g [M4].

[..] Essa orientação do banho que leva mais tempo e é diferente e a posição canguru e alimentação [M5].

[..] Higiene, troca de fralda, na questão da alimentação no horário certo e cuidado com a mama, não deixar o bebê na cama para não cair não usa produtos higiênicos, hidratantes, e não ficar deixando com mãe na casa ocorre o risco de cair [M6].

[..] Fazer canguru com criança da atenção fazer carinho na troca de fralda ter mais cuidado que o bebê normal [M7].

[..] Trocar a fralda de ladinho não levantar as pernas, o banho de diferente eu ainda não participei do banho, ninho [M8].

[..] Amamentação mama lactação do estímulo tem que fazer sempre para dar bastante leite [M9].

[..] Na posição canguru como colocar, lavar as mãos antes de pegar o bebê não fica pegando no celular, cuidado na hora do banho porquê e diferente o banho do bebê prematuro de um bebê normal [M13].

[..] Ficar aqui com criança no método canguru, trocar a fralda dá o banho de costa com a toalha e retirando aos poucos a toalha se não ele perde peso. Lavar as mãos antes de pegar o bebê, não ficar pegando o aparelho celular [M14].

CATEGORIA 3: ENFRENTAMENTO DO CUIDADO COM O RN NA PREMATURIDADE

De acordo com a entrevista observou-se nas falas delas que a maioria tem medo e insegurança no começo, mas com o passar do tempo, e com as orientações da equipe, elas vão se adequando. Sabe-se que a prematuridade representa ruptura brusca, na relação entre mãe e filho, e que a hospitalização prolongada pode acarretar riscos para o desenvolvimento físico e psíquico do RN, desta forma uma atenção psicológica nestes casos são de extrema importância na estratégia de avaliação com prevenção e promoção de saúde dos RNs.

Esta categoria emerge em uma subcategoria:

SUBCATEGORIA I: Insegurança e Medo

Refletindo sobre as falas das mães quando questionadas em relação o enfrentamento dos cuidados, em momentos difíceis que essas mães passam muitas vezes caladas, sem conseguir expor para fora seus sofrimentos, estas referem ser um momento triste, angustiante.

Observa-se nas seguintes falas:

[..] foi difícil no começo, primeiro filho, com orientação da equipe, está melhorando [M1].

[..] complicado, planeja uma gravidez de 9 meses, não pensava que ia passar por tudo que estou passando [M2].

[..] foi difícil, mas com a orientação da equipe agente aprendeu [M3, M11, M13].

[..] bem complicado porque é uma 'caixinha de surpresa', pela prematuridade, podem haver má formações, coisas que só vamos descobrir depois, várias preocupações do dia do dia, até que a criança se fortifique fica sendo muito difícil [M4].

[..] normal, um pouquinho diferente [M5].

[..] nós tivemos que nos virar, porque com ela teve que aprender, tem todo um cuidado, mas graças a Deus estou conseguindo [M6].

[..] estou achando bom, aprendendo e sendo aprendizado [M7].

[..] as vezes triste por passar por essa situação, mais fico feliz de estar perto dele[M8].

[..] insegurança, medo, pelo fato dele ser pequeno, com ajuda da equipe conseguindo trabalhar...[M9, M15].

[..] até agora estou com receita, mas não tenho dificuldade, tem que ter paciência, ter um cuidado especial, tive um pouco de medo mas... [M10, M16].

[..] estou meio triste, e nervosa, porque vendo o filho daquele jeito me deixa triste [M12].

[..] difícil...dificuldade de troca, e o banho [M14].

5 | DISCUSSÃO

Sabe-se que a posição canguru, fornece vários benefícios tais como a diminuição do risco de apnéia, o contato com o corpo da mãe promove a temperatura corpórea adequada do bebê, favorece a diminuição de infecção hospitalar, promove o aleitamento materno e o desenvolvimento neurológico da criança, e fortalece laços afetivos entre mãe e filho (BRASIL, 2000).

O método consiste de três componentes: posição canguru contínua (contato pele-a-pele mãe-bebê 24 horas por dia 7 dias por semana, por tempo prolongado); a amamentação exclusiva (idealmente); e a alta hospitalar precoce em posição canguru com rigoroso seguimento ambulatorial. Assim que o bebê estiver clinicamente estável, necessitando somente de aquecimento, proteção contra infecções e adequada nutrição, ele é confiado a sua mãe para terminar o crescimento junto a ela, de forma semelhante aos marsupiais. A mãe canguru ilustra a três componentes-chave do modelo: calor, leite materno e amor (BRASIL, 2011).

A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto (BRASIL, 2000), porém esta pode não ser realizada devido à indisponibilidade de bolsa.

Enfatiza-se a importância de inserir a família em cuidados como troca de fraldas, banho, alimentação via sonda ou oral, verificação de temperatura, sucção ao seio, método canguru (contato pele a pele entre a mãe/pai e o filho), juntamente com a promoção de um ambiente familiar. As famílias podem ser incentivadas a personalizar o leito do RN, trazendo objetos de casa, como fotos da família, colchas, mantas e roupas do enxoval do bebê, além de brinquedos. (ROSO, 2014).

Geralmente, as mães sentem ansiedade de levar seus filhos para casa, o que desperta sentimentos de felicidade, alegria e conforto por estarem sendo assistidas. O envolvimento da equipe de saúde, que cuida das crianças, é visto como forma de garantir a assistência integral e educativa às mães, dando continuidade aos cuidados prestados. (ROSO, 2014).

A enfermagem acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança desde a gestação, passando pelo parto, e chegando ao período neonatal, possuindo desta forma importante papel na assistência a saúde do RN.

A participação materna na recuperação do filho é direcionada ao hábito de amamentar e de participar dos cuidados na hospitalização. Sendo assim, os pais, quando envolvidos ativamente no cuidado, apresentam maior confiança e menor ansiedade para ajudar no cuidado, que antes era restrito aos profissionais de saúde. Desta forma, corrobora-se que o conhecimento real da situação do filho é necessário para que a mãe desenvolva confiança no cuidado do RN. (ROSO, 2014).

As produções científicas do aleitamento materno na prematuridade destacam a importância da integralidade, de compreender a criança, a mulher e a família no seu contexto social. O suporte, por meio da educação em saúde, às mães de RN prematuros pode estabelecer e manter a amamentação (ROSO, 2014).

O peso ao nascer é o melhor preditor do padrão de saúde imediato e futuro do RN (...) sendo o muito baixo peso considerado relevante na taxa de mortalidade infantil. Com isso, o estado nutricional de um RN ao nascimento varia de acordo

com as condições de vida intrauterina as quais esteve submetida. A adequação nutricional do feto pode influenciar de forma significativa a morbidade e mortalidade do RN. Nascer prematuramente coloca o RN numa condição de grande risco nutricional. A alimentação representa contínuo desafio para os responsáveis pela nutrição do neonato, principalmente daqueles prematuros e de muito baixo peso ao nascer(OLIVEIRA,2008). “A troca de fralda é um procedimento considerado estressante para o prematuro, não elevar as pernas e quadris acima do nível do tronco, isto pode levar a um aumento da pressão intracraniana, aumentando o risco de hemorragia intracraniana ventricular” (TAMEZ,2009).

Dentre as manipulações realizadas na rotina hospitalar, o banho é uma atividade de vida diária que visa à limpeza e a proteção do revestimento externo do corpo, estimulando a circulação geral da pele, proporcionando sensação de conforto e bem-estar. Este procedimento caracteriza-se por um nível alto de manipulação do bebê, o qual podem produzir diversas reações no RN. Desta forma, o banho deverá ser realizado levando em consideração o estado e as pistas fisiológicas e/ou comportamentais que o bebê apresenta (BRASIL, 2009).

Os cuidados com a pele dos RNs (...) devem buscar preservar a integridade cutânea, prevenir toxicidade e evitar exposições químicas prejudiciais à pele. Nos RNs prematuros, orienta-se que o banho seja dado a cada quatro dias. A temperatura da água deve estar próxima à temperatura corporal (37°C-37,5°C) (FERNANDES,2011).

Assim, foi preconizado no MMC o procedimento de banho humanizado, como sendo o mais indicado na assistência ao RN de baixo peso, no qual o RN é imerso em água morna até o pescoço, sem exposição à corrente de ar, e com contenção do padrão flexor através do enrolamento com toalha-fralda, de modo a evitar o estresse, a desorganização motora e o gasto energético e proporcionar relaxamento e prazer ao RN submetido (MEDEIROS, 2010).

As famílias, vivenciam situações existenciais, às vezes contraditórias, de esperança/desesperança, tristeza/alegria e separação/ apego. As mães desses bebês podem apresentar conflitos de papéis (mãe, esposa e profissional) pela ausência do lar, por estarem com filhos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN).

O nascimento prematuro e, conseqüentemente, a hospitalização do bebê é uma experiência estressante e fonte de temores, que envolve um período de adaptações, com a permanência das mães em alojamento conjunto, onde ficam separadas do seu filho e do convívio familiar. Isto acarreta uma diversidade de sentimentos, desde a frustração de não ter um filho saudável que pudesse levar para casa após alta hospitalar, até a tristeza e angústia pela internação do filho e incerteza da sobrevivência do mesmo.

A separação do RN da mãe geralmente ocasiona sentimentos de tristeza, medo, estresse, fragilidade e insegurança no que diz respeito à vida do bebê. Algumas vezes, a mãe se culpa pelo sofrimento do filho, ao precisar deixá-lo sozinho. A promoção de um ambiente de interação familiar torna-se essencial nesta fase para o estabelecimento do vínculo materno e o apego dos pais ao filho e vice-versa, já que proporciona incentivo e apoio na interação destes, durante o cuidado e a recuperação do filho. (ROSO, 2014

A hospitalização do recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal pode expressar um cenário de maior fragilidade para a mãe e intensificar o surgimento de distúrbios emocionais maternos, como quadros depressivos e de ansiedade, visto que, essa situação é muito distante daquela inicialmente idealizada para os primeiros dias de vida do filho(SEPHAR, 2013)

Diante da prematuridade, as mães substituem a euforia do nascimento pela angústia e incerteza, e, apesar de confiarem no tratamento dado pelos especialistas, expressam sentimentos de medo, ansiedade, e por vezes, negação antes de aceitarem o bebê sobrevivente (LELIS, 2014).

O presente estudo foi desenvolvido no segundo bimestre de 2016 na FSCMPA, em duas etapas do método canguru, 16 mães participantes da 2º etapa, não houve pesquisa na 3º etapa, pois não encontramos mães e RN disponíveis no período da coleta de dados no ambulatório para realizar a coleta dos dados.

O resultado da pesquisa foi de suma importância para nós enfermeiras, profissionais da área e a serviço da saúde para prestarmos uma assistência de qualidade e humanizada. Nos proporcionou uma grande experiência quando se trata da temática, ampliando nossos conhecimentos, e, através dos resultados dessa pesquisa, servirá para contribuir com as futuras mães oferecendo-lhe informações a respeito das possíveis intercorrências que poderão surgir durante o período neonatal e esclarecimento quanto às orientações da equipe de enfermagem nos cuidados ao RN, a fim de se garantir o afeto bem como realizar uma abordagem holística da paciente, cuidando do físico, social e do emocional do indivíduo.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, e pode ocorrer em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo de difícil mensuração, além de afetar diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas e os anseios que permeiam a perinatalidade.

A enfermagem, junto à equipe multidisciplinar, tem desempenhado papel fundamental na implementação do MMC e no fortalecimento do vínculo afetivo entre o bebê, a mãe e sua família, vínculo este que se inicia desde a gestação e pode estar comprometido após o nascimento prematuro.

O estudo realizado é importante no sentido de conhecer a percepção materna

sobre a enfermagem na orientação dos cuidados com os RNs e demonstrou que após as orientações prestadas pela equipe de enfermagem as mães se sentem acolhidas e ficam mais seguras para realizar os cuidados com seus bebês. Foi possível também visualizar o vínculo afetivo entre mãe e filho, a importância que o método canguru traz para o bebê e uma melhora significativa o afeto e fortalecimento desse vínculo promovido pelo MMC. O ganho de peso na construção do ninho e o calor materno com contato pele a pele, para o desenvolvimento aconchegante proporcionando pelo carinho e amor.

A pesquisa contribuiu para a construção de um pensamento mais crítico quanto à realidade vivenciada no programa MMC, pois embora este seja desenvolvido no locus da pesquisa, ainda há questões a serem trabalhadas como as dificuldades das mães tanto na área sentimental, que ficou evidenciado no depoimento das mães no cuidado do RN e as dificuldade no manuseio, na troca de fralda e banho que é diferenciado, na amamentação tem quer ter cuidado com a mama para estimular a lactação, pois algumas delas aparentaram tristeza por ver o seu bebê fragilizado e dependente de cuidados, outras depressivas por não ter leite suficiente para fazer a ordenha.

A pesquisa visou estimular os acadêmicos e profissionais de enfermagem, no propósito de beneficiar uma melhor assistência que qualifique as mães para sua coparticipação no método canguru e a importância da adesão da equipe multiprofissional incentivadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim como os resultados são extremamente importantes para a comunidade científica, servindo de base para novos estudos acerca do tema.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. S. *et al.* Perfil das mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso assistidos pelo método Mãe Canguru. **Revista Princípios: Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000**. Brasília. Disponível em: www.saude.gov.com.br, acesso em 22 de maio de 2011 às 13:52 hrs.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método Mãe Canguru: normas e manuais técnicos**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru- Manual técnico- 2º edição**. Brasília –DF 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Curso: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. Brasília, 2002.

DAMASCENO, J. R. *et al.* Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.14, n.1, p 40-6 . 2014.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An Bras Dermatol.** 2011

LELIS, B. D. B. O acolhimento materno contexto da prematuridade em um Hospital Amigo da Criança. [**Dissertação de Mestrado**] Universidade de São Paulo, 2014.

Ministério da Saúde. **Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS: PNAN 10 anos.** Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MAIA, J. A. *et al.* Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília. v. 2, n. 4, p. 231-234, 2011

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2007

MEDEIROS, J. S. S.; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho Humanizado em Recém-Nascidos Prematuros de Baixo Peso em uma Enfermaria Canguru. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010

OLIVEIRA, A. G.; SIQUEIRA, P. P.; ABREU, L. C. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.18 n.2 São Paulo ago. 2008.

ROSO, C. C. *et al.* Vivências de Mães sobre a Hospitalização do Filho Prematuro. **Rev Enferm UFSM.** 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. **Fatores de Risco para Prematuridade:** pesquisa documental. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

SEPHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Percepções Maternas no Método Canguru: Contato Pele a Pele, Amamentação e Autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656. 2013.

TAMEZ, R. N. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro:** UTI Neonatal. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009

TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: O papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2003.

SER PAI NA ADOLESCÊNCIA: REFLEXÃO TÉORICA

Data de aceite: 22/11/2019

Bianca Soares da Silva
Lucilene Maria da Silva
Gabrielly Nascimento Soares
Catia Cristina Valadão Martins Rosa
Prisciely Souza de Palhano
Vania Paula Stolte Rodrigues

RESUMO: **Introdução:** A paternidade na adolescência traz desde novas responsabilidades e transformações até inserção da criança ao mundo adulto, sendo considerada um evento que resulta em grandes conflitos nesta fase. **Objetivo:** conhecer as produções científicas nacionais sobre a temática “paternidade na adolescência” **Material e Método:** revisão integrativa, visando responder à questão: “Como é ser pai na Adolescência?”. Fizeram parte da pesquisa os artigos publicados no período do ano de 2010 a 2015. **Resultados e discussão:** Os artigos encontrados foram agrupados em três categorias: compreensão do significado da paternidade, conhecimento sobre métodos contraceptivos e cuidados paternos à criança. A paternidade nesta fase apareceu associada ao significado de experiência da masculinidade, estando esta unida, no imaginário social, à noção de virilidade, apesar de narrarem

que não pretendiam ser pais no momento. O conhecimento sobre os principais métodos contraceptivos existe, embora o uso ocorra esporadicamente, aliado ao pensamento de que uma gestação não aconteceria com eles. Ao exercer a paternidade, esses jovens deveriam oferecer suporte, apoio e presença paterna a um filho mesmo que ele também necessite de cuidado. O conceito de pai apareceu aliado aos cuidados que este deve ter com o filho, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento. **Considerações finais:** É importante que a enfermagem compreenda a vivência da paternidade na adolescência, para promover uma assistência humanizada, orientando-os nesse processo. O acolhimento é fundamental para que consigam efetivamente promover a saúde e prevenir complicações e agravos.

PALAVRAS-CHAVE: paternidade; adolescência; saúde do adolescente.

INTRODUÇÃO

O período da adolescência é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (WHO, 1986). O Ministério da Saúde e a Sociedade de Pediatria também consideram como adolescência os

indivíduos que se encontram nesta faixa etária e pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1985) entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos.

Usa-se também o termo jovem adulto para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade. Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos (BRASIL, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Fruto da luta da sociedade, o ECA veio garantir a todas as crianças e adolescentes o tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo, é adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2005).

Diante desta discordância percebe-se que não há uma definição clara para seu ponto de início e fim, mas considera o início na puberdade, ou seja, no processo que leva a maturidade sexual ou fertilidade.

A pesquisa sobre a paternidade na adolescência é um tema extenso, que visa a compreender o papel de menino para o papel de pai adolescente, sendo importante o âmbito familiar e sociocultural. A enfermagem precisa compreender o mundo e a realidade do pai adolescente, desenvolvendo um ponto de vista sobre o lado excêntrico do adolescente.

Essa pesquisa objetivou identificar o que as publicações trazem sobre as expectativas e a visão do adolescente referente a compreensão do significado da paternidade, o conhecimento sobre métodos contraceptivos e quais são os cuidados paternos à criança.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando-se de artigos publicados sobre a temática *paternidade na adolescência*. O período das publicações foi de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. O estudo teve como questão norteadora como é ser pai na adolescência.

Foram incluídos todos os artigos em idioma português e disponibilizados publicamente nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Lilacs e Google acadêmico. Foram excluídas teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, capítulos de livros e resumos publicados em anais de eventos. Foi selecionado um total de onze artigos que correspondiam ao tema.

Para a organização e seleção destes artigos, elaborou-se um quadro para

coleta de dados contendo: autores, título, revista, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo.

Os descritores utilizados foram “Paternidade na Adolescência”. Após a leitura dos artigos, os dados foram agrupados em três categorias sendo estas: compreensão do significado da paternidade, conhecimento sobre métodos contraceptivos, cuidados paternos à criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Onze artigos abordaram as categorias *compreensão do significado da paternidade* e os *cuidados paternos à criança*. Somente seis artigos fizeram referência sobre *conhecimento de métodos contraceptivos*.

Com relação ao período de publicação, foi possível constatar que houve maior representação nos anos de 2010, 2011 e 2014, sendo representada no primeiro e segundo ano, mantendo no quarto ano três publicações. É importante destacar que no ano de 2010 foram divulgadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens. Nos anos de 2013 e 2015 apenas uma publicação, respectivamente. O principal método de pesquisa utilizado foi o qualitativo (6 estudos), seguido de dois estudos quantitativos e os outros três de revisão bibliográfica (TABELA 1).

A adolescência é uma fase de trajetórias do indivíduo em transições constantes nas transformações de vida do sujeito. Neste período ocorrem mudanças de ordens somáticas, psicológicas e sociais (SAITO, 2001; PAULA, *et al.*, 2011).

A adolescência é um processo em que o sujeito desperta de um período de latência e acorda para um mundo repleto de novas e possíveis realidades, anteriormente apenas idealizadas e de devaneios (NOGUEIRA, *et al.*, 2011). A fase da adolescência é uma metamorfose principalmente dos aspectos biológicos mudanças do corpo, como o processo de crescimento e desenvolvimento, até comportamentais que direcionam aos fatores psicossociais. Nessa transição de fases da infância para a vida adulta é considerado um momento de conflito (UTIAMADA, 2010).

Como fruto de todas as transformações que a sociedade desenvolveu e a configuração familiar sofreu ao longo dos tempos, a figura e o papel do pai se encontram hoje em processo de metamorfose (PRADO, ABRÃO, 2014).

Compreensão do significado da paternidade

A paternidade na adolescência traz responsabilidades e transformações e a transição abrupta da criança para mundo adulto. Ocorrem divergências sendo estas importantes na vida do adolescente, podendo essas serem interpretadas como uma

autorização para passarem ao mundo adulto.

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	ANO	OBJ. ESTUDO	TIPO DE ESTUDO
01. Luz; Berni.	Processo de paternidade na adolescência.	REBEN Revista Brasileira de Enfermagem	2010.	Conhecer a concepção masculina de paternidade e compreender as estratégias masculinas	Pesquisa Qualitativa
02. Barreto, Almeida, Ribeiro, Tavares, et al.	Paternidade na Adolescência: tendências da produção científica	Revista Oficial do Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente/ UERJ	2010.	Identificar a produção científica referente à paternidade adolescente.	Pesquisa Quantitativa
03. Utiamada M, RP.	A paternidade na adolescência: um estudo a partir da visão dos pais adolescentes do ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Londrina.	Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas.	2010.	Investigar o nível de conhecimento dos entrevistados quanto aos métodos contraceptivos.	Pesquisa Qualitativa
04. Nogueira, Martins, Schall, Modena, et al.	“Depois que você vira um pai...”: adolescentes diante da paternidade.	Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro.	2011.	Compreender o processo da adolescência quando atravessado pelo fenômeno da paternidade.	Pesquisa Qualitativa.
05. Paula, Bittar, Silva, Cano, et al.	A paternidade na adolescência e seu significado entre os jovens universitários que a vivenciaram	Revista Unifran / Investigação	2011.	Conhecer o significado da paternidade na adolescência entre estudantes universitários que a vivenciaram.	Pesquisa Qualitativa.
06. Gontijo, Bechara, Medeiros, Alves.	Pai é aquele que está sempre presente: significados atribuídos por adolescentes à experiência de paternidade.	Revista Eletrônica de Enfermagem.	2011.	Descrever e analisar os significados atribuídos por adolescentes à experiência de paternidade.	Pesquisa Qualitativa Descritiva.
7. Reche; Martins	<u>As Conseqüências Emocionais da Paternidade Precoce em Adolescentes</u>	<u>Psicanálise</u>	2013.	Evidenciar as conseqüências emocionais da paternidade precoce em adolescentes.	Pesquisa Bibliográfica.
08. Prado; Abrão	Paternidade: um estudo sobre pesquisas desenvolvidas no contexto brasileiro.	Colloquium Humanarum.	2014.	Identificar e sistematizar as pesquisas que vem sendo produzidas a respeito do tema Paternidade no Brasil.	Metodologia quantitativos

09. Drago; Menandro.	A Paternidade e a Maternidade sob o Olhar de Jovens de Classe Média e Baixa: Um Estudo em Representações Sociais	Colombiana de Psicologia.	2014	Identificar e analisar as Representações Sociais (RS) de paternidade e de maternidade de jovens do sexo masculino.	Artigo de Pesquisa Científica.
10. Veiga, Freitas, Dias, Marcelino, Silva, Lemos.	Paternidade na adolescência: Revisão Integrativa.	Revista Enfermagem UFPE On Line., Recife.	2014	Mapear as produções científicas nacionais e internacionais sobre a paternidade na adolescência.	Revisão Integrativa.
11. Souto, Silveira, de Deus, Jager, Dias.	Paternidade Adolescente e os Cuidados ao Bebê com até Um Ano de Idade	Revista Eletronicas PUCRS	2015	Busca conhecer o engajamento do pai adolescente em práticas de cuidados com a criança.	Pesquisa Qualitativa

Tabela 1. Publicações referentes a paternidade na adolescência, no período de 2010 - 2015.

O significado da paternidade compreende como uma experiência da masculinidade, sendo tal experiência no imaginário social à noção de virilidade. A paternidade pode ser vivida como um momento essencial no processo de transição da adolescência para a vida adulta, na medida em que implica novos arranjos no cotidiano do homem, de modo a inseri-lo na cultura, significando do status de adulto e do pleno reconhecimento social (BARRETO, *et al.*, 2010).

Os homens começaram a aprender o conceito de ser pai e a fazer para os filhos o que era feito, no decorrer dos tempos, pelas mulheres. Entretanto existe uma escassez de informações sobre a paternidade, sendo que as pesquisas tendem a atribuir em destaque da importância à experiência da mãe e pouco se fala sobre o pai (UTIAMADA, 2010).

De acordo com Bornholdt; Wagner; Staudt (2007) e Nogueira *et al.*, (2011) indicam em todas as idades, ser pai é uma demanda a qual o homem percorre por caminhos ignotos, ressignificando a experiência com o pai da infância e, ainda, exigindo que o sujeito reinvente e redefina seu lugar na família e na sociedade. Concretizar essa ocupação em tempos de mudanças como os da atualidade faz da transição para a paternidade um grande desafio para homens, em todas as idades, requerendo um posicionamento social, sobretudo subjetivo.

A adolescência é um período da consolidação da identidade do adolescente a partir de determinações da sua vivência de circunstâncias para as decisões, nas quais o adolescente encontra-se com a realização da autonomia e experimenta o aumento das suas obrigações sobre seus atos, são essas habilidades que irão preparar o adolescente para assumir as tarefas da vida adulta (BELSKY, MILLER, 1986; ELSTER; PANZARINE, 1983; LEVANDOWSKI, 2002; RECHE, MARTINS 2013).

Pelas características dos adolescentes presenciam-se aspectos de fragilidades para a paternidade. A precariedade educacional e a renúncia escolar, justapostos à atividade remunerada sem vínculo empregatício ou dependência econômica da família - confronta com o significado social de pai provedor (LUZ, BERNI 2010).

Sobre a pretensão de serem pais nesta fase da vida, os adolescentes narraram que não pretendiam serem pais agora, sendo que para dos entrevistados a gestação ocorreu durante um namoro ou casamento. A idade em que os adolescentes foram pais variou entre 15 a 18 anos, suas principais reações iniciais referentes à descoberta da paternidade foram de susto, colapso e surpresa. (GONTIJO, *et al.*, 2011).

Segundo Paula, *et al.*, (2011) em pesquisa realizada sobre a paternidade entre os jovens universitários, os entrevistados enfatizaram a participação dos avós, pois os mesmos prestam apoio emocional, se preocupam com a família ou ainda porque ajudam nas necessidades materiais e financeiras. Além desse apoio familiar, a maioria dos jovens universitários que não garantem seu auto sustento continuam a receber mesada e ter seus cursos superiores pagos pelos seus pais.

Os autores citam ainda que a maioria dos entrevistados mostraram sua preocupação com o futuro, por sentirem que a partir da gravidez da parceira deveria assumir responsabilidades e que a vida mudaria. E essas mudanças envolvem desde liberdade e dar explicações para os amigos. De certa forma o adolescente se sente preso emocionalmente, pois saberá que suas responsabilidades aumentaram.

O conceito de ser pai na adolescência busca referências da própria figura de pai que tem na sua criação. Entretanto diversos desses jovens possuem uma falta de modelos positivos ou simplesmente essas referências não existem (SOUTO *et al.*, 2015).

Bustamante (2005) e Prado, Abrão (2014) observaram que a paternidade também esteve relacionada às vivências e experiências que os “novos” pais tiveram, ainda enquanto filhos, com seus próprios pais. Aqueles que experimentaram um relacionamento afetivo com seus pais, refletiram em seus filhos, além de participar no cuidado e educação dos mesmos.

Para Drago e Menandro (2014), a paternidade pode estar ancorada numa visão tradicional de pai, coerente com os estudos sobre masculinidade e paternidade em geral, os quais elucidam a função reconhecida socialmente como masculina.

Cuidados paternos à criança

No decorrer do tempo o cuidado paterno veio se alterando no período da história. A participação do pai nem sempre foi percebida como essencial para o crescimento da criança. Ao longo do tempo ocorreram diversos comportamentos que distinguem seu convívio na família. O pai era um modelo de autoridade incontestável e não se

envolvia na criação e educação dos filhos, sendo essa família considerada patriarcal (GOETZ, VIEIRA, 2011; SOUTO *et al.*, 2015).

O papel paterno veio se modificando ao longo da história, sendo necessário o convívio familiar, mesmo que seja apenas nos finais de semana. Cabe lembrar que a participação do pai nem sempre foi percebida como importante para o desenvolvimento da criança (SOUTO, *et al.*, 2015).

Esses jovens adolescentes consideram-se pais ao se comportarem de acordo com o significado que atribuem à paternidade, mesmo durante a gestação. No relato desses jovens, refletem que pai é aquele que está presente e acompanha o desenvolvimento do filho, mesmo durante a gestação (LUZ, BERNI 2010).

Durante a gestação esses jovens adolescentes sentem inseguros e apreensivos em relação às transformações do corpo no estado gravídico e aos cuidados com a criança, principalmente na gestação. Eles procuram estar próximos de mulheres, como mãe e sogra, que já vivenciaram uma gravidez, porque acreditam que estas possuem experiência e podem orientá-los (UTIAMADA, 2010).

A paternidade na adolescência, para os adolescentes foi vivenciada como um divisor entre a vida infantil e a maturidade, configurando-se como um passaporte para a vida adulta. Essa transmutação que é um fenômeno biológico, sendo que a paternidade convoca os adolescentes para ocuparem novos lugares, assumirem novos papéis e ressignificarem seus projetos de vida (NOGUEIRA, *et al.*, 2011).

No processo gravídico-puerperal da adolescência é fundamental incluir esses adolescentes como coparticipantes no desenvolvimento da gravidez e do puerpério, incluindo-os nas decisões, dividindo responsabilidades e cuidados diretos com os filhos, deixando de atuar como expectador (BARRETO, *et al.*, 2010).

Prado e Abrão (2014), ao investigarem cuidados paternos, observaram que não houve diferenças significativa na interação pai-bebê entre pais adolescentes e adultos, mostrando que a idade não é determinante de grau de responsabilidade dos pais diante dos cuidados relacionados ao bebê.

Verificou-se também que, além da vulnerabilidade sobre a paternidade na adolescência, os adolescentes que exerciam atividades pertencentes a este período de vida, que promoviam crescimento e desenvolvimento de aspectos pessoais e emocionais, agora são chamados a assumir novas responsabilidades e com comportamento ligados à vida adulta.

O apoio dos pais destes adolescentes foi tido como fundamental para que estes jovens exercessem com sucesso esta função importante na vida. Além disso, outro fator são os sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno na criação dos filhos.

No âmbito familiar, a informação da paternidade é recebida inicialmente com surpresa e choque pelos familiares dos adolescentes, sendo que em um segundo

momento os jovens identificam o apoio, proveniente principalmente da mãe, em relação ao cuidado do filho, percebe-se o relato de práticas que caracterizam um fenômeno das “novas paternidades” (GONTIJO, *et al.*, 2011).

As “novas paternidades” são compreendidas como práticas nas quais se observa uma maior participação do homem no cuidado direto ao filho havendo um maior destaque para um conjunto de fenômenos afetivos entre pais e filhos, ampliando o papel do pai para além do tradicional suporte econômico da família (GONTIJO, *et al.*, 2011).

Atualmente os pais adolescentes estão sendo convidados a compartilharem e assumirem atribuições e demandas provenientes de uma nova sociedade – a sociedade atual, ajudando assim nas atribuições domésticas. Isso abriu espaço para novas conquistas femininas (inserção no mercado de trabalho) e masculinas (participação em atividades domésticas e no cuidado dos filhos) (PRADO; ABRÃO, 2014).

O exercício da paternidade por adolescentes pode ser uma experiência positiva, plena de emoções nas quais se destacam o apego, o afeto e cumplicidade com o filho. Eles podem ser bons pais, independente da fase de transição pela a qual estão passando, havendo um convívio com a criança (PAULA, *et al.*, 2011).

Para melhor analisar o contexto da paternidade na adolescência, é necessário desenvolver uma vivência mais próxima à desse adolescente, sendo preciso entender tudo o que acontece na vida destes até o momento da paternidade. É importante rever o contexto do pai adolescente no âmbito familiar e sociocultural, e os profissionais de saúde precisam buscar o entendimento sobre esta realidade no cotidiano do pai adolescente, compreendendo-o em sua singularidade (BARRETO, *et al.*, 2010).

Sobre o assumir da paternidade constata-se a necessidade de ajuda de familiares. A falta de apoio dos pais dificulta essa vivência, pois nesta fase o adolescente retoma o relacionamento mais íntimo com a família afastando-se de grupo de amigos, visando o apoio para enfrentar as pressões sociais que emergem. Cabe também aos profissionais da saúde o reconhecimento social da paternidade com a inclusão do pai adolescente nos serviços de saúde, acolitando para que ele possa assumir o projeto de uma família (LUZ; BERNI 2010).

Assim a família é descrita como importante rede de apoio e preparo à paternidade, deve se iniciar desde a infância. O profissional da saúde deve auxiliar a família a desmitificar tabus culturais que concretizam a manutenção das iniquidades de gênero, possibilitando assim a esse futuro pai desde sua fase infantil maximizar suas potencialidades, que lhe permitirão desenvolver habilidades no cuidado com seu filho.

No entanto Silva, Piccinini (2007) e Reche, Martins (2013) afirmam em suas

pesquisas que para desempenhar a paternidade existem obstáculos encontrados no cotidiano expressas em leis. Leis estas que não consideram a importância da relação do pai com o filho, nem aspecto pessoal dos pais adolescentes, assim como o fato destes já estarem prontos para a paternidade, para exercer o seu dever como pai.

No contexto do desenvolvimento infantil, a criança precisa de um pai para desgarrar da mãe, coadjuva a criança em sua busca pelo mundo externo, distinguindo o pai como imprescindível preditor da sociabilidade da criança com seus pares (ABERASTURY, SALAS 1981; RECHE, MARTINS, 2013).

De acordo com Winnicott (1966) e Reche, Martins (2013), o pai é imprescindível na relação com os filhos fornecendo os sustentáculos para as relações triangulares, pois o pai é quem sustenta as leis e as ordens implantadas pela mãe na vida da criança.

Segundo Veiga, *et al.*, (2014), durante a análise das pesquisas, existe um desejo maior dos homens em praticarem os cuidados com seus filhos, assim como a vontade de manter uma relação mais afetiva com esses, além da preocupação como o provimento da nova família.

Conhecimento sobre métodos contraceptivos

O presente estudo também procurou levantar informações sobre o conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos por parte dos adolescentes do sexo masculino. Essa informação foi levantada com vistas a tentar compreender se existe alguma relação sobre este conhecimento com a ocorrência de gestação na adolescência.

Sobre o conhecimento dos métodos contraceptivos, os estudos mostraram relatos referentes a camisinha e a pílula anticoncepcional pelo fato de serem mais conhecidos e também distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde. Citaram também o DIU (Dispositivo Intra-Uterino) e a injeção. A prevenção por meio dos métodos conhecidos ocorreu esporadicamente, o que resultou em gravidez precoce (UTIAMADA, 2010).

Paula, *et al.*, (2011) em seu estudo observou que a principal contracepção utilizada foi a pílula anticoncepcional, sendo essa de responsabilidade feminina. O preservativo masculino não foi citado em nenhum momento em sua pesquisa.

Segundo estudo de Gontijo, *et al.*, (2011), dos 26 adolescentes pais, 50% desses disseram que utilizavam preservativo masculino e o anticoncepcional oral e poucos desses entrevistados se referiram a pílula do dia seguinte, DIU, diafragma, adesivo e injeção. Já os outros 50% dos adolescentes que não utilizavam métodos contraceptivos, 76,9% destes não os utilizavam porque não queriam. Dentre aqueles que utilizavam métodos contraceptivos, o principal motivo para justificar a

ocorrência da gravidez foi o uso irregular do método (38,46%).

Veiga, *et.al.* (2014), também descreveu a gravidez como consequência da descontinuidade, não utilização ou baixa eficácia de métodos contraceptivos. No entanto, houve alguns casos de desejo e planejamento da gestação, bem como a reprovação à prática abortiva, quando sugerida ao pai adolescente, inclusive por suas parceiras.

Referindo à educação sexual, foi relatado existência de certa complexidade dos adolescentes em colocar na prática os conteúdos aprendidos nas aulas e em outros espaços de aprendizagem. Entretanto, apesar de terem recebido informações sobre o processo de reprodução humana e sobre os métodos contraceptivos, os adolescentes ignoraram esse saber, justificando-se pelo conceito de que acreditavam que a paternidade não ocorreria com eles (NOGUEIRA, *et al.*, 2011).

Ao iniciarem um relacionamento, esses jovens nem sempre estão prontos para entender que o planejamento familiar, a anticoncepção e a prevenção de IST (infecções sexualmente transmissíveis) é uma responsabilidade de ambos os sexos, atribuindo essa responsabilidade unicamente a parceira (LUZ ; BERNI 2010).

Para Veiga, *et.al.* (2014), a falta de diálogo entre os parceiros se mostrou como algo que dificulta a escolha dos métodos contraceptivos, assim como alguns estudos observaram, nas falas dos adolescentes, que as parceiras eram responsabilizadas tanto pela concepção quanto pela contracepção. Ainda assim a camisinha quando utilizada era tida apenas para prática contraceptiva, não visando à prevenção de IST. Observa-se que a confiança entre parceiros também foi descrita como forma de evitar essas doenças, dados que corroboram para disseminação e contágio das doenças transmitidas pelas relações sexuais.

A paternidade na adolescência foi relatada como ocorrendo mais no início do relacionamento amoroso, quando os laços afetivos não são suficientemente fortes para planejamentos futuros. Mesmo no caso em que o tempo de relacionamento é maior, fica evidente que não há preocupação com a contracepção (LUZ ; BERNI 2010).

Segundo Paula, *et al.*, (2011), a orientação sexual apareceu relacionada a leitura de jornais, revistas e conversas com amigos. A família e a escola como provedoras de orientações estão ausentes de suas falas. Os autores ressaltaram, em sua conclusão, que os jovens estão mais vulneráveis tanto individual como coletivamente, o que resulta em uma paternidade precoce.

Esses adolescentes também não estavam tão preparados para essa mudança repentina, pois antes eram filhos, tinham menos responsabilidades, e agora as responsabilidades mudaram tendo em vista que um ser humano depende deles e que são pais agora. Por não poderem contar com o auxílio financeiro da família de origem, passaram a assumir sozinho a liderança do papel familiar como pai

(UTIAMADA, 2010).

As complexidades para os pais adolescentes são muitas. É comum eles receberem menos informações e ainda ter que arcar com responsabilidades, como largar a escola e ir trabalhar, afastar-se dos amigos e ainda não terem muita participação da fase de gravidez de seu filho. Tais fatos podem contribuir para que esses jovens não assumam as suas responsabilidades pela paternidade (CARVALHO, BARRAS, 2000; RECHE, MARTINS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é um período de transformação, que compreende o seu desenvolvimento especialmente na paternidade onde ocorre um convite de mudanças de menino ao mundo do adulto se tornando homem. Com essas mudanças ocorre também às vulnerabilidades.

O conceito de ser pai na adolescência significa o status de adulto e do pleno reconhecimento social, sendo que esses pais adolescentes acabam renunciando aos estudos e a sua liberdade, optando ao vínculo empregatício, exercendo o papel de pai provedor da nova família.

A informação sobre educação sexual dos pais adolescentes, de acordo com suas falas, provém de jornais, revistas e amigos, não sendo a família e a escola, mencionadas.

Sobre os conhecimentos de métodos contraceptivos, tem consciência sobre os métodos, mas o principal motivo para justificar a ocorrência da paternidade foi o uso irregular dos métodos pela a parceira, responsabilizando a própria pela a concepção e a contracepção.

Ao exercer a paternidade esses jovens são convidados a compartilhar e assumir novas atribuições, desafios e conquistas provenientes da sociedade atual. Assim diante de todas essas características envolvida nesse contexto, tão específico no processo de sua humanização, podemos dizer que, biologicamente falando, o adolescente já tem condições físicas para ser pai, pois é neste período que ocorre o início da produção de espermatozóides proporcionando assim a vida fértil.

Contudo, no que diz respeito ao aspecto psicológico, pode-se pensar: se esta fase de desenvolvimento do ser humano é um momento tão especial da vida – a qual requer cuidado, atenção e reflexão.

Quando o adolescente se encontra mergulhado em si mesmo, na construção de sua identidade, considerando-se seu aspecto psíquico e emocional; assim como também toda sua experiência de vida. Como ele poderia oferecer suporte, apoio presença paterna a um filho que também necessita se estruturar precisando também de cuidado.

Dessa forma é importante que a enfermagem compreenda a vivência da paternidade na adolescência, para orientá-los e conseqüentemente eles serão acolhidos. Também se faz necessário que os profissionais da saúde ofereçam proteção, promoção e principalmente a prevenção da saúde.

Assim, o pai adolescente terá assistência mais humanizada contando com um sentido mais amplo além dos cuidados com a saúde, para que esses jovens estejam prontos para desempenhar e desenvolver o projeto de pai no mundo adulto.

REFERÊNCIAS

1. LUZ AMH, BERNI NIO. **Processo da paternidade na adolescência**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2011 set 30]; 63(1):43- 50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a08.pdf>.
2. BARRETO Acm, ALMEIDA Is, RIBEIRO Ib, TAVARES Kfa. **Paternidade na Adolescência: tendências da produção científica**. Adolescência & Saúde. 2010. Vol. 7 nº 2 - Abr/Mai/Jun, p. 54-59.
3. Utiamada MRP. **A paternidade na adolescência: um estudo a partir da visão dos pais adolescentes do ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Londrina**. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas. Londrina; 2010. Disponível em: URL: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/5.Maysa.pdf>.
4. NOGUEIRA, M., Martins, A., Schall, V., & Modena, C. (2011). **“Depois que você vira um pai...”: adolescentes diante da paternidade**. *Adolescência & Saúde*, 8(1), 28-34.
5. Paula, E. R, Bittar, C. M., Silva, M. A. I., & Cano, M. A. T. (2010). **A Paternidade na adolescência e seu significado entre os jovens universitários que a vivenciaram**. Revista Mineira de Ciências da Saúde, (2), 28-42. Recuperado de <http://revistasau.de.unipam.edu.br/>
6. Gontijo DT, Bechara AMD, Medeiros M, Alves HC. **Pai é aquele que está sempre presente: significados atribuídos por adolescentes à experiência da paternidade**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 [acesso em: 29 mar 2013];13(3):439-48. Disponível em:.
7. RECHE, Gabriela Teodoro, MARTINS, Rosemeire Souza, **As conseqüências Emocionais da Paternidade Precoce em Adolescentes (abordagens/Psicanalise/as-conseqüências-emocionais-da-paternidade-precoce-em-adolescentes)**. Psicanálise, 2013.
8. DE CASTRO PRADO, Juliana; FERREIRA ABRÃO, Jorge Luís. **Paternidade: um estudo sobre pesquisas desenvolvidas no contexto brasileiro**. In: Colloquium Humanarum. 2014.
9. DRAGO, À. B. & MENANDRO, M. C. S. SMITH; **A Paternidade e a Maternidade sob o Olhar de Jovens de Classe Média e Baixa: Um Estudo em Representações Sociais**. Revista Colombiana de Psicologia, v. 23, n. 2, p. 311-324, 2014.
10. VEIGA, Maria Beatriz et al. **Paternidade na adolescência: revisão integrativa**. Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963, v. 8, n. 11, p. 3962-3971, 2014.
11. DA COSTA SOUTO, Danielle et al. **Paternidade Adolescente e os Cuidados ao Bebê com até Um Ano de Idade**. *Psico*, v. 46, n. 2, p. 284-294, 2015.
12. GUIMARÃES,D; CABRAL,P. Disponível em:< <https://www.significados.com.br/adolescencia/2011-2017- Significados: descubra o que significa, conceitos e definições./>>. Acesso em: 16 março 2014.

13. WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (1986). **Young people's health: A challenge for society**. Report of a WHO study group on young people and health for all [Technical Report Series no. 731]. Obtido em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>.
14. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. (1985). **Assembléia Geral da ONU**. Programa Mundial de Acção para a Juventude. Obtido em www.un.org/youth.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

SATISFAÇÃO DAS GESTANTES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ - NATAL EM UM MUNICÍPIO MARANHENSE

Data de aceite: 22/11/2019

Bárbara de Araújo Barbosa Sousa
Adriane Mendes Rosa
Gabriella Marly Pereira de Jesus
Iara Leal Torres
Gleciane Costa de Sousa
Helayne Cristina Rodrigues
Francilene de Sousa Vieira

RESUMO: **Introdução:** A consulta de enfermagem no pré-natal deve ser acompanhada por um profissional enfermeiro, capacitado na área, tendo em vista a necessidade de garantir um cuidado integral tanto para mãe quanto para a criança. A atenção básica é de grande relevância a saúde materna-infantil, através do pré-natal, visto que é através dessa que se realiza o acompanhamento da gestante visando à garantia de boa saúde, a sua integralidade, postergando ou evitando as doenças e permitindo melhores condições de vida dessa e da criança, desse modo as gestantes ficaram satisfeitas com o atendimento recebido em todas as etapas da atenção básica, em especial no atendimento dado pelo profissional enfermeiro. **Objetivo:** Avaliar a satisfação das gestantes na consulta de enfermagem no pré-natal em um município maranhense. **Metodologia:** A pesquisa é de

natureza quantitativa, realizada no Município de Colinas-MA, na Atenção Primária a Saúde, em Unidades Básicas de Saúde situadas em localizações estratégicas no Município, junto a gestantes cadastradas no Sistema de Informação em Saúde no Pré-Natal, através da aplicação de uma entrevista estruturada com questões fechadas, mediante o aceite em participação da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para análise das informações obtidas foi realizada análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** No que se refere ao perfil sociodemográfico das gestantes entrevistadas, a faixa etária predominante correspondeu de 17 a 33 anos, com predomínio da cor parda e estado civil solteiras (56,5%) e escolaridade de nível médio (91,3%). A quantidade de participantes que consideram a consulta de enfermagem Excelente e Boa correspondem a 47,8% respectivamente, e 4,4% Péssima. **Conclusão:** foi possível perceber o nível de satisfação das gestantes com o pré-natal realizado pelo profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde pesquisadas (95,60%). Contudo, apesar do número de gestantes (4,4%) que não se sentem satisfeitas com o Enfermeiro na consulta de pré-natal, 30,4% se sentiram satisfeitas com as informações repassadas e

95,7% ficaram à vontade para sanar suas dúvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação; Gestantes; Consulta de Enfermagem; Pré-natal.

PREGNANT NURSING CONSULTATION OF PREGNANT NURSING CONSULTATION IN A MARANHILLIAN CITY

ABSTRACT: Introduction: The prenatal nursing consultation should be accompanied by a trained professional nurse, in view of the need to ensure comprehensive care for both mother and child. Primary care is of great relevance to maternal and child health, through prenatal care, since it is through this that the pregnant woman is monitored to ensure good health, completeness, postponing or avoiding diseases and allowing better this and the child's living conditions, thus the pregnant women were satisfied with the care received at all stages of primary care, especially the care given by the nurse professional. **Objective:** To evaluate the satisfaction of pregnant women in the prenatal nursing consultation in a city of Maranhão. **Methodology:** The research is quantitative, conducted in Colinas-MA, in Primary Health Care, in Basic Health Units located in strategic locations in the Municipality, with pregnant women registered in the Prenatal Health Information System, through the application of a structured interview with closed questions, by accepting participation in the research through the Informed Consent Form. For analysis of the information obtained, Bardin content analysis was performed. **Results and Discussion:** Regarding the sociodemographic profile of the interviewed pregnant women, the predominant age group corresponded from 17 to 33 years, with predominance of brown color and single marital status (56.5%) and high school level (91.3%). The number of participants who consider the nursing consultation Excellent and Good correspond to 47.8% respectively, and 4.4% Poor. **Conclusion:** it was possible to perceive the level of satisfaction of pregnant women with prenatal care performed by the professional nurse in the basic health units surveyed (95.60%). However, despite the number of pregnant women (4.4%) who are not satisfied with the nurse during the prenatal consultation, 30.4% were satisfied with the information passed on and 95.7% were comfortable to remedy their needs. doubts.

KEYWORDS: Satisfaction; Pregnant women; Nursing Consultation; Prenatal.

1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único na vida da mulher, portanto alguns cuidados necessários devem ser tomados, sendo um dos principais o acompanhamento por um profissional capacitado na área da saúde, que irá acompanhar e avaliar a gestante no período gestacional. Nesse contexto, o pré-natal é a assistência na área da enfermagem e da medicina prestado à gestante durante os nove meses de gravidez, a fim de manter a integridade das boas condições de saúde da mãe e do

bebê (SANTOS; RADOVANOVIC; MACON, 2010).

A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade e não deve ser encarada como uma simples assistência médica, mas como um trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional. A saúde da mulher deve ser considerada em sua totalidade, ultrapassando a condição biológica de reprodutora e conferindo-se o direito de participar globalmente das decisões que envolvem sua saúde (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019).

O pré-natal deve começar logo após a mulher descobrir que está grávida, ou no momento em que decidir engravidar, onde se devem realizar com o profissional de enfermagem no mínimo seis consultas durante o período gestacional, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. No entanto, se a gravidez for de risco e surgir complicações, as consultas devem ser mais frequentes (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010; DANTAS *et al.*, 2018).

O papel do enfermeiro é de suma importância na Estratégia Saúde da Família, pois ele é responsável por prestar assistência à gestante. É na consulta de enfermagem que o enfermeiro deve promover ações de educação em saúde com relação aos temas ligados ao ciclo reprodutivo, como o planejamento familiar, sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), amamentação, nutrição e higiene, parto e pós-parto (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011; LÍBERA *et al.*, 2011).

Uma das prioridades das políticas públicas de saúde no Brasil é a atenção às gestantes e o seu monitoramento, configurando-se como um dos principais indicadores de efetividade da atenção básica, isso porque seus procedimentos fundamentam-se na mesma lógica para outras ações em saúde e podem ser utilizados para avaliar a qualidade do atendimento, sendo possível obter a opinião do paciente sobre o atendimento recebido (GOUVEIA *et al.*, 2011; CARDELLI *et al.*, 2016).

Quando se retrata sobre o contexto da avaliação das políticas públicas consideradas prioritárias, o nível de satisfação das usuárias caracteriza-se como importante campo na avaliação da qualidade, na medida em que o nível de satisfação retrata as diversas etapas do atendimento e a maneira como os cuidados técnicos são difusos ou recebidos, entre os usuários e o serviço de saúde. Isso se deve a perspectiva das gestantes, à ambiência das unidades e a relação com os profissionais de saúde, tais como o que escutam e a maneira como essas são acolhidas influenciam no seu julgamento sobre os cuidados recebidos. Portanto, a avaliação da satisfação das gestantes é uma etapa fundamental para se mensurar a qualidade em todas as etapas da atenção básica (SILVA *et al.*, 2017).

Dessa forma esse trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer a satisfação das gestantes no pré-natal, visando possibilitar através desse estudo

fornecer subsídios para um cuidado mais direcionado e específico a essas mulheres no período gravídico. Mediante as considerações elencadas essa pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar a satisfação das gestantes na consulta de enfermagem no pré-natal no Município de Colinas – MA, e como objetivos específicos: Caracterizar as variáveis sociodemográficas e maternas das gestantes no pré-natal; Conhecer o nível de satisfação das gestantes na consulta de enfermagem no pré-natal e descrever as principais limitações da consulta de enfermagem no pré-natal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Onde para Richardson (2007), a abordagem quantitativa do tipo descritiva se caracteriza pela quantificação na coleta das informações, com o intuito de garantir a precisão, melhor análise e interpretação dos resultados evitando ao máximo a distorção dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2013).

O presente estudo foi realizado na cidade de Colinas localizada no estado do Maranhão, sua população estimada no ano de 2017 foi de 40.575 pessoas (IBGE, 2017). No contexto exposto, para fins de coleta de dados selecionou-se a Rede de Atenção Básica. Esta rede é composta por um único distrito de saúde, 18 (dezoito) equipes da Estratégia Saúde da Família e 17 (dezessete) postos ou centros de saúde. Os sujeitos da pesquisa foram compostos por gestantes cadastradas no Sistema de Informação em Saúde do Pré-Natal (SISPRENATAL), acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a amostra foi 23 das 88 gestantes das Unidades Básicas de Saúde.

As gestantes preencheram aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico confirmado de gravidez por meio do Beta-HCG ou do exame clínico em acompanhamento no serviço público, residentes na zona urbana, estar no segundo ou no terceiro trimestre da gestação. E como critérios de exclusão: gestantes encaminhadas para referência em pré-natal de alto risco.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionários de múltipla escolha, a coleta se deu em datas pré-definidas, estabelecidas de acordo com a disponibilidade das participantes.

Os dados coletados foram inseridos no banco de dados do Microsoft Office Excel 2016, para a construção dos gráficos objetivando uma análise dos dados com o intuito de melhorar a visualização, compreensão e interpretação dos resultados do estudo.

Em concordância com o previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi submetida à análise pela Plataforma Brasil, sendo aprovada através do parecer Nº 3.101.315.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil Sociodemográfico e econômico das Gestantes

Participaram do estudo 23 gestantes, com faixa etária entre 17 e 33 anos e média de idade de 22 anos. Das gestantes participantes 13 (56,50%) são pardas. Entre as gestantes, dez relataram ser casada (43,48%). Quanto à escolaridade, vinte (91,30%) possuíam Ensino Médio. Esses dados podem ser observados na Tabela 01.

Variável		Frequência (N)	(%)
Idade	17 a 20	9	39,1%
	21 a 29	12	52,2%
	31 a 33	2	8,7%
Cor	Branca	2	8,70%
	Parda	13	56,52%
	Negra	8	34,78%
Escolaridade	Ensino Fundamental	1	4,35%
	Ensino Médio	21	91,30%
	Ensino Superior	1	4,35%
Estado Civil	Solteira	12	52,17%
	Casada	10	43,48%
	Divorciada	1	4,35%
Ocupação (Profissão)	Cabeleireira	1	4,35%
	Dona de Casa	20	86,95%
	Comerciante	1	4,35%
	Sacolão	1	4,35%
Renda Familiar	< ao Salário Mínimo	10	43,48%
	Um salário mínimo	13	56,52%

Tabela 01- Perfil Sociodemográfico das gestantes em atendimento pré-natal no município de Colinas - MA, 2019.

Fonte: autora.

Além disso, as gestantes participantes da pesquisa responderam no questionário sobre sua renda familiar e que profissão elas exercem, quais suas ocupações (Tabela 01). Quanto à renda recebida por essas, 13 (56,52%) recebem um salário mínimo. E em relação à ocupação que essas possuem 86,95% são donas de casa.

Quanto ao perfil socio econômico, a maioria das entrevistadas é de baixa renda, porém essa informação não estabelece determinantes para explicar os resultados, mas contribuem para compreendermos como essas gestantes são assistidas e acompanhadas na atenção básica de saúde durante o pré-natal. De acordo com Martins *et al.* (2015) a taxa de analfabetismo reduziu-se significativamente nos

últimos anos, entretanto ainda há um número elevado de gestantes com baixa escolaridade.

3.2 Características das Gestantes na Gestação Atual e Antecedentes Obstétricos

Com o intuito de conhecer as características das gestantes entrevistadas no município de Colinas-MA foi perguntado quantas consultas foram realizadas na sua gesta o atual e se essas já sofreram aborto ou tiveram nas gesta es anteriores histórico de baixo peso. Esses dados podem ser observados na tabela 02.

Variáveis		Frequência (N)	(%)
Número de consultas na gesta�o atual	< Seis	15	65,21%
	Seis	6	26,09%
	> Seis	2	8,70%
Histórico de Aborto	Sim	5	21,74%
	Não	18	78,26%
Histórico de baixo peso ao nascer	Sim	3	13,04%
	Não	20	86,96%

Tabela 02- Dados das gestantes entrevistadas segundo informa es da gesta o atual e antecedentes obstétricos, Colinas-MA, 2019.

IMC-  ndice de Massa Corpórea.

Fonte: autora.

Há alguns casos em que as gestantes possuem características específicas ou podem sofrer agravos durante a gesta o, ocasionando uma evolu o desfavorável desta, tanto ao feto como para a mãe. Sendo assim chamadas de gestantes de risco, no qual se incluem as adolescentes. Das 23 entrevistadas 5 sofreram abortos espontâneos em uma de suas gesta es, sendo 4 delas adolescentes com idades entre 17 e 23 anos. Comprovando os relatos já presentes na literatura (AZEVEDO *et al.*, 2015; SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Além dos abortos que podem vir a acontecer, a gravidez na adolescência esta também associada às taxas de baixo peso ao nascer (<2500), parto pré-termo, doenças respiratórias ou mesmo tocotraumatismo. Podendo ainda haver anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, despropor o cefálica-pélvica, infec o urinária, placenta prévia, complica es no parto e puerpério em gestantes adolescente (AZEVEDO *et al.*, 2015).

Porém se for realizado um pré-natal adequado, com assistência de qualidade, regular, se evitam possíveis complica es maternas e infantis, tais como a

morbimortalidade, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e as encaminham em cada momento da gravidez. No entanto, a grande maioria das gestantes brasileiras só realizam apenas uma consulta pré-natal, aquelas que realizaram de 6 ou mais, considerada adequada e indicada pelo Ministério da Saúde foram de 73% em 2012. Sendo o percentual menor em mulheres de classe econômica mais baixa e das regiões Norte e Nordeste (TOMASI *et al.*, 2017).

Das grávidas entrevistadas no município de Colinas no Maranhão, 57% iniciaram o pré-natal no 2º trimestre de gestação (Gráfico 1). Sendo ainda que o número de consultas realizadas pela maioria encontra-se abaixo do esperado para o tempo da gestação. As que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre realizaram de 1 a 6 consultas, 60% delas menos que o esperado. Contudo, uma das entrevistadas do 2º trimestre não realizou nenhuma consulta pré-natal na gestação atual, apesar de já ter estado grávida a menos de 2 anos.

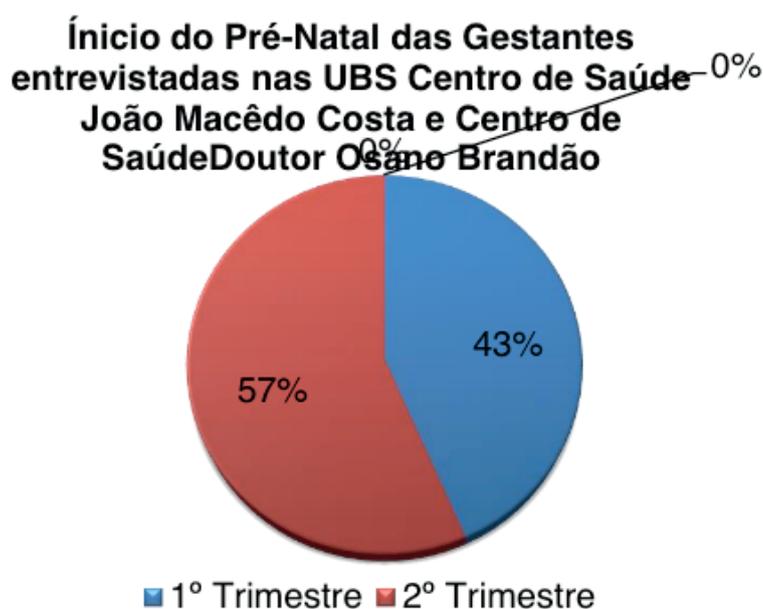


Gráfico 01: Percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º e no 2º trimestre de gestação do Município de Colinas- MA, 2019.

Segundo Silva e Macedo (2014), o excesso de peso durante a gravidez pode vir a provocar macrossomia no recém-nascido, parto cesáreo, retenção de peso materno no pós-parto e dificuldades na hora de amamentar. Podendo observar ainda que mulheres que iniciaram a gravidez acima do peso, apresentam maior ganho durante a gestação. Foi analisado o Índice de Massa Corpórea (IMC) das 23 gestantes entrevistadas e comparando-se com a idade gestacional do feto, de acordo com os dados do Ministério da Saúde do ano de 2017 que classifica as gestantes segundo o IMC em: Baixo peso (BP), Adequado (A), Sobrepeso (SP) e

Obesidade (O).

Pode-se relatar que 34,80% das grávidas estão em Baixo peso. Além disso, 51% das gestantes entrevistadas são multíparas, no qual a maioria delas tiveram partos cesáreos, 75%, e 25% tiveram partos normais. As outras 49% das entrevistadas se encontram em sua primeira gravidez. Quando se compara ao estudo de Silva e Macedo (2014) pode-se inferir que mais da metade das que tiveram partos cesáreos estavam acima do peso ou mesmo obesas.

Percentual de gestantes por classe de acordo com seu IMC

■ Baixo peso ■ Adequado
■ Sobrepeso ■ Obesidade

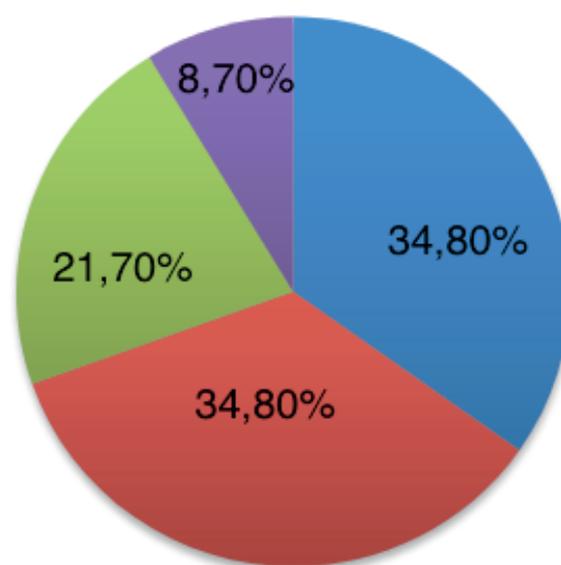


Gráfico 02: Percentual das gestantes entrevistadas de acordo com a classe do Índice de Massa Corpórea que essas se encontram na gravidez em Colinas- MA, 2019.

3.3 Satisfação das Gestantes Atendidas na Consulta de Enfermagem

De acordo com a entrevista realizada com as gestantes do município de Colinas-MA pode-se perceber que 47,80% dessas consideram a consulta Excelente (gráfico 3). Quanto às dúvidas que estas apresentavam antes da consulta de enfermagem, 95,70% tiveram seus questionamentos solucionados. Quando questionadas sobre sua acolhida dentro das UBS, 91,30% se sentiram bem acolhidas.

Classificação da Consulta de Pré-Natal realizada pelo Enfermeiro no Município de Colinas- MA

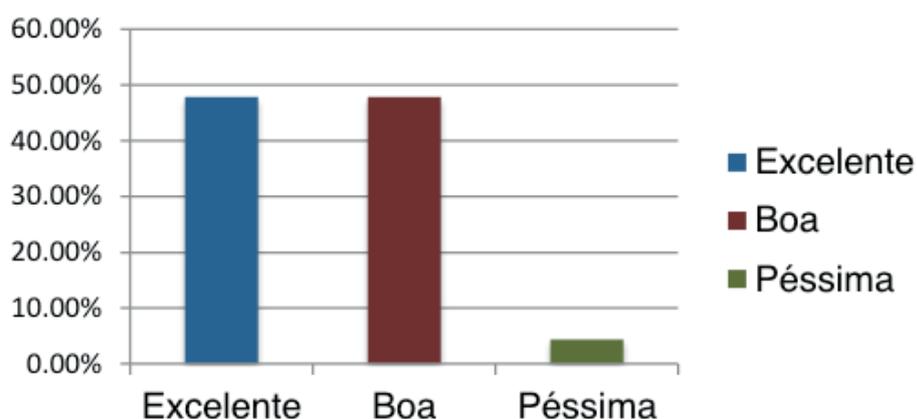


Gráfico 3: Nível de satisfação das gestantes na consulta de pré-natal município de Colinas- MA, 2019.

O acolhimento vem a possibilitar um acesso regular por meio da oferta de ações e serviços mais adequados e com qualidade, contribuindo assim para a satisfação dos pacientes. Isso significa saber acolher, ouvir, suprir de forma eficiente às demandas, dar respostas mais adequadas aos usuários, além de promover saúde. Segundo *Granado et al.* (2012) as gestantes devem se sentir bem acolhidas, acolhimento esse que deve ser iniciado desde a recepção, ou seja, sua chegada na unidade de saúde, logo após são encaminhadas as consultas de enfermagem e médica. Esse interesse na satisfação das usuárias do setor de saúde teve início na década de 70, baseando-se em aspectos técnicos e estruturais de qualidade da saúde. Em especial com as gestantes, visto que um atendimento de qualidade e eficiência vem a satisfazer não somente a saúde materna como a do concepto (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Com isso realizou-se uma entrevista com as gestantes com a seguinte pergunta: "Você foi bem acolhida na unidade durante a espera e do atendimento?" na qual foi percebido que 91% das entrevistadas se sentiram bem acolhidas pela unidade. Pode-se observar esses dados no gráfico 4.

Acolhimento das gestantes na unidade durante a espera e do atendimento

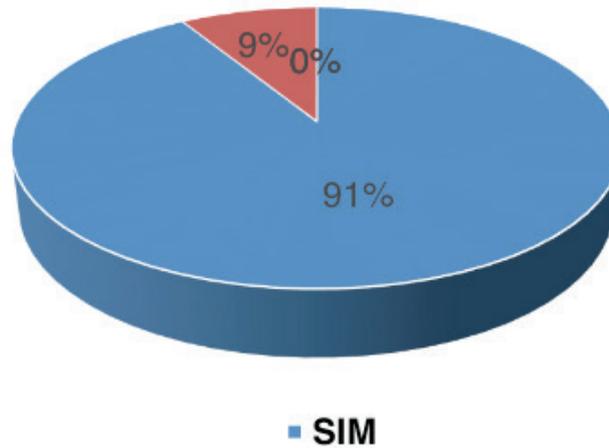


Gráfico 4: Acolhimento das gestantes na unidade durante a espera e do atendimento.

Esse acompanhamento advindo desde o pré-natal configura-se eficaz, ajudando a detectar precocemente possíveis alterações no conceito ou mesmo alterações maternas, tratando intercorrências da saúde de ambos. O acesso à saúde faz com que haja uma redução das taxas de morbimortalidade e de mortalidade materna. A avaliação do pré-natal, pelas mães, pode contribuir para uma melhoria na assistência as gestantes, com a diminuição dos índices de mortalidade infantil e materno (ANVERSA, 2012; SENA, 2014; VALENTE et al., 2013; BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Pensando nisso, as gestantes entrevistadas foram questionadas sobre o nível de satisfação da consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro, podendo classificar a consulta em Satisfeita, Parcialmente Satisfeita e Insatisfeita (gráfico 5).

Nível de satisfação das gestantes na consulta de enfermagem no pré natal no Município de Colinas-MA

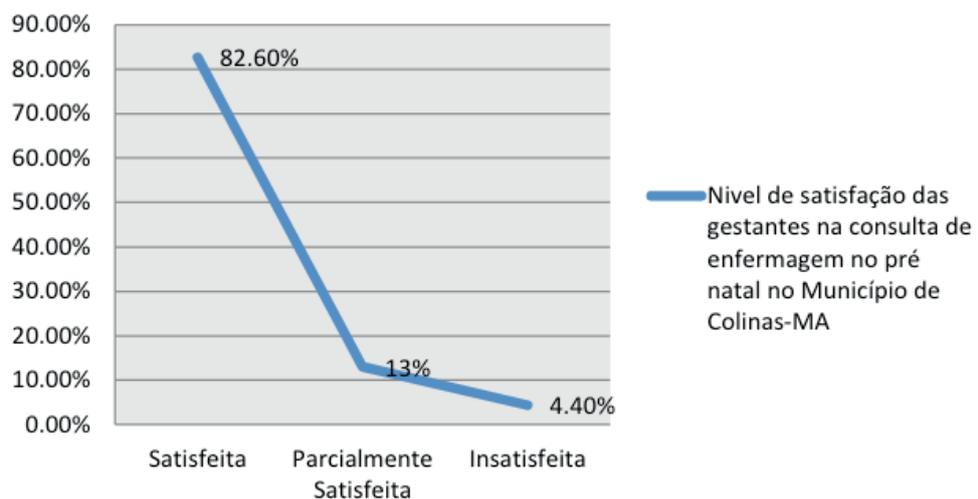


Gráfico 5: Nível de satisfação das gestantes na consulta de enfermagem no pré-natal no

Em um estudo realizado com 16 gestantes no Mato Grosso do Sul por Andrade, Santos e Duarte (2019), na qual essas foram questionadas sobre sua satisfação com atendimento prestado pelas enfermeiras e pelos médicos, demonstrou que essas se sentiam seguras e satisfeitas com os serviços prestados por esses profissionais. Todavia, no estudo em questão não foi relatado em percentual tal nível de satisfação. Em outro estudo realizado por Vettore *et al.* (2013) realizado no Rio de Janeiro com 1239 gestantes demonstrou que 80% dessas relataram uma boa ou ótima satisfação com a maneira como foram tratadas durante suas consultas.

Além de classificar a Consulta de Enfermagem em Satisfeita, Parcialmente Satisfeita e Insatisfeita, as gestantes entrevistadas foram perguntadas se sentiam seguras com as orientações repassadas pelo enfermeiro. Todas as 23 entrevistadas se disseram seguras com as informações repassadas, porém ao serem questionadas sobre a segurança de serem consultadas por esse profissional, 3% apresentaram insegurança com o atendimento e 97% seguras com o mesmo (gráfico 6).

Comparação das Gestantes Seguras com as Orientações da Consulta de Enfermagem X Insegurança no Atendimento por um Enfermeiro

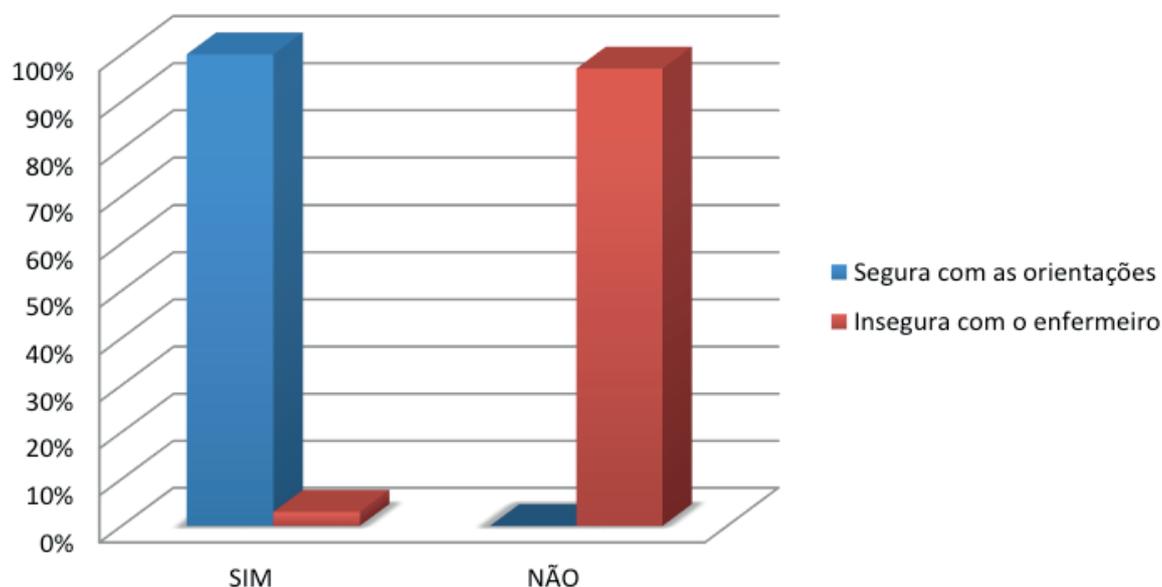


Gráfico 6: Comparação das gestantes seguras com as orientações prestadas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem e a insegurança no atendimento por um enfermeiro.

No estudo desenvolvido por Vettore *et al.* (2013) quando perguntadas sobre as informações repassadas a quantidade de gestantes satisfeitas variou de 61,9% a 73,4% das entrevistas. Todavia em um estudo realizado no ano de 2012 por Mascarenhas, 93, 33% das entrevistas ficou a vontade para tirar suas dúvidas e

6,67% não se sentiu a vontade. Não obstante, após as informações prestadas o número de gestantes seguras com as informações repassadas caiu para 73,33% e as inseguras aumentou para 26,67%.

Em outro estudo realizado em 2019, por Rizzo *et al.*, as gestantes relataram desconfiança e despreparo com a consulta de pré-natal realizada por enfermeiros, isso decorreu pelo desconhecimento dessas de que esses profissionais são capacitados a realizar e não somente os médicos, como supõe a maioria. Porém após a primeira CE realizada por este profissional, 100% das entrevistas ficaram satisfeitas com os resultados e informações prestadas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é um fenômeno fisiológico que está envolto de diversas mudanças biológicas, psicológicas e culturais. Levando-nos a entender que os cuidados com o pré-natal devem ultrapassar as questões biológicas e técnicas de atenção às gestantes. Desta maneira, a assistência nas consultas de enfermagem de pré-natal deve proporcionar uma gestação adequada, afim de que ocorra de forma saudável e com qualidade tanto materna quanto do concepto.

Nesta pesquisa foi possível perceber o nível de satisfação das gestantes com o pré-natal realizado pelo profissional enfermeiro nas UBS Centro de Saúde João Macêdo Costa e Centro de Saúde Doutor Osano Brandão em Colinas-MA, onde 47,80% consideram a consulta como excelente, 47,80% como boa e 4,40% como péssima. Isso significa dizer que o atendimento, a assistência dos enfermeiros às gestantes no pré-natal é considerada adequada.

Apesar do número de gestantes que ainda não se sentem seguras com o atendimento do enfermeiro, 30,4% das entrevistadas, após a orientação desse profissional na consulta todas se disseram seguras com as informações e orientações prestadas, onde 95,7% ficaram à vontade para sanar suas dúvidas.

Com isso, pode-se perceber que uma assistência às mulheres, em especial no seu pré-natal é de suma importância para avaliar o nível de satisfação das usuárias e fazer com que essas continuem a ir às consultas, apesar de algumas estarem com o número de consulta inadequado para o período gestacional em que se encontram. A fim de melhorar essa demanda, ajudando na saúde materno-infantil, podem ser realizadas palestras sobre a importância do pré-natal de qualidade e realizado por pessoas capacitadas e ainda orientá-las sobre a eficácia na participação por completa do pré-natal podendo assim diminuir as possíveis complicações da gestação.

REFERENCIAS

- ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e Saúde**: v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019.
- ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidade básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**: v. 28, n.4, p. 789-900, 2012.
- AZEVEDO, W. F. *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein (São Paulo)**: v. 13, n. 4, p. 618-624, 2015.
- BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O Pré-Natal Realizado pelo Enfermeiro: a Satisfação das Gestantes. **Revista Cogitare de Enfermagem**, v.16, n.1, p.29-5, 2011.
- CARDELLI, A. A. L.; *et al.* Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Investigación y Educación en Enfermería**: v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016.
- GOUVEIA, G. C.; *et al.* Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**: v. 16, n.3, p. 1849-1861, 2011.
- LÍBERA, B. D.; *et al.* Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**: v. 16, n.12, p.4855-4864, 2011.
- MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2013. p.43-60.
- MARTINS, Q. P. M *et al.* Conhecimentos de Gestantes no pré-natal: Evidências para o cuidado de enfermagem. **Sanare-Revista de Políticas Públicas**: v.14, n.02, p.65-71, 2015.
- SANTOS, A.L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: Satisfação e Expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, Número Especial, p.61-71, 2010.
- SENA, I. V. S. **Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: Revisão de Literatura**. 2014. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa.
- SILVA, A. L. A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Caderno de Saúde Pública**: v. 33, n. 12. p. 1-14, 2017.
- SILVA, D. G. de; MACEDO, N. B. Associação entre ganho de peso gestacional e prognóstico da gestação = Association between gestational weight gain and pregnancy outcome. *Scientia Medica*: v. 24, n. 3, p. 229- 236, 2014.
- TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno de Saúde Pública**: v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017.
- VALENTE, M. M. Q. P. *et al.* Assistência Pré-Natal: um olhar sobre a qualidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**: v. 14, n.2, p. 280-289, 2013.

PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE AS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Data de aceite: 22/11/2019

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Laíne de Souza Matos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Vivian Andrade Gundim

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Flávia Costa Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

RESUMO: O parto e o nascimento são eventos diretamente relacionados à fisiologia e ao meio sociocultural em que ocorrem, desencadeando múltiplas percepções por parte das mulheres que o vivenciam, especialmente diante dos cenários das boas práticas. Desse modo, tem-se como objetivo geral: analisar as percepções de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, e como objetivos específicos: levantar o conhecimento de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; categorizar as boas práticas elencadas por puérperas na atenção ao parto e nascimento e discutir as

boas práticas identificadas à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. O estudo foi realizado em uma maternidade filantrópica do município de Ilhéus. Os sujeitos do estudo foram puérperas imediatas internadas no alojamento conjunto ou puérperas tardias que se encontravam no domicílio conforme critérios de inclusão estabelecidos previamente. Utilizou-se como instrumento para a coleta dos dados um roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Evidenciou-se nos discursos das puérperas que o conhecimento ou desconhecimento sobre as boas práticas podem interferir no manejo da assistência, e mesmo com programas de humanização do cuidado instituídos, ainda existem práticas que contradizem tais princípios. Conclui-se que é necessária uma assistência humanizada e qualificada, que valorize o protagonismo da mulher com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado, Período pós-parto, Saúde da mulher, Enfermagem.

PERCEPTIONS OF PUERPERAS ON GOOD PRACTICES IN CARE OF CHILDBIRTH AND BIRTH

ABSTRACT: Childbirth and birth are events directly related to the physiology and socio-cultural environment in which they occur, triggering multiple perceptions on the part of women who experience it, especially in the face of good practice scenarios. Thus, the general objective is: to analyze the perceptions of postpartum women about good practices in childbirth care, and as specific objectives: to raise the knowledge of postpartum women about good practices in childbirth care; categorize the good practices listed by mothers in childbirth care and discuss the best practices identified in the light of the Prenatal and Birth Humanization Program. It is a qualitative, descriptive and exploratory study. The study was conducted in a philanthropic maternity hospital in Ilhéus. The study subjects were immediate postpartum women admitted to the rooming-in or late mothers who were at home according to previously established inclusion criteria. A semi-structured interview script was used as instrument for data collection. The data analysis was based on the thematic content analysis proposed by Bardin. It was evident in the speeches of the mothers that knowledge or lack of knowledge about good practices can interfere in the management of care, and even with care humanization programs in place, there are still practices that contradict such principles. It is concluded that a humanized and qualified assistance is needed, which values the role of women based on the good practices of childbirth and birth care.

KEYWORDS: Humanized childbirth, Postpartum period, Women's health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, a assistência hospitalar no parto e nascimento ainda desvela um cuidado desumanizado e inflexível, desqualificando a ideia dos processos como eventos naturais e fisiológicos. A parturição, em muitos espaços de saúde, costuma ser tratada como um evento médico, controlado e de risco, o que, conseqüentemente, leva a perda da autonomia sobre o corpo feminino e a inexistência do empoderamento enquanto mulher. Além disso, percebe-se que os familiares são afastados rotineiramente da cena do parto sob as justificativas mais impróprias, resultando em intervenções desnecessárias, distanciamento da relação mãe e filho(s) e a ausência do protagonismo das parturientes (MATÃO et al., 2016).

Para subverter tal ordem, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), resgatando a assistência de qualidade com a finalidade de incorporar as boas práticas no parto e nascimento e humanizar plenamente o cuidado (BALDISSEROTTO, 2015; BRASIL, 2000). O objetivo principal do PHPN consiste em facilitar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento no pré-natal,

parto e pós-parto, modificando as realidades experimentadas pelas mulheres diante das agruras dos serviços de saúde (BARBOZA; MOTA, 2016).

Nesse sentido, as estratégias contidas no PHPN auxiliam as mulheres, com respeitabilidade e vigilância no momento do parto e nascimento. Tal programa determina os fundamentos do cuidado e incita os estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel na assistência à parturição (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu as boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento no intuito de ampliar a humanização e qualificação às parturientes. Para tanto, as boas práticas são embasadas por evidências científicas, enfatizando o parto como um acontecimento natural que não exige poderio do profissional de saúde e sim um cuidado voltado às necessidades da mulher (SILVA et al., 2016; OMS, 1996).

Dessa forma, a OMS instituiu quatro categorias relacionadas às boas práticas na atenção ao parto e nascimento segundo a utilidade, exposição e eficiência, servindo para direcionar a atuação profissional, descritas a saber: A) as práticas demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; B) as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) as práticas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e D) as práticas que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (SOUZA et al., 2016).

Com base nesse entendimento, surgiram as seguintes questões norteadoras: Quais as percepções de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento? Quais as implicações das boas práticas identificadas pelas puérperas no que tange ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento? Para responder tais questões, definiu-se como objetivo geral: analisar as percepções de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, e como objetivos específicos: levantar o conhecimento de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento; categorizar as boas práticas elencadas por puérperas na atenção ao parto e nascimento e discutir as boas práticas identificadas à luz do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Com isso, justifica-se o desenvolvimento da pesquisa pelo número insuficiente de publicações nas bases de dados nacionais acerca das percepções de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Corroborando com esta afirmação, evidenciam-se após levantamento bibliográfico de artigos publicados nos últimos cinco anos, 24 estudos relacionados ao parto humanizado, os quais abordam desde a atenção ao pré-natal até os cuidados de enfermagem com a mulher no puerpério, 4 relacionados a boas práticas na assistência ao parto e nascimento, com destaque para a tipificação do parto e atuação dos profissionais de saúde, o que valida a magnitude do estudo.

Por fim, entende-se que este estudo sobre a percepção das puérperas sobre boas práticas na atenção ao parto e nascimento pode contribuir para que gestores, equipe de saúde e estudantes de enfermagem atentem sobre a assistência realizada a partir da voz das parturientes e executem um cuidado humanizado, integral e qualificado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, caracterizado pelo entendimento dos acontecimentos sociais a partir de significações, crenças, valores e atitudes com o objetivo de interpretar ações dentro e a partir da realidade vivida. Além disso, possui caráter descritivo, momento em que buscará descrever as características de um fenômeno ou de uma experiência. Por fim, com dimensão exploratória, permitindo uma maior proximidade com o objeto de estudo pesquisado (PRAÇA, 2015).

O lócus do estudo foi uma maternidade filantrópica localizada na cidade de Ilhéus, Bahia. A maternidade Santa Helena surgiu em área contígua ao Hospital São José, buscando assistir à população local e cidades circunvizinhas com mais qualidade na assistência ao parto e nascimento (ARRUDA, 2017).

As participantes do estudo foram puérperas que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: estar na fase de puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto) ou puerpério tardio (11º ao 45º dia pós-parto); ter idade acima de 18 anos; residir na área urbana e ter parido nas dependências da maternidade. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: puérperas que pariram em domicílio e foram posteriormente deslocadas para a maternidade, puérperas que tiveram complicações no parto e pós-parto, puérperas com natimorto ou óbito fetal e puérperas com transtorno mental, em situação de desorientação.

A coleta dos dados ocorreu após aprovação plena do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) sob parecer nº 3.327.448, através de um roteiro de entrevista semiestruturada. Iniciou-se a seleção de puérperas conforme critérios de inclusão e exclusão. Após a seleção, foi apresentado às participantes, a natureza e objetivos da pesquisa em linguagem acessível. Após entendimento sobre a pesquisa e anuência da participante de forma voluntária em participar do estudo, entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e com posterior assinatura.

Os dados foram coletados nas dependências da maternidade, em ambiente calmo, reservado e sem presença de ruídos ou demais pessoas. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital entre os meses de maio e julho de 2019 e serão mantidas arquivadas por cinco anos, sendo incineradas após esse período.

Destaca-se ainda que o estudo respaldou-se nos princípios éticos das pesquisas científicas que envolvem seres humanos e em respeito à dignidade, à liberdade e à autonomia humana, conforme a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Por conseguinte, é imprescindível frisar que foi garantido o sigilo dos dados coletados e o anonimato da puérpera que foi identificada por um apelido ofertado em lista específica pelas pesquisadoras.

Para a análise dos dados, utilizou-se o método proposto por Bardin, através da análise temática do conteúdo das entrevistas. Esse recurso faz uso de uma união de estratégias que facilitam conhecer aquilo que está por trás das palavras do entrevistado, contribuindo para o alcance do objetivo da pesquisa e a interpretação do material. A definição de análise de conteúdo é a junção de métodos de análise das comunicações, objetivando obter indicadores que induzam a produção de conhecimentos. Tal método prevê três fases fundamentais: pré-análise, que é a fase de organização; a segunda é a codificação, classificação e categorização do material; e a terceira é a inferência e interpretação dos resultados (BARDIN, 2016).

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas vinte e cinco entrevistas, com mulheres entre dezoito e trinta e um anos de idade. Com relação à escolaridade, 11 mulheres possuíam ensino médio incompleto, seguido de sete que possuíam ensino médio completo, três com fundamental incompleto, duas com fundamental completo, uma com ensino superior incompleto e apenas uma com ensino superior completo. Quanto ao estado civil, 12 depoentes se encontravam em união estável, sete solteiras, quatro casadas e duas divorciadas. No que se refere à religião, 12 mulheres eram evangélicas, oito tinham o catolicismo como crença e cinco não possuíam religião específica. Especificamente sobre cor/etnia, 19 se autodeclaravam negras e seis se autodeclaravam não negras.

Sobre a tipificação dos partos e tempo de puerpério, observou-se que 23 puérperas tiveram por via vaginal e apenas duas por cesariana, todas dentro do puerpério imediato. De posse do perfil das puérperas e após transcrição e leitura atenta das entrevistas semiestruturadas, definiu-se duas categorias a seguir:

3.1 (Des)conhecimento das puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento

No período da gestação, a mulher se encontra em um momento único, pois projeta o dia do nascimento do seu filho com grandes expectativas. Nessa ocasião, mais precisamente quando se aproxima a hora do parto, a gestante passa por múltiplos pensamentos, em um misto de felicidade, medo e insegurança, no que diz respeito à maneira em que o processo irá acontecer (CABREIRA, 2015).

No intuito de minimizar os sentimentos e/ou sensações negativas e aumentar o empoderamento na cena do parto, algumas mulheres, ainda na gestação, tentam buscar um conhecimento sobre como agir e o que fazer durante o trabalho de parto, parto e nascimento, conforme falas a seguir:

[...] eu falei assim: eu acho que a bolsa estourou [...] eu baixei um aplicativo das contrações no celular, começou em 4 em 4 minutos, vinha, passava e depois de quatro passou para 30 segundos, aí a dor começou aumentar, [...] e quando eu cheguei aqui ele já estava para nascer [...] **(Letícia)**.

[...] eu sei que a única coisa que tava me aliviando era a hora que eu ia no banheiro, tomava um banho. Isso porque outras pessoas que tiveram, falaram: “olha, assim que você estiver sentindo dor, não fique em cima da cama, levanta, anda, toma banho no chuveiro, tá o banheiro ali pra você usar...” Foi o que eu fui fazendo [...] **(Diana)**.

[...] eu pedi ao médico pra aliviar minha dor um pouco, pra me dar algum tipo de analgésico [...] **(Thiana)**.

[...] deu uma injeção na perna. Eu também já sabia, pra não dá hemorragia [...] **(Adriana)**.

[...] Achei normal... porque é bom quando tem logo né? e é com aquele remedinho no soro, vi que a pessoa consegue, a dor vem mais rápido [...] **(Nirleide)**.

Evidencia-se que, o conhecimento apreendido gera autonomia e permite a mulher e os que a cercam de participar ativamente de todo o processo. A informação é um aspecto muito importante para que haja transmissão de segurança e tranquilidade a gestante, parturiente e puérpera no momento do parto (APOLINÁRIO et al., 2016).

Assim sendo, o conhecimento deve perpassar por todas as instâncias do cuidado. A partir do momento que a mulher possui um maior nível de esclarecimento sobre todo o processo de parturição, bem como seus direitos, sejam eles adquiridos através da ação dos profissionais de saúde, mídia ou internet, mais preparadas estarão para desempenhar sua autonomia (SILVA; SILVA, 2015).

No entanto, nota-se ambiguidades no que tange a algumas práticas na parturição e no cuidado ao filho. Algumas parturientes assumem a importância de processos, a exemplo do amamentar enquanto outras imbuídas de pouco conhecimento preferem negá-lo, como pode ser evidenciado abaixo:

[...] eu gosto de amamentar os meus filhos é uma coisa boa para eles e para a gente! [...] **(Nirleide)**.

[...] eu me senti bem! Foi bom porque ela pegou com facilidade [...] me senti mais segura em saber que pra ela também é bom, o leite materno ali [...] **(Ivanilda)**.

[...] eu ainda não tô sentindo bem, porque só tá saindo o colostro e pra mim, colostro não é alimento, nem pra ela. Eu ainda tenho essa resistência, eu não sei se é por falta de informação, mas eu ainda tenho essa resistência, ela não tá se alimentando, tá perdendo peso [...] **(Thiana)**.

[...] fiquei esperando a anestesia sair do corpo [...] aí no outro dia de manhã que eu fui tomar banho e procurar amamentar [...] **(Crispina)**.

Ademais, percebe-se que o conceito de humanização no processo do parto e nascimento, centrado muitas vezes, na adaptação e/ou transformação da assistência com base na cultura, crenças e valores no intuito de melhorar o atendimento, permanece alterado em algumas mulheres que vivenciaram tal situação (SILVA et al., 2015), tornando-as reféns do cuidado com perda do protagonismo, como demonstrado a seguir:

[...] tinha uma enfermeira e a “Parteira”. A “Parteira” eu achei meio rude, mas como ela tava fazendo o trabalho dela, eu não podia fazer nada [...] **(Márcia)**.

[...] como eu já tive dois, então aquela posição que eu já tava na mente... eu não tive preferência assim, de posição [...] **(Rozana)**.

[...] a gente sempre pare de perna aberta e foi nessa posição que eles me botaram [...] **(Maristela)**.

Ainda que o processo da parturição envolva fenômenos fisiológicos e bioquímicos, sabe-se que as manifestações psicoemocionais podem exacerbar-se, momento em que a fragilidade e a (in)capacidade de opinar, dessa mulher, tornam-se mais evidentes (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015).

Dessa forma, ao experienciar o parto, as mulheres acabam por enfrentar situações desagradáveis que poderiam ser evitáveis. Surge então, uma contraposição no aspecto importante de monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento, que corrobora com as falas a seguir:

[...] eu tava com muita fome e elas, acho que não dá (alimentação) também com medo de ser cesáreo [...] **(Ana)**.

[...] só foi um comentário, que na hora poderia me deixar nervosa! Eles olharam e a cabeça do neném tava saindo, aí eles foram e falaram: “vish, eu acho que tá morta!” [...] porque quem ouviu foi minha tia [...] Se eu tivesse ouvido, eu poderia ficar nervosa e perder as minhas forças! [...] **(Jaiquele)**.

Diante disso, faz-se necessário uma abordagem mais humanística, voltada para a realização do uso de tecnologias fundamentais para a qualificação da assistência do cuidado (SILVA et al., 2016). Por conseguinte, é de suma importância que a(o) enfermeira(o), no instante que se torna agente de mudança no cenário, bem como os demais profissionais de saúde, estejam atentos com o bem-estar dessas mulheres, zelando pelo apoio empático desde o trabalho de parto até o nascimento.

Para tanto, imprimir no seu cotidiano laboral um atendimento holístico e integrado é necessário para a identificação dos problemas e maior resolutividade, sem desconsiderar a qualificação da assistência e o cuidado humanizado no processo de chegada e de desenvolvimento da família, com auxílio das boas

práticas (RODRIGUES et al., 2017).

3.2 Boas práticas na atenção ao parto e nascimento preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e sua inter-relação com o PHPN

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou as boas práticas na atenção ao parto e nascimento e as subdividiu em quatro grandes categorias. Desse modo, dentre as práticas úteis e que devem ser estimuladas (**Categoria A**), pode-se citar o plano individual de parto, o respeito à escolha das mulheres pela posição de parir e pela presença do acompanhante, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, bem como oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto, contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação (SILVA et al., 2016; OMS, 1996).

No que se diz respeito às práticas prejudiciais ou ineficazes (**Categoria B**), verifica-se o uso rotineiro de enema, a tricotomia, tanto quanto o uso de rotina da posição de litotomia. Como prática sem evidência científica suficiente (**Categoria C**), nota-se a tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto, como também o clampeamento precoce do cordão umbilical. Além disso, como práticas usadas de modo inadequado (**Categoria D**), apontam-se a restrição hídrica e alimentar, exames vaginais, como toque vaginal rotineiramente (SILVA et al., 2016; OMS, 1996).

Ao elaborar a classificação das boas práticas, a OMS orienta o que deve ser realizado na assistência ao parto e nascimento com base em fundamentos científicos realizados por meio de pesquisas, ou seja, a prática obstétrica deve ser pautada em evidências, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco (SOUZA et al., 2016).

Posto isto, para que as práticas baseadas em evidências científicas sejam inseridas e aplicadas, gerando uma mudança na realidade do atendimento, é necessário redefinir comportamentos e remover as barreiras que interferem na produção e transferência do conhecimento (CÔRTEZ et al., 2015).

Sendo assim, no trabalho de parto, um dos sinais que as mulheres vivenciam é o início das contrações uterinas, que resulta em desconforto e muita dor. Diante disso, surge a necessidade de realizações de práticas que ofereçam um alívio e amenizem tais sinais, estabelecido na categoria A de boas práticas, como revelado nas falas a seguir:

[...] elas ensinam uma massagem pra aliviar as contrações, que é uma massagem nas costas [...] (**Thaís**).

[...] elas perguntaram se eu queria tomar um banho ou fazer exercício para ajudar o nascimento do bebê [...] (**Nirleide**).

[...] eles me orientaram a respirar, focar na respiração, que foi o que eu fiz e foi o

que me ajudou [...] **(Luiane)**.

[...] acompanharam em questões de me ensinar a ficar na bola, me incentivaram a tomar banho morno, me deram massagem, em todo tempo das contrações a equipe ficou muito me acompanhando [...] A massagem, o banho, foi o que me deu mais auxílio e incentivo, o incentivo tanto verbalmente, como as massagens, acompanhamento no banho, foi o que ajudou bastante! [...] **(Ramires)**.

Evidencia que, a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto, auxilia a experiência com o nascimento, tornando o processo de parturição menos estressante (LOPES et al., 2019). Além disso, o trabalho de parto, parto e nascimento, são apontados como fenômenos que trazem insegurança, denotando a importância da presença de um familiar ou alguém próximo da mulher.

Nesse sentido, a presença do acompanhante proporcionará conforto, calma e segurança, minimizando o nervosismo e ansiedade das parturientes (MELO et al., 2017). Logo, a companhia de alguém que representa e que tem um significado importante para essa mulher, é essencial nesse momento como pode ser notado nas falas a seguir:

[...] tinha, minha irmã! Eu me senti protegida, com ela do meu lado [...] **(Thalita)**.

[...] estava com minha mãe. Eu me senti super auxiliada [...] eu me senti confiante pra realizar o trabalho de parto natural [...] **(Thiana)**.

[...] tava, minha mãe! É um rosto conhecido, a gente já tá assustada com o momento, então um rosto conhecido sempre é bom! [...] **(Luiane)**.

[...] sim, a minha prima tava comigo. Ah, a gente se sente segura, principalmente quando pega na mão da pessoa, a gente se sente mais firme assim [...] **(Rozana)**.

Assim, o parto e nascimento deixam de ser eventos marcados por situações puramente ruins e se transformam em momentos de prazer e felicidade plena. Destaca-se ainda que, para a chegada do bebê, o corpo da mãe passa por grandes alterações e para que o percurso dessa caminhada chegue ao fim com sucesso, é necessário que as forças e energias dessa mulher sejam renovadas, durante o trabalho de parto, através da oferta de líquidos e/ou alimentos.

Nesse sentido, segundo as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, as mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água, bem como aquelas que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve (BRASIL, 2017), conforme falas abaixo:

[...] sim, me deram bem antes do parto porque eu tava me sentindo muito fraca [...] aí eles me deram um cafezinho com leite [...] **(Michele)**.

[...] fica disponível lá uma garrafinha de água pra o acompanhante pegar e

oferecer [...] **(Liliane)**.

Do mesmo modo, a OMS orienta que haja um monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, assim como um monitoramento cuidadoso do progresso do parto (OMS, 1996), que por sua vez traz maior tranquilidade às parturientes, como destacado nas falas abaixo:

[...] foi medido tudo certinho, avaliou os batimentos, contrações, e registrou tudo certinho [...] Eu senti que é bom eles tá acompanhando a saúde da criança, da hora que tá sentindo dor pra ganhar, até a hora que nasce [...] **(Ana)**.

[...] foi, várias vezes. Avaliou os batimentos do bebê várias vezes também. Eles olhavam também quanto eu tava de dilatação, aí a enfermeira vinha e olhava, e foi anotado, quando ela olhava a pressão e o coraçãozinho ela anotava. Eu me senti bem confiante e bem tranquila [...] **(Michele)**.

Atrelado a isso, passado o trabalho de parto e parto, o nascimento também é marcado por especificidades que, da mesma maneira, necessita de uma atenção para que haja uma assistência de qualidade. Dentre as práticas úteis e que devem ser estimuladas pode-se citar: Contato pele a pele entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto; Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (SILVA et al., 2016).

Assim, a partir do momento que tais práticas são explicadas para as puérperas, cumpre-se também uma das recomendações da OMS: Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem, e com isso atrela-se o princípio da humanização, como pode ser notado nos depoimentos a seguir:

[...] eles botaram o neném em cima de mim, deixaram ela respirar um pouco e depois cortou! [...] **(Jaiquele)**.

[...] aplicaram, um remédio pra não ter hemorragia [...] **(Alessandra Maria)**.

[...] assim que saiu da sala que, veio pra o quarto que eu comecei a amamentar [...] aí depois ela começou a explicar a gente que primeiro é o líquido amarelo e depois de um tempo desce o líquido normal [...] **(Maristela)**.

[...] assim que ela terminou de fazer os pontos, da sutura, não demorou muito não. Aí ela falou: “mãe, já pode amamentar”, aí eu peguei ele e amamentei [...] **(Luiane)**.

[...] a moça examinou (placenta), olhou e até admirou o tamanho, de tão pequena que tava (risos) [...] **(Rozana)**.

Infere-se que, nas falas, as ações desenvolvidas resultaram em resposta positiva, reafirmando o significado do cuidado voltado para compreensão do indivíduo e sendo reflexo das orientações da OMS.

Dessa maneira, o PHPN coaduna-se com as boas práticas, pois busca concentrar esforços na minimização das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, bem como assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Embora existam políticas públicas importantes implementadas pelo Ministério da Saúde e OMS a exemplo do PHPN, ainda há estratégias e ações não adequadas que acontecem no serviço, evidenciadas na categoria B das boas práticas, conforme as falas a seguir:

[...] não, alívio não. Eles botam um método para aumentar a dor e a gente ter logo, um remedinho, um soro para aumentar a dor [...] **(Nirleide)**.

[...] eu não tava sentindo contração e ela enfiou o dedo, tava levantando minha bexiga e eu não tava aguentando de dor e ela: “ah, é pra te ajudar...” e eu falei: “mas, eu não tô aguentando de dor.” E ela falou: “então volta lá pra outra sala” Então eu tive que aguentar pra não ter que voltar pra sala [...] **(Liliane)**.

[...] falou assim: “bota os pés no ferro”, eu botei os pés no ferro, aí ela foi e puxou meu pé e disse: “não é os pés não, é a perna!” Aí esticou minhas pernas, aí eu falei: “não, não puxa não, porque tá doendo muito!” Aí ela falou assim: “ano que vem você vai estar aqui de novo!”, falou bem assim comigo: “ano que vem você vai estar aqui de novo!” [...] **(Leticia)**.

Diante de relatos que denotam um caminhar progressivo na direção das boas práticas, faz-se necessário enfatizar cada vez mais a importância de garantir o direito ao cuidado seguro tanto da mãe quanto do bebê, estimulando as redes de atenção de ambos com vistas ao fortalecimento da autonomia e da redução de riscos e/ou danos (PEREIRA et al., 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que as percepções de puérperas sobre as boas práticas na atenção ao parto e nascimento estão em constante mudança pelo movimento da humanização, ao tempo em que a busca pelo conhecimento e informação aumentam significativamente, contribuindo para um parto e nascimento mais saudáveis. Por outro lado, observa-se que ainda existem mulheres que são prejudicadas pela falta de informação e tornam-se mais vulneráveis, expostas a uma assistência desumanizada, revelando a necessidade da implementação das boas práticas em todos os cenários obstétricos do país.

Diante disso, torna-se necessário estimular o protagonismo feminino no processo da gestação, parto e nascimento, mediado pela realização das boas práticas e sem intervenção humana desnecessária. Além disso, é fundamental que se reforce a importância do PHPN para que se cumpra as garantias desses

documentos no âmbito nacional, regional e local, gerando assim, uma assistência à saúde da mulher de maneira universal, integral e exequível.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Janie Maria de; ACOSTA, Laís Guirao; PINHAL, Marília Guizelini. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Rev Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 19, n. 3, p. 711-7, 2015.

APOLINÁRIO, Débora et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**, Paraná, p. 20-8, v. 17, n. 1, 2016.

ARRUDA, José Alberto Pereira de. **Nossa história**. Ilhéus, 2017. Disponível em: <http://hospitalsaojoseilheus.com.br/historia/>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BALDISSEROTTO, Márcia Leonardi. **Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido**. 2015. 111 f. Tese (Bacharelado em Psicologia) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Rev Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 119-29, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Editora 70, 2016. 277 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização no Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 30 nov. 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]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CABREIRA, Gabrielle Grassi. **Boas práticas no trabalho de parto e parto**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 716-25, 2015.

LOPES, Giovanna De Carli et al. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 8, p. 1-12, 2019.

MATÃO, Maria Eliane Liégio et al. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico?. **Rev Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2147-55, 2016. Disponível em: <http://www.seer>.

ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/983/1098. Acesso em: 24 out. 2018.

MELO, Bruna Marques de et al. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Rev Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 18, n. 3, p. 376-82, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

PEREIRA, Simone Barbosa et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1313-9, 2018.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia. Metodologia da pesquisa científica: organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. **Rev Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 72-87, 2015.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Sociedade Brasileira de Reprodução Humana**, São Paulo, 2017.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. Políticas de Humanização ao Pré-natal e Parto: Uma revisão de literatura. **Rev Científica FacMais**, v. 6, n. 2, p. 54-64, 2016. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SILVA, Annelise Cândido Alves da; SILVA, Jeilane Bezerra da. **Protagonismo da mulher na escolha da via do parto: contribuição para o cuidado de enfermagem**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem.) - Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, Recife, 2015.

SILVA, Renata M et al. Atuação da enfermagem em alojamento conjunto: percepção de puérperas. **Rev Brasileira de Educação e Saúde**, Paraíba, v. 5, n. 3, p. 8-17, 2015.

SILVA, Thayná Champe da et al. As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento sob a ótica de Enfermeiros. **Biblioteca Las Casas**, v. 12, n. 1, p. 1-22, 2016. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascas/documentos/lc0886.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-31, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2018.

TESTE DO PEZINHO: CONHECIMENTO DE MÃES GESTANTES DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Data de aceite: 22/11/2019

Maria Aline Alves Mariano

Faculdade Santa Emília de Rodat
João Pessoa - PB

Mariana Carolini Oliveira Faustino

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife – PE

Analucia de Lucena Torres

Universidade Federal de Pernambuco –
UFPE, Centro de Ciências da Saúde- CCS,
Departamento de Enfermagem
Recife – PE

RESUMO - INTRODUÇÃO: O “teste do pezinho”, nome dado ao programa nacional de triagem neonatal: é um exame realizado em recém-nascidos entre o 3º e o 7º dia de vida, com a finalidade de diagnosticar doenças como hipotireoidismo congênito, fibrose cística e hemoglobinopatias incluindo a anemia falciforme, que se não tratadas a tempo podem causar sérios danos na vida de uma criança. Consiste em coletar algumas gotinhas de sangue do calcanhar do bebê e enviá-la a um laboratório para análise. **OBJETIVO:** Identificar o conhecimento de mães gestantes do município

de João Pessoa acerca do teste do pezinho.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa que contou com a participação de oito gestantes em uma unidade básica de saúde da família. O instrumento para coleta de dados utilizada foi à entrevista. **RESULTADOS:** De acordo com os dados coletados, percebeu-se que apesar de 100% das mães já terem ouvido falar em teste do pezinho, 25% tinham conhecimento em que consiste o exame e apenas 12,5% sabiam a importância da sua realização. **CONCLUSÃO:** Com tudo isso, concluiu-se que há pouca ou a inexistência da divulgação do teste do pezinho por parte dos profissionais, podendo, assim dificultar a efetivação do programa, já que sem conhecimento as futuras mães não dão importância ao mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: pezinho; mães; gestantes.

TEST OF PEZINHO: PREGNANT MOTHER'S OF THE MUNICIPAL DISTRICT OF JOÃO PESSOA KNOWLEDGE

1 | INTRODUÇÃO

Apesar do declínio observado no Brasil,

a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e interurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos. (BRASIL, 2009)

Considerando a importância de dar continuidade às estratégias para prevenção de vários agravos na infância e para redução da morbimortalidade infantil, o Ministério da Saúde aprovou, em dezembro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC - PT GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e o cuidado integral e integrado, da gestação até os nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e a áreas e populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e contribuindo, assim, para a garantia dos direitos humanos e da qualidade de vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2016).

A Triagem Neonatal – Teste do Pezinho – foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de Janeiro de 1992) com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. O procedimento foi então incluído na tabela SIA/SUS na seção de Patologia Clínica, podendo ser cobrado por todos os laboratórios credenciados que realizassem o procedimento (BRASIL, 2002).

O exame de Triagem Neonatal do teste do pezinho, compreende uma coleta de uma pequena amostra de sangue colhida do calcanhar do recém-nascido. Este exame é feito em laboratório, de forma simples, e detecta doenças genéticas, metabólicas e infecciosas antes do período sintomático surgir, facilitando o tratamento precoce específico, podendo diminuir ou erradicar de vez as sequelas que estão relacionadas a cada doença, garantindo a criança uma maior qualidade de vida e longevidade (BRASIL, 2013).

As doenças alvo dos programas de triagem neonatal ganharam relevância com as mudanças no perfil de morbimortalidade infantil, dentro da chamada “transição demográfica e epidemiológica”, em que a mortalidade infantil associada a doenças infecciosas e à desnutrição foi gradativamente substituída por outras relacionadas a complicações do período perinatal e genéticas. Em geral, doenças em que intervenções precoces possam modificar o desfecho ruim e para as quais exista tratamento disponível são as que compõem o teste do pezinho na saúde pública. (LOPES, 2009)

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem em seu escopo seis

doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase. (BRASIL, 2016)

A desinformação dos pais pode influenciar direta ou indiretamente na realização do teste do pezinho em tempo hábil, com influência para a qualidade de vida das crianças e suas famílias. Percebe-se, portanto, que a educação em saúde deve estar voltada para a família, em especial para aos pais. (MENDES, et al. 2017)

Mesmo sendo gratuito, obrigatório, de baixo custo e eficaz, o teste ainda não abrange a totalidade dos recém-nascidos; o que leva a questionar: qual o significado do teste do pezinho para as mães gestantes? Que conhecimento tem as mães a respeito do teste do pezinho?

E para responder aos questionamentos da problemática emerge o seguinte objetivo: Identificar o conhecimento acerca do Teste do Pezinho de mães gestantes em uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Este estudo tem caráter exploratório, com abordagem quantitativa. Conforme Costa et al (2000), a abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle além de análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos. A pesquisa exploratória pode ser definida como sendo um estudo que busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, ideias, visando à formulação de problemas ou hipóteses para estudos posteriores (MARCONI e LAKATOS, 1995).

2.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida com gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família, situada no município de João Pessoa – PB.

2.3 População e amostra

A população foi constituída por gestantes de uma comunidade do município de João Pessoa, que aceitaram participar da pesquisa aleatoriamente, e a amostra foi composta por um grupo de oito gestantes atendidas em na Unidade de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa.

2.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro com questões pertinentes ao estudo e a técnica utilizada foi uma entrevista, que, para Ruiz (2002), consiste no diálogo com o objetivo de colher, de determinada fonte, de, determinada pessoa ou informante, dados relevantes para a pesquisa em andamento, através de quesitos elaborados e informantes criteriosamente selecionados.

2.5 Análise de dados

Os dados obtidos a partir dos depoimentos dos entrevistados que foram analisados quantitativamente discutidos e expostos através de gráficos e tabelas com respaldo na literatura pertinente.

2.6 Considerações Éticas

Nesta pesquisa foi levada em consideração a Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, principalmente no que concerne ao consentimento livre e esclarecido dos participantes que trata dos aspectos éticos em pesquisas desenvolvidas com seres humanos, garantindo a privacidade, o anonimato, e a desistência da participante em qualquer etapa da pesquisa (BRASIL, 1996).

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento de mães gestantes acerca do teste do pezinho. A pesquisa contou com a participação de 08 gestantes que se encontravam na unidade de saúde da família selecionada para o estudo, no momento da coleta.

No tocante a caracterização das participantes do estudo, a partir da coleta de dados encontrou na amostra: gestantes com idade entre 18 a 32 anos. Em se tratando do grau de escolaridade 50% tinha o 1º grau incompleto, 12,5% tinham o 1º grau completo, 25% possuíam o 2º grau completo e 12,5% com o ensino superior incompleto. Com relação ao estado civil das participantes, 87,5% eram casadas e 12,5% solteiras. Na investigação podemos observar com relação aos dados obstétricos, que 75% eram primíparas e 25% eram múltíparas e ainda que, suas idades gestacionais variam entre 9 e 32 semanas.

3.2 Dados relacionados aos objetivos do estudo

A totalidade das mães tinha conhecimento da existência do teste do pezinho. Tal resultado é um ponto positivo no tocante a educação em saúde como fator imprescindível na promoção da saúde da população.

Considerando que o Programa Nacional de triagem Neonatal (PNTN) foi criado e implantado pela portaria do Ministério da Saúde MG/MS nº 822/01, para pesquisa de Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme, feita através do exame conhecido como “Teste do pezinho”, e tem como objetivo detectar e tratar doenças precocemente, que se prevenidas evitam sequelas como a deficiência mental, entre outros problemas que podem interferir no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2001). Reafirma-se neste contexto, a importância de realizar o mesmo.

O programa tem ainda como objetivos específicos: ampliação da cobertura visando 100% dos nascidos vivos, busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamentos adequados para os pacientes identificados (BRASIL, 2001).

Quem informou a respeito	Nº	%
Profissionais da saúde	04	50%
Colegas da escola	01	12,5%
Televisão, revistas, internet	02	25%
Irmãs que já fizeram em seus filhos	01	12,5%
TOTAL	08	100%

Tabela 01 – Distribuição da amostra quanto a quem informou a respeito.

Fonte: Dados da pesquisa- 2017

Com relação a quem informou a respeito do teste do pezinho, 50% das participantes afirmaram que foram informadas por profissionais de saúde na maternidade onde seus filhos nasceram; 12,5% ouviram falar através das colegas de escolas; 25% viram a informação em revistas, televisão ou internet, e 12,5% ouviram através das irmãs que já fizeram o exame em seus filhos.

Normalmente, é comum que ocorra ansiedade nas mães com os cuidados ao recém-nascido, neste cenário, devem ser intensificadas as estratégias para acalmá-las durante todo processo de cuidar do seu bebê, principalmente as primigestas. Desta forma, o enfermeiro é responsável por promover saúde a gestante e ao feto, através de orientações acerca do exame, sobre possíveis diagnósticos, mostrando quais as patologias detectadas, de forma que as dúvidas sejam sanadas e possam ficar calmas frente a realização do teste. (SILVA, et al. 2017)

Porém em uma amostra, encontramos uma realidade contrária do que se afirma. Sabemos que a enfermagem tem participação importante no PNTN, por ser o profissional que mais interage com o público alvo: a mãe, e o recém-nascido. Desde o pré-natal nas unidades básicas de saúde, é o enfermeiro que deve informar e orientar a gestante que quando seu bebê nascer ele fará um exame, chamado teste do pezinho, explicando o procedimento a ser realizado e a sua finalidade; informando ainda sobre a gratuidade e que o mesmo é regido por lei, assim a futura mãe já informada terá subsídios para exigir o exame quando seu filho nascer.

Entendimento das gestantes acerca do teste do pezinho	Nº	%
Não sabe explicar o que é	03	37,5%
É uma “furadinha” para saber se tem alguma doença	02	25%
Exame feito para prevenir doenças	03	37,5%
TOTAL	08	100%

Tabela 02 – Caracterização da amostra segundo o que entendem sobre o teste do pezinho.

Fonte: Dados da pesquisa – 2017

Conforme o exposto na tabela 2 pode-se dizer que 37,5% das participantes não sabem explicar a respeito, 25% relataram que é uma “furadinha” para saber se tem alguma doença, e 37,5%, citaram que é um exame feito para prevenir doenças. Esta situação permite inferir que as informações fornecidas não são suficientes para as mães tirem suas dúvidas.

Nome popular para a triagem neonatal. Teste do pezinho é feito a partir de gotas de sangue colhidas do calcanhar do recém-nascido. Por ser uma parte do corpo rica em vasos sanguíneos, matéria que é colhida através de uma única punção, rápida e quase indolor para o bebê.

Pretendem realizar ou realizaram o teste do pezinho em seus filhos	Nº	%
Primíparas - Sim	06	75%
Multíparas- Sim	01	12,5%
Multíparas- Sim, porém não realizaram em todos os seus filhos	01	12,5%
TOTAL	08	100%

Tabela 03: Caracterização da amostra quanto a realização do teste do pezinho.

Fonte: Dados da pesquisa – 2017

Com relação à pretensão das mães em realizar o teste do pezinho em seus filhos 100% das entrevistadas, afirmaram que com certeza irão realizar o teste em seus filhos.

O “Teste do Pezinho” é realizado gratuitamente e está amparado por lei:

Art 1º Esta Lei amplia a realização dos exames obrigatórios na triagem neonatal na rede pública e particular de saúde e com cobertura do Sistema Único de Saúde. Art 2º É obrigatório a realização dos seguintes exames na triagem neonatal na rede pública e particular de saúde e com cobertura pelo Sistema único de Saúde: I – Teste do pezinho ampliado: a) Fenilcetonúria (PKU); b) Hipotireoidismo Congênito (TSH e T4); c) Hemoglobinopatias (Hb); d) Deficiência de Biotinidase; e) Fibrose Cística (IRT); f) Hiperplasia Adrenal Congênita (17OH); g) Toxoplasmose Congênita; h) Aminoacidopatias (Análise Qualitativa); i) Deficiência de G6PD; j) Galactosemia; II - Tipagem sanguínea; III - Teste da orelhinha; IV - Teste do olhinho; V - Teste do coraçãozinho; VI - Teste do quadril.

Todos os Hospitais/Maternidades devem realizar as coletas de amostra de sangue do calcanhar do bebê, pois, é o único meio de se prevenir as sequelas dessas doenças.

Com relação às mães multíparas que participaram da pesquisa, 12,5% realizaram o teste em seus filhos; porém, outros 12,5% não realizaram o teste em todos os filhos, pois quando retornou para a coleta já havia passado o tempo necessário para a mesma.

Cabe à equipe de enfermagem da maternidade, das casas de parto, das Casas de Saúde do Índio (CASAI) e das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) alertar e orientar a puérpera e familiares sobre a necessidade de realização do teste de triagem neonatal no ponto de coleta da Atenção Básica adstrito à sua residência, quando a coleta não for realizada naquele local. Na atenção ao pré-natal, cabe esclarecer e orientar a população e a gestante sobre como e onde realizar o “teste do pezinho”, de acordo com a rede de coleta organizada em seu estado, preconizando a necessidade dessa ser realizada até o 5º dia de vida do bebê. (BRASIL, 2016)



Gráfico 01: Distribuição da amostra segundo ter tido fácil acesso a realização do teste anteriormente.

O gráfico anterior mostra, que das gestantes entrevistadas, as múltíparas realizaram o teste anteriormente em seus filhos, relataram ter sido de fácil acesso, pois a coleta foi realizada na própria maternidade onde seus filhos nasceram.

Em junho de 2001, através da portaria GM/MS 822, o Ministério da Saúde fez o lançamento do PNTN com os objetivos, entre outros, de ampliar a triagem neonatal já existente, implantar a detecção de outras doenças congênitas como as doenças falciformes e a fibrose cística e ampliar a cobertura populacional para 100% dos nascidos vivos, tornando obrigatório o rastreamento dessas.

Dentre os benefícios da portaria deve-se mencionar que um dos princípios fundamentais da ética médica é o da igualdade, garantindo o acesso aos testes de triagem a todos os recém-nascidos brasileiros, independente da origem geográfica, etnia e classe socioeconômica (RAMALHO, 2003).

O teste é realizado em grande parte das maternidades, porém, nem todos os estados brasileiros estão habilitados a fazerem. Os exames realizados em cada estado serão aqueles, os quais dependerão da fase de implantação estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e a Paraíba se encontra na fase III de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Na prática significa dizer que o estado fica habilitado para realizar exames neonatais que darão confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

De acordo com os dados coletados concluiu-se que 100% da amostra teve fácil acesso a realização do exame, isso implica dizer que os centros de referência de triagem neonatal no estado são totalmente acessíveis e estão disponíveis a todos os recém-nascidos.

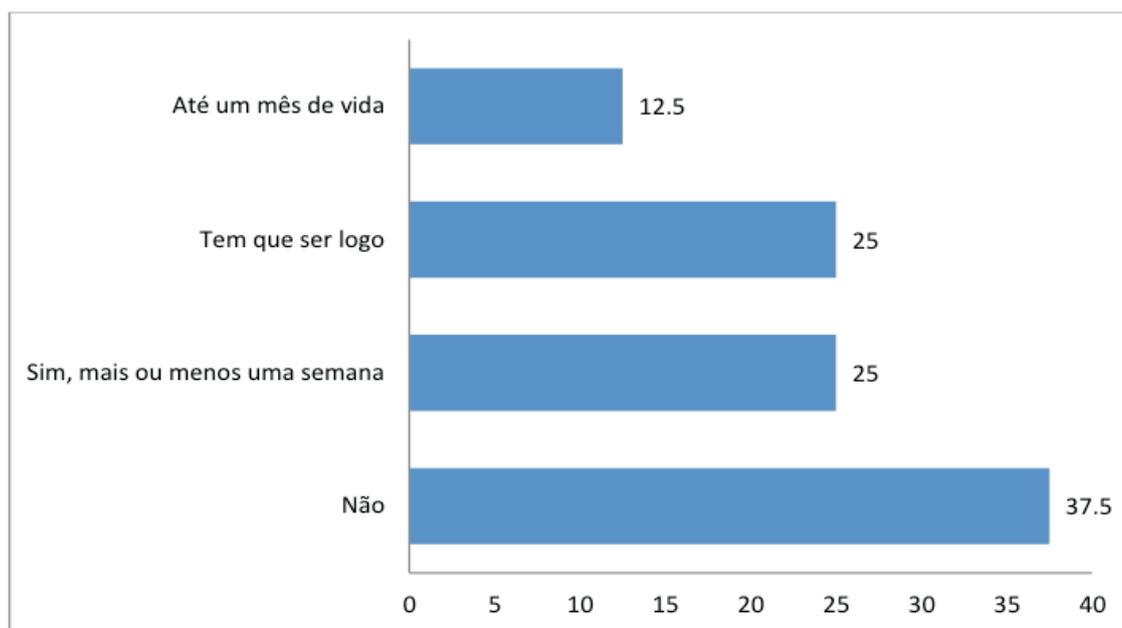


Gráfico 02: Caracterização da amostra quanto a ter sido informada sobre o tempo necessário para a realização do teste.

Analisando o gráfico disposto acima, pode-se concluir que 12,5% das participantes acham que o teste deve ser realizado logo, outras 25% relataram terem sido informadas e que o tempo para realização do teste deve ser mais ou menos uma semana; por fim, 37,5% não foram informadas quanto ao tempo em que o teste deve ser realizado.

A data ideal para a coleta pode variar de acordo com a maior sensibilidade das tecnologias diagnósticas e necessidades inerentes às doenças do escopo do programa. Recomenda-se que o período ideal de coleta da primeira amostra esteja compreendido entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê devido às especificidades das doenças diagnosticadas atualmente. (BRASIL, 2016)

Ao analisarmos as respostas das pesquisadas, pudemos constatar que 37,5%, ou seja, a maioria das entrevistadas não tem conhecimento quanto ao tempo de realização do teste, observamos dessa forma, que o não pode atrapalhar na efetivação do programa.

Importância da realização do teste	Nº	%
Para saber se tem paralisia ou outra doença	04	50%
Para saber se o filho vai ter dificuldade para andar	01	12,5%
Para prevenir alguma doença	02	25%
Para saber se tem alguma doença que pode ser diagnosticada logo e tratada a tempo	01	12,5%
TOTAL	8	100%

Fonte: Dados da pesquisa – 2017

De acordo com a tabela 04, observou-se que 50% relataram que o teste era importante para saber se a criança tem paralisia ou outra doença grave; 12,5% afirmaram que o teste serve para saber se o filho vai ter dificuldades de andar; 25% acham que serve para prevenir alguma doença, e 12,5% relataram que é para saber se vai ter alguma doença que pode ser diagnosticada logo e tratada a tempo.

Desde 1960 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem trabalhado no estabelecimento de programas populacionais de Triagem Neonatal, visando a detecção precoce de transtornos mentais e agravos a saúde do recém-nascido. A partir de 1970, a triagem neonatal começou a ser utilizado no Brasil, visto como a primeira iniciativa da América Latina (STREFLING et al., 2014).

Analisando os resultados obtidos, observamos que mesmo já tendo ouvido falar, nem todas as participantes sabiam a real importância da realização do teste do pezinho.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se com o presente estudo eu a falta de conhecimento até mesmo dos profissionais sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) – teste do pezinho, impedindo, dessa forma, transmissão de informações necessárias para que as mães gestantes tenham conhecimento e se conscientizem da importância da realização do teste.

Constatou-se que existem mães conscientes sobre vários aspectos relacionados ao mesmo; que apenas 25% das mães sabem do que se trata e o tempo em que devem ser realizado, apesar disso, somente 12,5% sabem da real importância. Tudo isso nos leva a crer que a divulgação do teste do pezinho ainda é muito restrita e quase inexistente, isso faz com que por falta de conhecimento as mães ignorem a importância da realização e com isso não levem seus filhos para fazerem o exame. Tudo isso atrapalha a efetivação do programa, pois a cobertura das crianças triadas talvez não atinham a meta implementada.

É importante que os profissionais se conscientizem da importância do programa e busquem cada vez mais informações a respeito, mas também transmitam essas informações ao público alvo para que o programa aumente sua credibilidade e atinja os objetivos propostos. Consequentemente despertou-se o desejo em orientar e educar as mães entrevistadas a respeito da importância do teste e contribuir para a multiplicação de informações

Através desse estudo pretende-se despertar a atenção dos profissionais de saúde, em especial, a dos enfermeiros que atuam na assistência à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido sobre a PNTN – teste do pezinho; despertar a busca do conhecimento respeito para que possa estar prestando um cuidado

integral ao recém-nascido e com isso contribuir para a prevenção e promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO 196/96**. Decreto nº 93933 ou 14 de janeiro de 1987. Estabelece critérios de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. V. 4, n. 2, 1996. p. 15-25.

BRASIL, **Portaria Nº 822 de 6 de junho de 2001**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html

BRASIL, **Triagem Neonatal Biológica – Manual Técnico**. Brasília – DF, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf

BRASIL, **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília – DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

LAKATOS, E. M, MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MENDONÇA, A. C, *et al.* **Muito além do “Teste do Pezinho”**. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009; 31(2):88-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n2/aop1209.pdf>

MENDES, C. A, *et al.* **Conhecimento de pais quanto à triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês - Teste do pezinho**. *Rev. CEFAC.* 2017 Jul-Ago; 19(4):475-483. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169352471006.pdf>

RAMALHO, A. S, *et. al.* **A Portaria Nº 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Caderno Público, julho- agosto, 2003.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**, 5 ed. São Paulo. Atlas, 2002.

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 22/11/2019

Beatriz Oliveira Mesquita

Faculdade Santo Agostinho – FSA, Teresina - PI.

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias - MA.

Rosevalda Cristine Silva Bezerra

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias - MA.

Paulliny de Araujo Oliveira

Faculdade Santo Agostinho - FSA, Teresina - PI.

Maria Santana Soares Barboza

Universidade Ceuma, São Luís - Ma.

Tassila de Oliveira Pessoa Freitas

Centro de Ensino Unificado de Teresina - CEUT, Teresina - PI.

Aida Patrícia da Fonseca Dias Silva

Universidade Ceuma, São Luís - Ma.

Cássia Rejane Fernandes dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA, Caxias - MA.

Cristiane Michele Sampaio Cutrim

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís - Ma.

Giuvan Dias de Sá Junior

Universidade estadual do Maranhão - UEMA, Caxias - MA.

Iracema Oliveira Amorim

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina - PI.

Jessica Lianne da Silva Carvalho

Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina - PI.

RESUMO: O rastreamento do câncer de mama, é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária alvo, sem sintomas, que são formalmente convidadas para os exames periódicos, contribuindo para o diagnóstico precoce, identificação precoce e redução de morbimortalidade por câncer. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher, e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Objetivou definir a atuação do enfermeiro na prevenção e controle do câncer de mama na atenção básica. Pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. A coleta dos dados realizou-se nas bases da PubMed e BIREME. Incluiu-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados entre os anos de 2013 a 2018, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês, excluindo-se da busca inicial textos incompletos, resumos, teses, dissertações, monografias, capítulos de livros, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos, onde selecionando-se 5 estudos que subsidiaram os

resultados finais. Em relação às ações gerais desenvolvidas pelos enfermeiros, apenas 52,9% deles realizavam reuniões educativas sobre o câncer de mama, contrapondo-se às orientações do Ministério da Saúde no que compete a esses profissionais, a divulgação de informações a população feminina sobre as ações de controle do agravo. A indicação de mamografias e a realização do exame clínico das mamas é uma prática predominante nas consultas de enfermagem, entretanto não predominam as ações de orientação e promoção em saúde para prevenção e controle do câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica. Câncer de Mama. Atuação de Enfermagem.

NURSES ON BREAST CANCER PREVENTION AND CONTROL IN BASIC CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Breast cancer screening is a strategy aimed at women in the target age group, without symptoms, who are formally invited for periodic examinations, contributing to early diagnosis, early identification and reduction of cancer morbidity and mortality. This strategy highlights the importance of educating women and health professionals to recognize the signs and symptoms of breast cancer, as well as providing quick and easy access to health services. It aimed to define the role of nurses in the prevention and control of breast cancer in primary care. Bibliographic search of the integrative literature review type. Data collection was performed on the basis of PubMed and BIREME. Included were studies available in their entirety, published from 2013 to 2018, in Portuguese, Spanish and English, excluding from the initial search incomplete texts, abstracts, theses, dissertations, monographs, book chapters, technical reports and publications other than complete scientific articles, where we selected 5 studies that supported the final results. Regarding the general actions developed by nurses, only 52.9% of them held educational meetings on breast cancer, in opposition to the guidelines of the Ministry of Health regarding these professionals, the dissemination of information to the female population about the actions. of grievance control. The indication of mammograms and the clinical examination of the breasts is a predominant practice in nursing consultations, however, guidance and health promotion actions to prevent and control breast cancer do not predominate.

KEYWORDS: Basic Attention. Breast cancer. Nursing Practice.

1 | INTRODUÇÃO

As neoplasias representam a segunda causa de óbito na população, representando mais de 14,6% do total de mortes no Brasil. Em 2018, a estimativa do Câncer de Mama (CM) em mulheres no Brasil foi de 59.700 (29,5%), estes números crescem progressivamente sendo necessários grandes investimentos na prevenção, controle, diagnóstico precoce e tratamento qualificado dos pacientes,

tornando-se imprescindível investimentos em recursos tecnológicos e humanos para lidar com tais estatísticas (INCA, 2018).

O desenvolvimento do CM precede da influência mútua entre fatores, destes, pode-se apontar os fatores genéticos, onde o maior precedente advém de parentes de primeiro grau, ademais as características sociodemográficas, como raça, idade, ocupação e estilo de vida, podem ser confirmadas como fatores predisponente do câncer de mama (NASCIMENTO et al., 2017).

Quando ocorre, o câncer pode afetar qualquer tecido do corpo. Os tipos de câncer são classificados em grandes categorias: carcinomas, sarcomas, leucemias, linfomas, mielomas e tumores do Sistema Nervoso Central. Após a divisão celular provocada pelos genes, estes ficam ativos na célula embrionária, porém, inativos nas células adultas, no entanto, se enfrentarem alguma mudança, eles podem ser ativados e se transformam em oncogênese, provocando o câncer (PRADO, 2014).

O enfermeiro que presta serviços aos pacientes com câncer deve estar capacitado para cuidado, utilizando-se de uma abordagem que lhes assegure integridade da assistência, as ações de enfermagem no cuidado oncológico devem ser resolutivas, em todos os níveis de atuação. Além de conhecimentos técnico-científicos, os profissionais devem dispor de habilidades no relacionamento interpessoal, pois o estabelecimento de laços favorece o cuidado, as ações de saúde e as práticas educativas, contribuindo no tratamento oncológico (PROLLA et al., 2015).

O desconhecimento e descaso por parte dos profissionais de enfermagem no rastreamento organizado e acompanhamento de mulheres com CM dificultam diretamente a luta contra este câncer. A ausência de conhecimento teórico científico leva muitos enfermeiros a não realizar os exames de rastreamento de forma adequada, afetando negativamente as condutas tomadas para fim de controle do CM e o prognóstico das pacientes, tendo em vista que o diagnóstico precoce é essencial para a excelência do tratamento e possibilita a cura (MELO et al., 2017).

O rastreamento do CM pode ocorrer de forma oportunística ou organizada. No oportunístico, os profissionais abordam as pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS) aproveitando a oportunidade da consulta médica ou de enfermagem para indicar e realizar os exames de detecção do CM. No organizado é traçado um planejamento com o objetivo de buscar ativamente as mulheres na faixa etária alvo, assintomáticas e com possíveis fatores de riscos, estas mulheres são oficialmente convidadas a realizar os exames periódicos de diagnóstico do CM afim de identificá-lo em estágios iniciais (NASCIMENTO et al., 2017; MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIERREZ, 2015).

Como hipótese, ressalta-se que na estratégia de busca organizada do CM, a educação em saúde das mulheres e profissionais de saúde é essencial para o

reconhecimento dos sinais e sintomas do CM, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas sobre a atuação do enfermeiro na prevenção, controle e acompanhamento do câncer de mama na atenção básica?

A falta de capacitação profissional, ausência de informação quanto a prevenção, controle e acompanhamento de pacientes com CM na atenção básica pode prejudicar as pacientes que necessitam de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), motivo esse que justifica o presente estudo. E em virtude do exposto, objetivou-se definir a atuação do enfermeiro na prevenção e controle do câncer de mama na atenção básica.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo possibilita uma síntese mais específica e uma análise criteriosa do conhecimento científico disponível sobre o tema (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para a localização dos estudos relevantes, utilizou-se como questão norteadora desta revisão integrativa da literatura: “Quais as evidências científicas sobre a atuação do enfermeiro na prevenção e controle do câncer de mama na atenção básica?”

Para tanto, utilizou-se de descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que foram combinados durante a consulta nas bases de dados PubMed da National Library of Medicine e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME e composta de bases como LILACS, Medline e SciELO.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	FILTRADOS	SELECIONADOS
BIREME (descritores Decs)	breast cancer OR breast neoplasm AND nursing care AND primary health care AND (collection:("06-national/BR"OR"05-specialized") OR db:("LILACS" OR "MEDLINE")) AND (fulltext:("1") AND limit:("humans") AND year_cluster:("2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018"))	38	61	2

PubMed (descriptors MeSH)	((("breast neoplasms"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "breast neoplasms"[All Fields] OR ("breast"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "breast cancer"[All Fields]) OR ("breast neoplasms"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "breast neoplasms"[All Fields])) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]))) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2013/10/28"[PDat] : "2018/10/26"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]))	527	80	2
SciELO (Scientific Electronic Library Online)	breast cancer OR neoplasm breast AND nursing care AND primary health care AND year_cluster:(“2017” OR “2014” OR “2016” OR “2018”)	15	12	1

Quadro 1: Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados PUBMED e BIREME (LILACS, Medline, SciELO). Brasil, 2018.

Fonte: Bases de dados BIREME, PubMed e SciELO, 2018.

A identificação dos estudos pré-selecionados ocorreu segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de filtragem e busca de cada base de dados.

Como critérios de inclusão utilizaram-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados entre os anos de 2013 a 2018, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês, excluindo-se da busca inicial textos incompletos, resumos, teses, dissertações, monografias, capítulos de livros, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos.

A seleção final dos estudos se deu pela análise do potencial de participação no estudo, correspondência à questão de pesquisa norteadora, bem como o objetivo, perfil amostral e principais resultados, resultando em cinco (5) artigos que subsidiaram a análise e interpretação dos resultados do presente estudo.

As informações coletadas nos artigos científicos foram categorizadas de forma descritiva, expondo os dados mais relevantes, seu nível de evidências científicas e o grau de recomendação segundo o que é proposto por Bork (2005).

3 | RESULTADO

Nº de Ordem	Título do Artigo	Base/Ano de publicação	País	Delineamento da pesquisa	Nível de Evidência	Grau de recomendação
TEIXEIRA et al., 2017	Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama.	SciELO/ 2017	Brasil	Estudo transversal	4	A
MORAES et al., 2016	Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care.	Pubmed/ 2016	Brasil	Estudo descritivo	4	B
ZAPPONI; TOCANTIN; VARGENS, 2015	O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.	Bireme/2015	Brasil	Estudo descritivo	4	B
ARRUDA et al., 2015	Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde.	Bireme/2015	Brasil	Estudo descritivo	4	A
WAGNER et al., 2014	Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial.	Pubmed/2014	Estados Unidos	Estudo randomizado controlado	2	A

Quadro 2: Distribuição das publicações incluídas segundo o título, base, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, delineamento da pesquisa, nível de evidência e grau de recomendação. Brasil, 2018.

Fonte: Bases de dados BIREME, PubMed e SciELO. Brasil, 2018.

Nº de ordem	Objetivo principal	Perfil amostral	Principais resultados
TEIXEIRA et al., 2017	Analisar as ações realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde para rastreamento oportunístico do câncer de mama.	Foram 70 enfermeiros atuantes em 18 UBS em Diadema (SP).	97,1% dos enfermeiros realizavam exame clínico das mamas, 88,6% indicaram a mamografia anualmente e 75,7% orientaram o primeiro exame a partir dos 40 anos e 52,9% promoviam reuniões educativas.
MORAES et al., 2016	Identificar as ações de triagem oportunista para câncer de mama realizadas por enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.	Foram 60 enfermeiros de 28 unidades, que trabalhavam há pelo menos um ano na rede pública municipal de saúde.	71,7% dos enfermeiros questionaram as pacientes sobre os fatores de risco; 70,0% orientaram quanto à idade de realização do exame clínico das mamas e 30,0% não o fizeram por falta de conhecimento e tempo; 60,0% explicaram a idade para realização da mamografia; 73,3% não encaminharam os pacientes com resultados suspeitos de exame de mama para o departamento de referência, citando o agendamento como o principal obstáculo ao encaminhamento.
ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS et al., 2015	Identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção à saúde da mulher e discutir a ação profissional do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.	Foram 12 enfermeiros que desenvolvem ações voltadas para a saúde da mulher na atenção primária.	Constatou-se que o enfermeiro, na atenção primária, não tem como propósito da sua ação profissional a detecção precoce de anormalidades na mama, mas sim o cumprimento de ações preventivas voltadas principalmente para o período gravídico.

ARRUDA et al., 2015	Descrever o perfil de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde e identificar as atitudes relacionadas à detecção precoce do câncer de mama.	Foram 40 mulheres com idade acima de 20 anos, após a consulta de enfermagem.	57% das participantes possuía fatores de risco para o câncer de mama, principalmente menarca antes dos 12 anos; em 70% as mamas não foram examinadas durante a consulta; 57,5% informaram nunca o ter realizado. Sobre autoexame, 80% das mulheres disseram saber fazer, dessas, 65,5% afirmaram realizá-lo mensalmente, 12,5% nunca o ter realizado; 23% das mulheres acima de 40 anos não realizaram mamografia.
WAGNER et al., 2014	Determinar se a intervenção do enfermeiro da Atenção Primária melhora a qualidade de vida dos pacientes que receberam recentemente um diagnóstico de câncer de mama, colo-retal ou de pulmão.	Adultos com diagnóstico recente de câncer de mama, colo-retal ou de pulmão (n= 251), receberam cuidados aprimorados (n= 118) ou apoio de enfermeiros durante 4 meses (n = 133).	O apoio do enfermeiro da Atenção Primária para pacientes com diagnóstico recente de câncer melhora a experiência do paciente e reduz os problemas no atendimento, mas não afeta diferentemente a qualidade de vida.

Quadro 3: Publicações incluídas segundo objetivo principal, perfil amostral e principais resultados. Brasil, 2018.

Fonte: Bases de dados BIREME, PubMed e SciELO. Brasil, 2018.

4 | DISCUSSÃO

As características investigadas na população estudada, identificaram um número elevado de enfermeiros com pós-graduação *lato sensu* na área de Saúde Pública, sendo a maioria com especialização em Saúde Coletiva e PSF. Esses dados parecem refletir o desejo desses profissionais por uma capacitação continuada e valorização da área de atuação (TEIXEIRA et al., 2017; MORAES et al., 2016).

Entretanto, outro estudo reforça o quantitativo insuficiente de profissionais que receberam capacitações periódicas, considerando que vários enfermeiros não participaram de cursos de atualização e desconhecem os documentos disponíveis pelo Ministério da Saúde (MS), como o Caderno de Atenção Básica nº 13 e o Documento de Consenso do câncer de mama, que visa à efetivação das ações na rotina diária desses trabalhadores (MORAES et al., 2016).

Acerca dos fatores de risco para a neoplasia mamária, a maioria dos enfermeiros afirma investigá-los, principalmente durante as consultas de enfermagem. Tais ações constituem-se num passo importantíssimo para a identificação das mulheres com risco elevado da doença, permitindo a priorização das mesmas nas ações de rastreamento e/ou detecção precoce (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

O estudo realizado por Moraes et al. 2016 revela que, quando questionados acerca do Exame clínico das Mamas (ECM), grande parte dos enfermeiros relataram orientar a mulher sobre a idade em que ela deve se submeter ao exame. Todavia, uma parcela representativa deles desconhecia a periodicidade com que se deve realizar o ECM e a faixa etária para iniciá-lo.

Divergindo com o estudo de Teixeira et al. 2017, em que, a grande maioria dos enfermeiros (97,1%), afirmaram realizar o ECM com indicação anual (50%), em qualquer faixa etária (41,4%) e, em caso de confirmação de alteração, a principal conduta para 77,9% deles, era solicitar a avaliação médica.

Quanto às ações que envolvem a Mamografia (MMG), 88,6% dos entrevistados destacaram a solicitação anual do exame e 75,7% com início a partir de 40 anos. Em alguns municípios existem protocolos que autorizam a solicitação desse exame pelo enfermeiro, contudo essa atribuição tem sido constantemente criticada, opondo-se ao novo paradigma em saúde pública, onde a equipe multidisciplinar assume papel central, atribuindo aos enfermeiros destaque na equipe por serem capacitados para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (TEIXEIRA et al., 2017).

Os profissionais realizam a busca ativa daquelas mulheres com laudo suspeito de malignidade, que não compareceram para verificar o resultado do exame. No entanto, não realizam a busca daquelas que faltaram à mamografia, pois os entrevistados na maioria dos artigos relataram não conseguir acompanhar o comparecimento das usuárias, visto que o exame é realizado fora da UBS, e à falta de tempo para realizar esse monitoramento, o que prejudica o diagnóstico precoce da doença e a avaliação com especialistas pode ser adiada (ARRUDA et al., 2015; MORAES et al., 2016).

Acerca do Autoexame das Mamas (AEM), muitos enfermeiros orientam quanto a sua realização, mas o período adequado para essa prática é desconhecido pela maioria deles. Apesar de o AEM não constituir uma ação efetiva para o rastreamento do câncer de mama, em países que essas ações não são sistematizadas ainda é considerado uma prática necessária para que as mulheres sintomáticas busquem os serviços de saúde assim que identifiquem algum sinal ou sintoma em suas mamas (ARRUDA et al., 2015).

Em relação às ações gerais desenvolvidas pelos enfermeiros, apenas 52,9% deles realizavam reuniões educativas sobre o câncer de mama, contrapondo-se às orientações do MS no que compete a esses profissionais, a divulgação de informações a população feminina sobre as ações de controle do agravo. Além disso, conforme afirmam outras pesquisas, na Atenção Primária a Saúde, especialmente no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, a educação em saúde torna-se fundamental para facilitar a aquisição de conhecimento pelas usuárias, com vistas à detecção precoce da neoplasia (WAGNER et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2017).

Neste contexto é imprescindível que o enfermeiro da Atenção Básica se responsabilize pela efetivação do trabalho em equipe, envolvendo ações individuais e coletivas pela educação permanente, avaliação e planejamento, entre outras práticas que englobam a atividade gerencial local para o controle do câncer de

mama (TEIXEIRA et al., 2017; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

O acompanhamento e apoio de pacientes com câncer de mama deve ser desempenhado preferencialmente pelo enfermeiro da Unidade Básica de referência do paciente, este acompanhamento é importante principalmente para pacientes com diagnóstico recente de câncer, pois ainda estão em fase de aceitação da doença e do tratamento, nestes casos, todo apoio se faz necessário, afim de trazer qualidade vida ao paciente e reduzir qualquer problema em relação à saúde, tratamento e atendimento (WAGNER et al., 2014).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se a partir da análise dos estudos selecionados que a indicação de mamografias e a realização do exame clínico das mamas é uma pratica predominante nas consultas de enfermagem, entretanto não predominam as ações de orientação e promoção em saúde para prevenção e controle do câncer de mama. Assim, são necessárias implementações nas ações de busca ativa do câncer através da investigação dos fatores de risco para câncer de mama, orientado os usuários quanto a importância das consultas de rotina, a idade indicada para realização de exame clínico e mamografia das mamas.

Constatou-se ainda, que as práticas de enfermagem na atenção primária, não tem favoritismo como a detecção precoce de anormalidades na mama, pois as ações da unidade básica estão voltadas principalmente às gestantes, o que demonstra a necessidade de intervenção de enfermagem voltadas ao rastreio organizado do câncer de mama. Informação e educação em saúde são métodos simples e de baixo custo, que demanda apenas tempo dos profissionais enfermeiros, tais métodos podem compensar e reverter a falta de conhecimento de pacientes em relação ao câncer de mama.

Para tanto, os enfermeiros da atenção básica devem se comprometer com a orientação adequada, busca ativa do câncer de mama através de exame clinico das mamas e solicitação de mamografias e, principalmente, no encaminhamento dos pacientes com resultados suspeitos de exame de mama para o departamento e profissionais médicos de referência, e se possível, realizar de primeira mão o agendamento, assim não haverá obstáculos no encaminhamento e na continuidade da assistência aos pacientes com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, R. A. *et al.* Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Revista RENE**, v.16, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2692/2077>> Acesso em: 03 ago. 2018.

BORK, A. M. T. *Enfermagem baseada em Evidências 1ª ed. Guanabara Koogan, 2005.*

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais, **Gestão e Sociedade**, v.05, n.11, 2011. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Causas e prevenção. Estatísticas de câncer.** Rio de Janeiro. INCA. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> Acesso em: 03 de agosto de 2018.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N. de; GUTIERREZ, M. G. R. de. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 2, p. 183-189, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200183&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de agosto de 2018.

MELO, F. B. B. et al. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. Enferm.**, v.70, n.6, p.1119-1128, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601119&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2018.

MORAES, D. C. de et al. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care.. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n.1, p.14-21, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0014.pdf> Acesso em: 30 de jun. 2018.

NASCIMENTO, S. P. et al. Contributions of sociodemographic characteristics in the screening of Breast Cancer. **ReonFacema**, v.3, n.2, p:338-344, 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/issue/view/8> Acesso em: 30 de jun. 2018.

PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura**, v.66, n.1, p.21-24, 2014. Disponível em <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a11v66n1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

PROLLA, C. M. D. et al. Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.1, p.90-7, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281438429013>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

TEIXEIRA, M. de S. et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta paul. enferm.**, v.30, n.1, p.1-7, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2018.

WAGNER, E. H. et al. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. **J Clin Oncol.**, v. 32, n.1, p.12-8, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24276777>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. da C. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. **Rev. enferm. UERJ**, v.23, n.1, p.33-38, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a06.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM UM CASO DE GESTANTE COM LESÃO MEDULAR: SISTEMATIZANDO O CUIDADO DE FORMA INDIVIDUAL

Data de aceite: 22/11/2019

Sara Maria dos Santos Costa

Universidade Federal de Alagoas
Arapiraca, Alagoas

Jefferson Wladimir Tenório de Oliveira

Universidade Federal de Alagoas
Arapiraca, Alagoas

Maria Eduarda Guimarães Barros Suruagy do Amaral

Universidade Federal de Alagoas
Arapiraca, Alagoas

José César de Oliveira Cerqueira

Universidade Federal de Alagoas
Arapiraca, Alagoas

Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Universidade Federal de Alagoas
Maceió, Alagoas

Evanio da Silva

Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly
Arapiraca, Alagoas

RESUMO: Objetivo: apresentar um plano de cuidados para uma paciente gestante que sofreu um traumatismo raquimedular. Método: trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, na modalidade estudo de caso, realizado na UTI de um hospital de emergência. Compôs-

se a amostra por uma gestante de 18 anos. Utilizaram-se, para a coleta de dados, prontuário, visitas à beira do leito e exame físico. Empregou-se, para a elaboração dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem, a CIPE. Apresentaram-se os resultados em forma de figura. Resultados: observam-se achados clínicos, como imobilidade em membros; lesão por pressão; uso de dispositivos invasivos; sentimentos de medo e cesariana de emergência, a partir dos quais foram elencados os diagnósticos de Enfermagem que embasaram o plano de cuidados. Conclusão: ressalta-se que a utilização de um plano de cuidados possibilitou uma assistência integral de acordo com a dependência, necessidades físicas e emocionais, ao perceber a paciente e tudo que a envolve e não apenas o processo fisiopatológico do trauma. Buscou-se, além do tratamento, a prevenção de futuros agravos à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Gestantes; Traumatismos da Medula Espinal; Processo de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

NURSING ACTION IN A CASE OF PREGNANT WITH SPINAL CORD INJURIES:

ABSTRACT: Objective: to present a plan of care for a pregnant patient who suffered a spinal cord injury. Method: this is a descriptive, retrospective study, in the case study modality, performed in the ICU of an emergency hospital. The sample was composed by an 18-year-old pregnant woman. Data collection, charts, bedside visits, and physical examination were used to collect data. CIPE was used for the elaboration of nursing diagnoses and interventions. The results were presented in figure form. Results: clinical findings are observed, such as immobility in limbs; pressure injury; use of invasive devices; feelings of fear and emergency cesarean section, from which the Nursing diagnoses that underpinned the care plan were listed. Conclusion: it is emphasized that the use of a care plan made possible an integral care according to the dependence, physical and emotional needs, when perceiving the patient and everything that involves it and not only the physio-pathological process of the trauma. In addition to treatment, we sought to prevent future health problems.

KEYWORDS: Nursing Care; Pregnant Women; Spinal cord Injuries; Nursing Process; Intensive Care Units.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que o trauma é a principal causa de morte em adultos jovens e pode ser definido como evento lamentável resultante de descuido, desconhecimento ou ignorância. As lesões traumáticas podem ser intencionais ou não intencionais, sendo as primeiras decorrentes de ato proposital com o objetivo de ferir ou matar (PHTLS, 2017).

Percebe-se que a gestante vítima de trauma é uma paciente peculiar, pois são prejudicadas duas pessoas simultaneamente e as respostas frente ao trauma são comprometidas pelas alterações fisiológicas próprias da gestação, necessitando de uma assistência de Enfermagem sistematizada (BERTSCHY *et al*, 2015).

Destaca-se que, entre as modalidades de trauma consideradas mais impactantes, está o traumatismo raquimedular (TRM), definido como qualquer injúria às estruturas contidas no canal medular, podendo provocar alterações motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas e considerado um dos eventos mais graves que podem acometer um indivíduo (BRASIL, 2013).

Estima-se que, a cada ano, entre 250 mil e 500 mil pessoas sejam vítimas de TRM, sendo a maioria dos casos de origem traumática, decorrente de acidente de trânsito, quedas e violência (WHO, 2013).

Estudos indicam que há maior incidência de TRM entre adultos jovens do sexo masculino, sendo rara a ocorrência deste evento em gestantes, de forma que a grávida com TRM representa um desafio para os profissionais de saúde atuantes em

hospital de trauma, uma vez que os casos de gravidez nem sempre estão presentes no dia a dia dessas equipes de saúde (BRASIL, 2013; GOTFRYD *et al*, 2012).

O enfermeiro e sua equipe estão entre os profissionais que prestam assistência ao paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Explica-se que cabe a este profissional o planejamento da assistência, proporcionando atendimento contínuo ao paciente crítico, de maneira sistematizada, o que exige fundamentação teórica para aplicar o raciocínio clínico e a habilidade técnica (SANTOS *et al*, 2016).

Considera-se que o Processo de Enfermagem (PE) é a metodologia utilizada para planejar, implementar e avaliar o cuidado, sendo essencial ao trabalho do enfermeiro. É regulamentado pela Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), segundo a qual ele deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes onde ocorre a assistência de Enfermagem (CHAVES, SOLAI, 2013; COFEN, 2009).

Alerta-se que a ocorrência de lesão medular em gestantes é pouco abordada na literatura, o que justifica a importância deste estudo, além de incentivar o planejamento da assistência de Enfermagem, ao apresentar um plano de cuidados de Enfermagem para a gestante vítima de lesão medular e responder à seguinte questão norteadora: qual a importância de um plano de cuidados fundamentado pelo Processo de Enfermagem para a assistência a uma gestante com traumatismo raquimedular?.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, na modalidade do estudo de caso, realizado no período de outubro a dezembro de 2016 na UTI de um hospital de emergência, em Alagoas (AL), Brasil. Compôs-se a amostra por uma gestante de 18 anos.

Acompanhou-se a paciente durante sua internação na UTI, no decorrer das atividades práticas da Liga Acadêmica de Terapia Intensiva de Arapiraca (LATIAR), sob a orientação do professor coordenador da liga e supervisão dos enfermeiros plantonistas do setor.

A LATIAR é um projeto de extensão da Universidade Federal de Alagoas – campus Arapiraca, desenvolvido por estudantes e professores do curso de Enfermagem, por meio do qual são desenvolvidas atividades integradas ao ensino-serviço, com o intuito de compartilhar saberes e práticas por meio da aproximação de estudantes, docentes e profissionais do serviço, visando à melhoria da assistência prestada, à humanização do atendimento, além do desenvolvimento de pesquisas científicas relacionadas à terapia intensiva. Utilizaram-se, para o histórico de

Enfermagem, o prontuário da paciente, as visitas à beira do leito e o exame físico.

Usou-se, para a elaboração dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE, tendo como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, a Teoria da Adaptação, de Callista Roy, e a Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem.

Realizou-se o estudo mediante a autorização da família da paciente, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob o parecer número 3.082.478/2018, respeitando-se as Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS

Histórico de Enfermagem

Relata-se que jovem com 18 anos, gestante (G1 P0 A0), deu entrada no Hospital de Emergência (HE) do agreste alagoano no dia 30 de outubro de 2016, por perfuração por arma de fogo (PAF) em coluna cervical anteroposterior, infligida pelo companheiro, quando foi transportada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um hospital conveniado ao SUS localizado no sertão de Alagoas.

Apresentava-se, no momento da admissão no HE, consciente, referindo parestesia nos membros e estável hemodinamicamente. Classificou-se a paciente, segundo o protocolo da instituição (adaptado a partir do Protocolo de Manchester), como uma emergência e foi admitida na UTI. Acrescenta-se que, segundo a data da última menstruação (DUM), o feto tinha 27 semanas no 1º dia de internação hospitalar (DIH).

Foi submetida à intervenção cirúrgica, cervicotomia, fez uso de tubo orotraqueal para ventilação mecânica, sedação, punção venosa periférica, dreno de Penrose cervical, sonda vesical de demora, tentativa de sonda nasogástrica sem efetivação no primeiro momento, dreno de tórax, drogas vasoativas, punção venosa central em subclávia e traqueostomia.

No 4º DIH, apresentou lesão por pressão (LPP) na região sacra, conseguindo fazer a revitalização do tecido. Necessitou-se de acompanhamento obstétrico, constantemente, sendo auscultados os batimentos cardíacos fetais (BCF's), os quais chegaram a uma variação de 90 a 194 bpm, realizada altura de fundo de útero e verificados a apresentação fetal e os movimentos fetais.

Observou-se, nos registros do prontuário, que, no decorrer da internação, ela

apresentou: suspeita de atelectasia, hipotensão arterial, parada cardiorrespiratória, sendo necessária reanimação cardiopulmonar, períodos de rejeição à dieta oral, picos febris de até 12 horas, apresentou instabilidade hemodinâmica ao decúbito lateral esquerdo e hiperemia em inserção de cateter.

Foi encaminhada, no 23º DIH, com IG de 30 semanas e dois dias, a um hospital referência em gravidez de risco, para realizar a cesariana devido ao sofrimento fetal, pois os BCF's chegaram a 194 bpm. Após a realização da cesariana, o recém-nascido evoluiu para o óbito após uma semana de internação na UTI neonatal, e a paciente retornou ao HE para a continuação da assistência.

Deve-se ressaltar que a paciente, por vezes, apresentou, após saber da morte do RN: “distúrbio de comportamento”; “desorientação”; “medo”, “tristeza”, “apatia” e “quadro depressivo” (no 60º DIH), sendo acompanhada frequentemente por psicólogos.

Foi transferida, após cerca de três meses no HE, para outro hospital de referência no mesmo município para a continuidade do tratamento, retornando, após alguns dias, ao hospital de origem, no sertão alagoano, em virtude de residir no mesmo município.

Informa-se que a jovem, atualmente, é acompanhada pelo programa Melhor em Casa, pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família que vem dando continuidade ao tratamento conservador e às suas necessidades clínicas.

Diagnósticos de Enfermagem

Elencaram-se, a partir dos problemas identificados durante o acompanhamento da paciente e na observação de seu prontuário, os principais diagnósticos de Enfermagem, com base na CIPE (Figura 1).

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Imobilidade em membros superiores e inferiores	Mobilidade comprometida
Lesão por pressão em região sacra.	Integridade da pele comprometida
Uso de dispositivos invasivos: tubo orotraqueal; sondas; cateter venoso. Hiperemia em inserção do cateter venoso.	Risco para infecção
Uso de tubo orotraqueal	Respiração comprometida
Uso de sonda vesical de demora	Eliminação urinária comprometida
Sentimentos de medo, tristeza e apatia.	Angústia atual

Realização da cesariana com Idade Gestacional de 30 semanas e 2 dias.	Gravidez interrompida
-----------------------------------------------------------------------	-----------------------

Figura 1 - Diagnósticos de Enfermagem.

Fonte: CIPE versão 2 (2011).

Planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem

Destacam-se, com base nos diagnósticos de Enfermagem elencados para este caso e considerando os registros no prontuário da paciente, as seguintes prescrições de Enfermagem, de acordo com a CIPE (Figura 2).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANEJAMENTO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	AVALIAÇÃO
Mobilidade comprometida	Manter paciente higienizada e confortável, visando também uma circulação sanguínea adequada e menor risco de infecções.	Promover o autocuidado;	Durante o plantão	Necessidades de autocuidado (alimentação, higiene, medicações) atendidas.
		Posicionar a paciente;	A cada 2 horas	
		Promover o cuidar da higiene.	Todas as manhãs	
Integridade da pele comprometida	Promover cicatrização da lesão.	Observar a lesão por pressão;	Todas as manhãs, após banho ao leito.	Houve a cicatrização da lesão.
		Cuidar do local da ferida;		
		Avaliar a cicatrização da ferida.		
Risco para infecção	Prevenir complicações por infecção.	Avaliar a suscetibilidade à infecção;	Durante o plantão.	Paciente livre de complicações por infecção.
		Monitorar os sinais e sintomas de infecção.		
Respiração Comprometida	Manter a oxigenação. Recuperação da ventilação espontânea.	Monitorar o status respiratório	Durante o plantão.	Paciente retornou à ventilação espontânea.
Eliminação urinária comprometida	Promover a eliminação de urina.	Realizar controle hídrico.	Durante o plantão.	Eliminação urinária adequada.
Angústia atual	Reduzir sintomas da ansiedade.	Estabelecer confiança;	Durante o plantão	Melhor aceitação do atual estado de saúde.
		Manter a dignidade e a privacidade;		

Gravidez interrompida	Facilitação do processo de enfrentamento da perda.	Apoiar no processo de luto.	Durante o plantão	Ajuste à perda do recém-nascido
------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------	---------------------------------

Figura 2 - Conduas de Enfermagem direcionadas aos diagnósticos.

Fonte: CIPE versão 2 (2011).

4 | DISCUSSÃO

Afirma-se que a consolidação da Enfermagem como ciência do cuidar esteve ligada à superação do paradigma que a subjugava como uma profissão auxiliar das práticas médicas. Acredita-se, nesse contexto, que a existência de um instrumento metodológico para nortear o cuidado profissional de Enfermagem e sua documentação, assim como de um suporte teórico para embasar a prática profissional, é importante para o reconhecimento da Enfermagem como uma profissão de bases sólidas no campo científico (CAVALCANTE, MIRANDA, 2014; COFEN, 2009).

A Enfermagem é a ciência que assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, devendo torná-lo, quando possível, independente desta assistência, por meio do ensinamento do autocuidado, atuando em conjunto com outros profissionais (HORTA, 1979).

Salienta-se que, diante de uma lesão medular, sobretudo na fase aguda, o indivíduo tem praticamente todas as suas necessidades básicas alteradas, uma vez que costuma apresentar distúrbios de oxigenação, de eliminações vesical e intestinal, e da locomoção, o que o torna dependente de terceiros, sendo o enfermeiro o profissional responsável por suprir tais distúrbios com as intervenções de Enfermagem e já avaliar o potencial do indivíduo para o autocuidado (COURA *et al*, 2013; SANCHÉZ-ALCALÁ, 2013; VALL *et al*, 2005).

Relaciona-se a preocupação com o autocuidado ao diagnóstico de mobilidade comprometida na paciente em estudo. Entende-se por autocuidado a atividade voltada para a própria pessoa, aprendida e orientada por metas, com interesse de manter a saúde e o bem-estar (POTTER, PERRY, 2013; ANDRADE, CHIANCA, 2013).

Considerou-se, devido à mobilidade física prejudicada, avaliar a capacidade para o autocuidado e intervir por meio do método de ajuda “agir ou fazer para outra pessoa”, conforme a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem (VALL *et al*, 2005).

Observa-se que outro diagnóstico elencado foi a respiração comprometida. Sinaliza-se, por estudos, que a principal causa de morte durante a fase aguda do TRM é a insuficiência respiratória, motivo pelo qual, geralmente, se recorre

ao suporte ventilatório mecânico. Atentou-se à higienização traqueobrônquica, evitando, assim, o acúmulo de secreção e, por conseguinte, de complicações pulmonares, tais como atelectasias, infecções ou mesmo asfixia (CAVALCANTE, MIRANDA, 2014; ROQUILLY *et al*, 2014; RYKEN *et al*, 2013).

Ressalta-se que, diante de uma lesão medular, são comuns, principalmente na fase aguda, os sentimentos de raiva e barganha e, em seguida, o paciente tende a adaptar-se à nova condição. Aborda-se, na Teoria da Adaptação, de Callista Roy, o indivíduo como um ser em constante interação com as mudanças ambientais, sendo considerado um sistema adaptativo, que, durante o enfrentamento, precisa liberar energia para poder se adaptar, aliviando a doença. Informa-se que, de acordo com este modelo, é dever do enfermeiro promover as respostas adaptativas do indivíduo diante das mudanças nas necessidades fisiológicas, no autoconceito e nas relações interdependentes durante a saúde e a doença (TORRES *et al*, 2016; COURA *et al*, 2013; VALL *et al*, 2005).

Observou-se que as repercussões da lesão medular atingem o indivíduo, a família e a sociedade, de forma que seu enfrentamento leva a família a se organizar para melhor compreender o indivíduo e para aprender a conviver com a doença e as implicações dela decorrentes (CAVALCANTE, MIRANDA, 2014).

Informa-se que, após a estabilização do quadro clínico e os cuidados, podendo ser em domicílio, a paciente seguiu de alta hospitalar, recebendo instruções e planos de cuidados diários. Encontra-se, em tempo, a mesma recebendo atendimento em sua residência sob os cuidados da família e suporte do programa Melhor em Casa, segue lúcida e orientada; restrita ao leito (cama); respira em ar ambiente; mantendo boa comunicação verbal; necessita de auxílio para banhar-se, vestir-se e sentar-se; relata sensibilidade a partir dos cotovelos; queixa-se, frequentemente, de lombalgia, justificada por passar a maior parte do tempo em decúbito dorsal; seguindo com pele íntegra, sem lesões por pressão; apresentando melhora no quadro nutricional e ganho de peso.

Traz-se à tona, em relação ao descrito anteriormente, a importância da atuação do enfermeiro e de sua equipe, junto à equipe multiprofissional, na assistência à paciente e aos seus familiares no âmbito hospitalar e também a partir da orientação para o autocuidado e sobre os cuidados necessários para prevenir as possíveis complicações decorrentes do trauma raquimedular. Favoreceu-se, assim, a reinserção social dessa paciente e uma melhor qualidade de vida com seus potenciais remanescentes.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a assistência de Enfermagem prestada à gestante com trauma raquimedular, quando sistematizada e embasada em um suporte teórico, pode contribuir significativamente para a obtenção de melhores resultados. Possibilitou-se, nesse contexto, por meio da elaboração do plano de cuidados norteado pelas teorias de Enfermagem citadas, uma assistência de qualidade à paciente com traumatismo raquimedular no hospital, favorecendo o processo de reabilitação após a alta hospitalar.

Considera-se a importância deste caso para pesquisas posteriores, devido à sua complexidade e obstáculos enfrentados pela equipe de um hospital de emergência, além de reforçar a importância do Processo de Enfermagem como método científico no planejamento, implementação e avaliação do cuidado, sendo um instrumento fundamental ao trabalho do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.T.; CHIANCA, T.C.M. Validation of nursing interventions for patients with spinal cord injury and impaired physical mobility. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.5, p.688-93, 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500008>.

BERTSCHY, S.; GEYH, S.; PANNEK, J.; MEYER, T. Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth — a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews. *BMC Health Serv Res*, v.15, p. 234. Doi: [10.1186/s12913-015-0878-0](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0878-0).

CAVALCANTE, E.S.; MIRANDA, F.A.N. Spinal cord injury and nursing care. *Rev Bras Pesq Saúde*, v.16, n.1, p.125-132, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/8500/5996>.

CHAVES, L.D.; SOLAI, C.A. Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. 2nd ed. São Paulo: Martinari; 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 358/ 2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2018 Sept 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.

COURA, A.S.; ENDERS, B.C.; FRANÇA, I.S.X.; VIEIRA, C.E.N.K.; DANTAS, D.N.A.; MENEZES, D.J.C. Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury. **Rev esc enferm USP**, v.47, n.5, p.1150-7, 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500020>.

GOTFRYD, A.O.; FRANZIN, F.J.; POLETTO, P.R.; CARNEIRO NETO, N.J.; NOGUEIRA JÚNIOR, R.C.; FERREIRA JÚNIOR, L.C.L. Fracture-dislocation of the thoracic spine during second trimester of pregnancy: case report and literature review. **Rev Bras Ortop**, v.47, n.4, p.521-5, 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162012000400021>.

HORTA, V.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP version 2: International Classification for Nursing Practice [Internet]. Geneva: ICN; 2011. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 8ª ed, Burlington: Jonny e Bartlet Learning; 2017.

ROQUILLY, A.; SEGUIN, P.; MOMOZ, O.; FEUILLET, F.; ROSENCZWEIG, E.; CHEVALIER, F.; et al. Risk factors for prolonged duration of mechanical ventilation in acute traumatic tetraplegic patients – a retrospective cohort study. **J Crit Care**, v. 29, n.2, 2014. Doi: 10.1016/j.jcrc.2013.11.021

RYKEN, T.C.; HADLEY, M.N.; AARABI, B.; DHALL, S.S.; GELB, D.E.; ROZZELLE, C.J. et al. The Acute Cardiopulmonary Management of Patients with Cervical Spinal Cord Injuries. **Neurosurgery**, v.72 (Suppl 2), p.84–92, 2013. Doi: 10.1227/NEU.0b013e318276ee16

SANCHÉZ-ALCALÁ, E.M. Pregnant women with physical disabilities –a propos of the case of a female patient with spinal cord injury. **Matronas Prof**, v.14, n.1, p.24-7, 2013. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/caso-clin-gestantes-14-1.pdf>.

SANTOS, A.G.; COSTA NETO, A.M.; NERY, I.S. Nursing care to women with intensive care needs during the cycle pregnancy puerpera. **Rev Rede Cuidados Saúde**, v.10, n.1, p.1-12, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2707/1508>

TORRES, D.M.D.; BOLAÑOS, Y.M.T.; FERGUSON, M.E.M. Body and Corporality in adolescents and young adults with spinal cord injury. **Invest Educ Enferm**, v.34, n.1, p.84-93, 2016. Doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a10

VALL, J.; LEMOS, K.I.L.; JANEIRO, A.S.I. The rehabilitation process of people suffering from spinal cord injury based on the nursing theories of Wanda Horta, Dorothea Orem and Callista Roy: a theoretical study. **Cogitare Enferm**, v.10, n.3, p.63-70, 2005. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i3.5395>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International perspectives on spinal cord injury [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/policies/spinal_cord_injury/en

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/11/2019

Elen Cristina Faustino do Rego

Discente de Enfermagem do Centro Universitário São José. Bolsista de Iniciação à Pesquisa do Centro Universitário São José. Rio de Janeiro/RJ. E-mail: elenfaustino.rj@hotmail.com.

Maíra Pereira da Silva

Discente de Enfermagem do Centro Universitário São José. Bolsista de Iniciação à Pesquisa do Centro Universitário São José. Rio de Janeiro/RJ. E-mail: mairapsenfermagem@yahoo.com.

Louise Anne Reis da Paixão

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeira. Docente do Curso de Graduação do Centro Universitário São José. Rio de Janeiro/RJ. E-mail: louiseppaixao@gmail.com.

Livia Fajin de Mello dos Santos

Mestre em Saúde da Mulher pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeira. Docente do Curso de Graduação do Centro Universitário São José e Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ. E-mail: liviafajin@gmail.com.

Pedro de Jesus Silva

Mestre em História pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeiro. Docente do Centro Universitário São José. E-mail: pedrodejesussilva70@gmail.com.

Renata da Silva Hanzelmann

Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São José. Membro efetivo do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT) UNIRIO. Rio de Janeiro/RJ. E-mail: profa.hanzelmann@gmail.com.

Carla Tatiana Garcia Barreto Ferrão

Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Docente do Centro Universitário São José. Enfermeira da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ. Rio de Janeiro/RJ. E-mail: carlatgbarreto@gmail.com.

RESUMO: Introdução: A violência contra a mulher é um grande problema de saúde pública que ocorre em todas as classes sociais e resulta em graves consequências de saúde para ela e sua família. **Objetivo:** Identificar na produção científica brasileira os cuidados de enfermagem prestados às mulheres vítimas de violência doméstica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa baseada no seguinte questionamento: quais os cuidados de enfermagem prestados à mulher vítima de violência doméstica? Realizou-se a busca na Biblioteca Virtual em Saúde com os seguintes

descritores: “violência doméstica”; “enfermagem”; “mulher”, com a associação do operador booleano “and”, no período de abril a junho de 2019. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 267 artigos encontrados, 18 foram selecionados para análise. **Resultados:** A maioria dos estudos foi realizada no estado do Rio Grande do Sul (56%), com natureza qualitativa (94%). O principal cenário de estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (44%). Constata-se grande interesse da enfermagem no desenvolvimento de práticas educativas em grupo para atingir essas mulheres a necessidade de traçar um plano de cuidados principalmente em caráter emergencial, além da identificação precoce da situação de violência para o redirecionamento assistencial imediato destas mulheres. **Discussão:** Evidenciou-se que a violência contra a mulher é um problema multisetorial, sendo necessária uma reestruturação nos atendimentos visando à promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental e social dessas mulheres. **Conclusão:** O uso do diálogo como ferramenta pelos profissionais da enfermagem facilita o empoderamento da mulher no que tange a identificação precoce de sinais da violência e, sobretudo em denunciar os agressores. **PALAVRA-CHAVE:** Saúde da Mulher; Enfermagem; Violência Doméstica; Educação em Saúde.

CARES OF NURSING AT VIOLENCE DOMESTIC: AN REVIEW INTEGRATIVE

ABSTRACT: Introduction: Violence against women is a major public health problem that occurs in all social classes and results in serious health consequences for her and her family. **Objective:** To identify in Brazilian scientific production the nursing cares rendered to women victims of domestic violence. **Methodology:** This is an integrative review based on the following question: what nursing cares are rendered to women victims of domestic violence? The search was performed in the Virtual Health Library with the following descriptors: “domestic violence”; “nursing”; “Woman”, with the association of the boolean operator “and”, from April to June 2019. After applying the inclusion and exclusion criteria, of the 267 articles found, 18 were selected for analysis. **Results:** Most studies were conducted in the state of Rio Grande do Sul (56%), with qualitative nature (94%). The main study scenario was the Primary Health Care units (44%). There is a great interest of nursing in the development of group educational practices for these women the need to draw up a care plan mainly on an emergency basis, in addition to the early identification of the situation of violence for immediate care redirection of these women. **Discussion:** It was evidenced that violence against women is a multisectoral problem, requiring a restructuring of care aimed at promoting, protecting and restoring the physical, mental and social health of these women. **Conclusion:** The use of dialogue as a tool by nursing professionals facilitates the empowerment of women regarding the early identification of signs of violence and, especially in denouncing the aggressors.

KEYWORDS: Women’s Health; Nursing; Domestic violence; Health education.

1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um importante problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos e reflete a diversidade dos aspectos étnico-raciais e de gênero (PAULA, *et al.* 2017; BIGLIARDI, *et al.* 2016). O sexo feminino é colocado como frágil e inoperante na tomada de decisões, assim como sua inserção em qualquer atividade que tire o sexo masculino do foco principal, como uma disputa entre posição e gênero, sendo este, um dos motivos que levam a casos de violência doméstica (SILVA, *et al.* 2017; GARCIA, *et al.* 2018).

Em 2003 foi estabelecida a Lei nº 10.778 que evidencia a realização da Notificação Compulsória pelos profissionais em casos de violências doméstica à mulher em serviços públicos e privados. Nesse sentido, em 2006 surgiu a Lei Maria da Penha nº 11.340 como proposta para a coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher, tornando-se obrigatório, ademais o atendimento integral de pessoas em situação de violência sexual no Sistema Único de Saúde, este garantido na Lei nº 12.845/2013. Em 2015, a Lei nº 13.104, enquadra o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, além de incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos, tornando-se obrigatória à comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal independente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima pelo profissional como rege a Resolução nº 564 de 2017.

Nesse sentido, ressalta-se a importância da assistência a essas mulheres, em especial, pelos profissionais da saúde, como a enfermagem. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi identificar na produção científica brasileira os cuidados de enfermagem prestados às mulheres vítimas de violência doméstica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa onde foram adotadas as seguintes etapas: 1) Reconhecimento do conteúdo e separação das conjecturas ou questões de inquirições para a construção da revisão integrativa; 2) Organização de parâmetros para inclusão e exclusão de estudos ou procura na literatura; 3) Elucidação dos dados a serem extraídos dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) Apreciação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Perspectiva da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para nortear a revisão, formularam-se o seguinte questionamento: (i) Quais os cuidados de enfermagem prestados a mulher vítima de violência doméstica?

O levantamento de dados foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

no período entre abril e junho de 2019. Utilizou-se como descritores: “violência doméstica”, “enfermagem” e “mulher”, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com interposição do operador booleano “and”.

Foram adotados como critérios de inclusão: idioma português, com texto disponível e na íntegra, recorte temporal dos últimos cinco anos e em formato de artigo científico. Como critérios de exclusão: publicações repetidas em outras bases de dados, teses e dissertações.

3 | RESULTADOS

A busca bibliográfica resultou em 267 publicações. Após a leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 18 artigos. **(Figura 1).**

A extração dos dados foi realizada por meio de um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios autores.

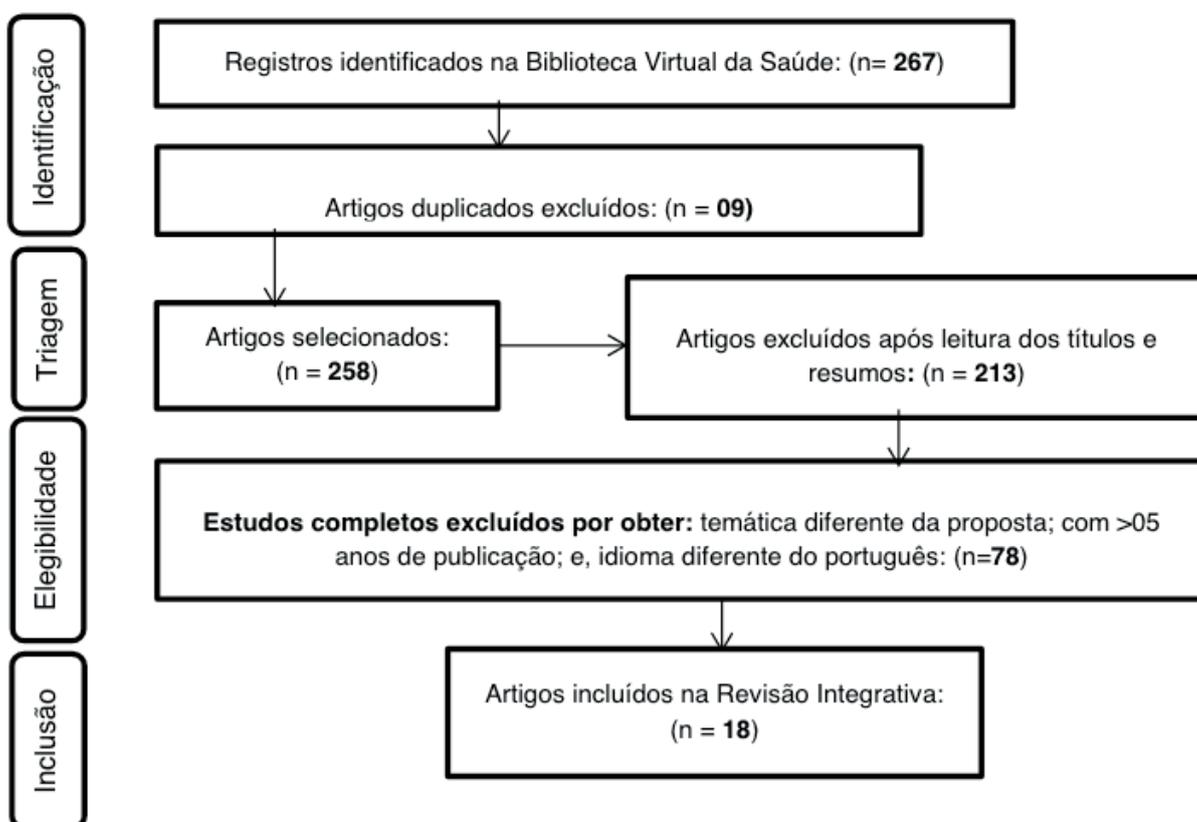


Figura 1: Fluxograma da revisão integrativa sobre fatores associados à violência doméstica acometida às mulheres em publicações selecionadas após pesquisa virtual na BVS.

FONTE: Próprio autor.

Foram extraídas dos artigos as seguintes informações: título do artigo, ano de

publicação, nome do periódico, método, local da realização do estudo e sujeito das pesquisas (**Quadro 1**).

	TÍTULO	ANO	PERIÓDICO/ BASE DE DADOS	MÉTODO	LOCAL	SUJEITOS
01	Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência.	2014	Revista Baiana de Enfermagem/ BDEF.	Abordagem quantitativa exploratório e descritivo.	Unidades de Saúde da Família das áreas urbanas de Vitória da Conquista.	Entrevista com 20 enfermeiras coordenadoras de Unidades de Saúde da área urbana de Vitória da Conquista.
02	O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem qualitativa.	2014	Cogitare Enfermagem/ LILACS.	Abordagem qualitativa descritivo.	Fundação de Ação Social da Prefeitura de Curitiba-PR-Brasil.	Entrevista com 08 mulheres vítimas de violência doméstica realizada em um serviço de acolhimento institucional.
03	Representações de mulheres sobre violência e sua relação com qualidade de vida.	2014	Online Brazilian Journal of Nursing/ BDEF.	Abordagem qualitativa.	Uma unidade básica de saúde do município de Nova Lima, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.	Foram entrevistadas 100 mulheres e os dados foram obtidos quando procuraram pelo serviço de saúde no período da coleta de dados ocorrida em janeiro de 2011, quando foram convidadas a participar.
04	Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado.	2015	Revista Gaúcha de Enfermagem/ LILACS.	Abordagem qualitativa: descritiva e exploratória.	Centro de Referência à Mulher de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil.	Dezesseis mulheres foram entrevistadas em um Centro de Referência à Mulher.
05	Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários.	2015	Revista Escola de Enfermagem USP/ LILACS.	Abordagem qualitativa.	Desenvolvido em 19 Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS, Brasil, sendo 12 localizadas na área urbana e sete na rural.	Participaram 154 profissionais, sendo 39 TE e 115 Agente Comunitário de Saúde.
06	Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado.	2015	Revista Eletrônica de Enfermagem/ LILACS, BDEF.	Abordagem qualitativa: Descritivo e exploratório.	Um município do sudeste brasileiro, e três instituições governamentais que compõem a Rede de Atenção à Mulher em situação de violência.	Participaram do estudo sete profissionais, composto por três profissionais da Instituição 01, dois da Instituição 02 e dois da Instituição 03, todos do sexo feminino.

07	Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde.	2016	Escola Anna Nery /LILACS, BDEF.	Abordagem: qualitativa	Hospital e, Pronto Atendimento da Rede Pública do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de janeiro a abril de 2013.	Realizaram-se dez entrevistas com dez enfermeiras que haviam cuidado de mulheres vítimas de violência.
08	Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica.	2017	Texto Contexto Enfermagem/ LILACS.	Abordagem qualitativa: descritiva.	Realizado em dois hospitais de médio porte do Município do Rio Grande-RS.	Realizado com 34 enfermeiras de dois hospitais, um de referência para os casos de violência sexual e o outro, centro de queimados, ambos recebem vítimas de violência doméstica.
09	Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais.	2017	Escola Anna Nery /LILACS, BDEF.	Abordagem qualitativa.	Centro Especializado de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica (CEAM) no Município do Rio de Janeiro.	Entrevista realizada com 20 mulheres no Centro Especializado de Atendimento à Mulher do Rio de Janeiro – Brasil.
10	O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico.	2017	Escola Anna Nery/ LILACS, BDEF.	Abordagem qualitativa.	Serviço Especializado de Atendimento a Mulheres em situação de violência sexual da capital do Estado do Paraná, região Sul do Brasil.	Participaram 11 mulheres que sofreram violência sexual, no sul do Brasil.
11	Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo.	2017	Online Brazilian Journal of Nursing/ LILACS, BDEF.	Abordagem qualitativa: descritiva.	Realizada em três unidades de saúde da família do município de Guanambi, localizado no sudoeste da Bahia, Brasil.	Entrevista realizada com 12 profissionais: 02 enfermeiros, 02 dentistas, 03 técnicos de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde (ACS).
12	Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência.	2017	Ciência, Cuidado e Saúde/ LILACS, BDEF.	Abordagem: qualitativa.	Estratégia Saúde da Família de um município localizado na região Noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil.	Participaram 38 profissionais, dos quais 27 eram Agentes Comunitários de Saúde, sete, enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem.

13	Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural.	2017	Revista de enfermagem UERJ/ LILACS.	Abordagem qualitativa: social, exploratória, e, descritiva.	Em 12 Unidades de Saúde da Família localizadas na zona urbana e sete na zona rural do Município do Rio Grande/RS, Brasil.	Participaram das evocações 65 profissionais; destes, 26 eram Enfermeiro e 39, Técnicos de Enfermagem.
14	Mulheres em situação de violência: (RE) Pensando a escuta, vínculo e visita.	2018	Revista de Enfermagem UFPE on line/ BDEF.	Abordagem: estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência a partir de uma pesquisa participante.	Estratégia de Saúde da Família de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Participaram 38 profissionais de saúde integrantes de seis equipes da Estratégia Saúde da Família através de oito oficinas pedagógicas.
15	Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência.	2018	Revista Nursing/ BDEF.	Abordagem qualitativa.	Uma Estratégia Saúde da Família de um município do interior do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil.	Participaram 13 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.
16	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural.	2018	Revista Gaúcha de Enfermagem/ LILACS.	Abordagem qualitativa.	Dois hospitais de médio porte do município do Rio Grande/RS.	Entrevista realizada com 100 enfermeiras entre maio/setembro de 2014 em dois hospitais de Rio Grande/RS.
17	Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem.	2018	Revista Gaúcha de Enfermagem /LILACS.	Abordagem qualitativa: descritivo.	Realizado em um Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade federal localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul.	Entrevista realizada com 132 discentes de enfermagem, sendo 71 das séries iniciais e 61 das finais entre agosto/novembro de 2014, em Rio Grande/RS.
18	Violência contra a mulher: dimensões representacionais de discentes de enfermagem.	2018	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro/ BDEF.	Abordagem qualitativa: descritiva.	Realizada num curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública federal, localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul.	Entrevista individual com perguntas abertas com 33 discentes de enfermagem.

Quadro 1 – Característica dos estudos selecionados nas bases de dados para análise (Título; Ano; Periódico/ Base de dados; Método; Local; Sujeitos), Rio de Janeiro, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos artigos analisados, em relação aos anos de publicação, constatou-se

que, no ano de 2017 e 2018 concentraram-se o maior número de publicações, representando 50% do total. A maioria dos estudos foi realizada no Rio Grande do Sul (56%). Quanto ao tipo de pesquisa, a maioria dos artigos era original e de natureza qualitativa (94%). O cenário de estudo das pesquisas foram à Estratégia de Saúde da Família (44%), Hospital (17%), Instituição de Ensino Superior (11%), Rede de Atenção à Saúde (28%).

Os cuidados de enfermagem ofertados em casos de vítimas de violência doméstica encontrados nos artigos foram organizados no **(Quadro 2)**.

Nº	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
01	-Educação continuada e permanente da equipe de enfermagem para o reconhecimento dos sinais e sintomas precocemente.
02	- Ferramenta dialógica como subsídio para findar o empoderamento da mulher; - Acolhimento institucional eficaz com a promoção da reinclusão social.
03	- Elencam os tipos de sinais sugestivos através de explanação de palavras contidas no vocabulário dos agressores nos grupos formados na unidade; - Orientação, e reconstrução sobre os direitos e igualdade de gênero.
04	- Oferta de apoio emocional garantindo o aumento de vínculo profissional-usuário; - Encorajamento e suporte à saída da situação estressante.
05	- Educação permanente da equipe multidisciplinar para o manejo de vítimas de violência doméstica com seu direcionamento imediato às Redes de Atenção à Saúde.
06	- Participação ativa da equipe multidisciplinar; -Articulação entre as Redes de Atenção à Saúde.
07	- Oferta de tratamento imediato às lesões apresentadas; - Oferta de medicamentos prescritos para atenuar os prejuízos.
08	- Promoção de ambiente acolhedor e privativo; -Sensibilização da importância de realização da notificação compulsória eficiente.
09	- Fornece tratamento as lesões às vítimas de agressões; - Participação da equipe multidisciplinar;
10	- Criação de vínculo entre usuário-profissional; - Articulação intersetorial para tratamentos psicológicos específicos; -Inserção das vítimas de violência sexual em grupos de apoio.
11	- Aperfeiçoamento do atendimento para uma assistência resolutive; - Repasse do conhecimento a cerca dos direitos das mulheres embasados em protocolos e leis, como a Lei Maria da Penha, em grupos formados na própria unidade.
12	- Identificação precoce de vítimas de agressões; - Promoção de ações de educação em saúde.
13	- Identificação precoce das vítimas frente aos sinais sugestivos da violência doméstica com demonstração através de palavras; -Interação entre usuário/profissional e usuário/usuário.
14	- Ações educativas; -Aprimoramento do vínculo entre profissional-usuário; - Oferta de atendimento domiciliar através da busca ativa.
15	- Aprimoramento do atendimento através de visitas domiciliares; - Assistência emocional.
16	- Ampliação do cuidado; - Articulação intersetorial visando à continuidade do tratamento; - Educação em saúde.

17	<ul style="list-style-type: none"> - Representatividade da temática nas instituições de ensino superior, principalmente na graduação em enfermagem permitindo uma formação com uma maior preparação a essa realidade; - Remanejamento seguro; - Identificação precoce dos sintomas.
18	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação do conhecimento dentro das instituições educacionais de ensino superior, com capacitação profissional.

Quadro 2 – Identificação dos cuidados de enfermagem às vítimas de violência doméstica através dos estudos selecionados nas bases de dados, Rio de Janeiro, 2019.

Fonte: elaborados pelos autores.

Dentre os cuidados de enfermagem às vítimas de violência doméstica identificada nos estudos selecionados, os principais foram: educação em saúde (SILVA, et al. 2018; SILVA; GOMES, et al. 2018; HEISLER, et al. 2018), acolhimento (MORAIS, et al. 2018; HEISLER, et al. 2017), referenciamento imediato às Redes de Atenção a Saúde (TRIGUEIRO, et al. 2014; ALBUQUERQUE NETTO, et al. 2015; ALBUQUERQUE NETTO, et al. 2017); notificação compulsória (MACHADO, et al. 2017; SANTOS, et al. 2014); busca ativa (HEISLER, et al. 2017).

As subnotificações fragilizam a assistência principalmente nos serviços hospitalares que demandam de maior informação para continuidade da assistência (ACOSTA, et al. 2017). Este fato retrata a inacessibilidade à vítima de agressão, sendo positiva à intervenção quando por procura espontânea da mesma (TRIGUEIRO, et al. 2014).

O progresso da educação permanente nas instituições tem valorizado o trabalho em conjunto para que possam desenvolver atividades pertinentes ao público assistidos, além de manter a corresponsabilidade na implantação das ações, especialmente quando está requer o redirecionamento às Redes de Atenção à Saúde (ALBUQUERQUE NETTO, et al. 2017).

A elaboração de práticas de educação em saúde menos excludentes, favorece a sua efetividade por atingir todo o contexto sociocultural dos usuários, especialmente nas vítimas de violência domiciliar, a fim de que possa reconhecer nos Centros de Apoio à Mulher, a oportunidade de reinserção social (ALBUQUERQUE NETTO, et al. 2015).

4 | DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, emergiu-se a seguinte categoria de discussão: (i) os cuidados de enfermagem prestados à mulher vítima de violência doméstica.

4.1 Os cuidados de enfermagem prestados à mulher vítima de violência doméstica

Muitos profissionais da enfermagem associam que as denúncias sobre violência doméstica sejam pertinentes somente aos serviços policiais, o que retrata uma assistência fragilizada, uma vez que havendo queixas expressa em caráter de violência, há a necessidade de requisitar medidas protetivas (ACOSTA, *et al.* 2017).

As queixas feitas pelas mulheres vítimas de violência doméstica são passíveis para abertura de ficha de notificação compulsória pelo profissional de saúde quando em consulta, e para o redirecionamento imediato das vítimas as Redes de Apoio à Saúde (MACHADO, *et al.* 2017).

Lettiere e Nakano (2015) destacam que embora haja implementação de fluxo e rotinas relacionadas a diversos setores, a rede de atendimento primário precisa trabalhar com toda Rede de Atenção à Saúde, e não somente de forma fragmentada.

As lesões físicas permitem maior identificação de casos de violência física, quando comparadas à violência psicológica, sexual, patrimonial e moral, sendo um fator dificultador à implementação de cuidados. É preciso haver a qualificação dos profissionais para que seja estabelecida a identificação precoce de casos em que não apresentem lesões visíveis especialmente quando esta é praticada por alguém próximo a vítima (TRIGUEIRO, *et al.* 2014; ALBUQUERQUE NETTO, *et al.* 2015; ACOSTA, *et al.* 2017; AMARIJO, *et al.* 2017).

A violência sexual demanda um olhar ampliado e os serviços de apoio institucional, serve como alicerce, proporcionando um acompanhamento psicológico, pois os traumas vividos requer tratamento em longo prazo (TRIGUEIRO, *et al.* 2017).

De acordo com Cortes e Padoin (2016), o atendimento resolutivo consiste na forma como o profissional percebem os problemas perceptíveis pela linguagem verbal e não verbal exposto pelo sujeito ao se vê diante a uma situação conflituosa, com ampliação do foco. Quando a equipe interdisciplinar detém de uma boa comunicação às ações são mais fundamentadas corroborando na diminuição da ocorrência de erros negligenciados (ACOSTA, *et al.* 2017; PALHONI, *et al.* 2014).

Segundo Silva *et al* (2018), destacou que estudantes de graduação em enfermagem das séries iniciais e finais, retratam de maneira diferente sobre a temática violência doméstica, onde as séries finais trataram-na com maior propriedade. Demonstrando a importância dos conceitos serem construídos ao longo da graduação perfazendo da análise crítica-reflexiva à escolha de suas ações e requer ampliação constante do sistema de ensino para formar futuros profissionais interligados aos aspectos sociais, culturais, político e econômico dos indivíduos assistidos, evitando o déficit no atendimento por atrelar-se ao modelo biomédico, isto é, com direcionamento do atendimento voltado para a doença (ACOSTA, *et*

al. 2018). Segundo Silva e Gomes (2018), discente descrevem a agressão verbal como o percurso do rebaixamento e depreciação da vítima, o que proporciona embotamento afetivo, necessitando ser estimulado o diálogo pelo profissional para que sejam expressas suas emoções e sentimentos.

Segundo Santos *et al* (2014) a capacitação dos profissionais abrange questões que vão além do reconhecimento e tratamento as lesões, estes visam a educação em saúde advertidos através de palestras em grupos visando a ampliação da percepção e conscientização da mulher sobre a importância da denúncia. A criação de vínculo com o profissional permite o atendimento direcionado e implementação de protocolos da saúde (HEISLER, *et al.* 2017).

Na Estratégia Saúde da Família, embora existam casos de situações de riscos, os profissionais investem na aproximação do núcleo familiar através da visita domiciliar, uma vez que fora da unidade, a mulher se sente mais acolhida, mais preservada e o profissional consegue avaliar as condições vividas dessa família. Esse estreitamento gera um ambiente mais propício à formação da confiança e, portanto, aceitação das intervenções direcionada a ela (SILVA, *et al.* 2015; HEISLER, *et al.* 2017).

O trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar é bastante importante para as mulheres vítimas de violência. Em seu estudo Heisler *et al* (2018) mostram que o aprimoramento profissional é primordial para base da criação de vínculo, aperfeiçoamento da escuta e a liberdade de expressão da mulher, sem pressão, sem preconceito ou julgamento, este respeitados o tempo e os limites da mulher. A falta de abertura e o medo de exposição podem criar uma barreira entre o profissional e a mulher, que inviabiliza o atendimento preconizado (MORAIS, *et al.* 2018).

A falta de diálogo e apoio às mulheres vítimas de violência doméstica torna-se um empecilho na identificação precoce, execução prévia de ações protetivas e punitivas, e realização em tempo hábil da Notificação Compulsória. O processo de educação permanente no trabalho, evidenciando as leis de proteção às mulheres vítimas de violência doméstica são facilitadores na conscientização e precisam ser debatidas aos profissionais e usuários (ALBUQUERQUE NETTO, *et al.* 2017).

Assim a enfermagem emergiu nos estudos como facilitadora no processo de educação em saúde a população local em especial na atenção primária. Por isso, reforça-se que o diálogo entre paciente e profissional é essencial para que o ciclo de violência seja interrompido.

5 | CONCLUSÃO

A enfermagem tem papel primordial no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. Contudo evidenciou-se que existem fragilidades na identificação,

assistência e acompanhamento desses casos. Destaca-se a importância da existência e o fortalecimento de uma rede de atenção à saúde para esta mulher. Torna-se primordial também a educação permanente e continuada dos profissionais de enfermagem para que estes tenham uma escuta acolhedora, qualificada e que possam identificar precocemente os riscos de violência que esta mulher está sujeita.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NETTO, L. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36 (esp), p. 135-42, 2015.

ALBUQUERQUE NETTO, L. et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 21, n.1, p. 20170007, 2017.

ACOSTA, D. F. et al. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.39, p. 61308, 2018.

ACOSTA, D. F. et al. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 6770015, 2017.

AMARIJO, C. L. et al. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25: p. 23648, 2017.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. **Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos**. Brasília, DF: Presidente da República.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**. Brasília, DF: Presidente da República.

_____. Resolução COFEN nº 564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília: DF: Presidente do COREN-RO/ Primeira Secretária do COREN-RO.

BIGLIARDI, A. M. et al. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. **Boletim. Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 36, n. 91, p. 262-285. 2016.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Escola de Anna Nery**, v. 20, n.4, p. 20160083, 2016.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços

de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 00062317, 2018.

HEISLER, E. D. et al. Mulheres em situação de violência: (re) pensando a escuta, vínculo e visita. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n.1, p. 265-72, jan., 2018.

HEISLER, E. D. et al. Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 3, jul-set., 2017.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. v. 17, n. 4, out-dez. 2015.

MACHADO, M. E. S. et al. Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing [internet]**, v. 16, n.1, p. 209-217, jun., 2017.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde, e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17 (4): 758-64.

MORAIS, B. L. A. de. et al. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência. **Revista Nursing**, v. 21, n. 240, p.2164-2167, 2018.

PALHONI, A. R. G. et al. Representações de mulheres sobre violência e sua relação com qualidade de vida. **Online Brazilian Journal of Nursing [internet]**, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2014.

PAULA, C. E. A. et al. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, 2017.

SANTOS, J. et al. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 260-270, set-dez., 2014.

SILVA, C. D. et al. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 49, n. 1, p. 22-29. 2015.

SILVA, M. P. S. et al. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3057-64, ago., 2017.

SILVA, C. D. et al. Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 63935, 2018.

SILVA, C. D.; GOMES, V. L. O. Violência contra a mulher: dimensões representacionais de discentes de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 2528, 2018.

TRIGUEIRO, T. H. et al. O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência Doméstica: uma abordagem qualitativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 437-43, jul-set. 2014.

TRIGUEIRO, T. H. et al. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.3, p. 20160282, 2017.

PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO LGBTQ+ QUANTO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de aceite: 22/11/2019

Alana Caroline da Silva Rosa

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

Juliana Pires Rodrigues da Costa

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

Jéssica Larissa Pereira dos Santos

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

Sheila Maciel da Silva

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

Ruan da Silva Barreto Ferreira

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

Jefferson Robert Roque de Sousa

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

Johnata da Cruz Matos

Centro Universitário Euro-Americano – UNIEURO.
Brasília – DF, Brasil.

RESUMO: Objetivo: conhecer a percepção da comunidade LGBTQ+ no que se refere aos serviços de saúde, descrever a qualidade dos serviços de saúde prestados a partir da percepção dos usuários e identificar fatores dificultadores na prestação de serviços de

saúde à população LGBTQ+. **Métodos:** descritivo qualitativo. Utilizou-se na entrevista: questionário semiestruturado e gravador de voz. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. As entrevistas foram realizadas a partir do método *snowball sampling*. **Resultados:** estabeleceu-se três categorias: Entraves na qualidade dos cuidados específicos de saúde, ausência de interesse por qualificação e despreparo profissional e preconceito como determinante no processo de adoecimento. Os participantes relataram respectivamente sobre as categorias: dificuldade quanto ao descumprimento das leis, falta de pesquisas e preconceito; não conhecimento das identidades de gênero, não dominância com as especificidades e padrões heterossexuais influenciadores **Conclusão:** Há dificuldade na garantia e qualidade dos serviços de saúde, motivados pelo preconceito e falta de incentivo de pesquisas sobre o tema. **PALAVRAS-CHAVE:** minorias sexuais e de gênero, homossexualidade, acesso aos serviços de saúde.

PERCEPTION OF LGBTQ+ POPULATION QUALITY OF HEALTH SERVICES

ABSTRACT: Objective: to know the LGBTQ +

community's perception regarding health services, to describe the quality of health services provided by users' perceptions and to identify factors that make it difficult to provide health services to the LGBTQ + population. **Methods:** qualitative descriptive. It was used in the interview: semistructured questionnaire and voice recorder. The data were submitted to thematic content analysis. The interviews were performed using the snowball sampling method. **Results:** three categories were established: Obstacles to the quality of specific health care, lack of interest in qualification and professional unpreparedness and prejudice as determinant in the process of becoming ill. Participants reported on the categories: difficulty in noncompliance with laws, lack of research and prejudice; not knowledge of gender identities, non- dominance with heterosexual specificities and influencing patterns. **Conclusion:** There is difficulty in guaranteeing and quality of health services, motivated by prejudice and lack of research incentive on the subject.

KEYWORDS: sexual and gender minorities, homosexuality, access to health services.

1 | INTRODUÇÃO

A comunidade LGBTQ+ é formado por um grupo de pessoas de diferentes orientações sexuais, sendo elas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais/travestis e *queer*. O adjetivo *queer* é utilizado especialmente pela população mais jovem, cuja orientação sexual não é exclusivamente hétero ou homossexual (ONU, 2018).

Atualmente, o preconceito contra esse grupo é de grandes proporções, pois foge da cultura tradicionalista, fazendo com que essa população não receba a atenção necessária voltada para a saúde. Após um aumento do número de casos de HIV/AIDS na década de 80, a comunidade LGBTQ+ foi taxada como grupo de risco, o que fomentou ainda mais o preconceito ainda arraigado na população. Com a alta incidência de casos de HIV nessa população, o governo brasileiro criou juntamente com a população homossexual masculina, estratégias para a prevenção do HIV/AIDS, evidenciando a falta de atenção à saúde da mulher. Posteriormente, houve a ampliação dessas estratégias a outras populações de identidades sexuais e de gênero. Atualmente, a comunidade LGBTQ+ não se enquadra mais como grupo de risco, e sim como comportamento de risco (BRASIL, 2013).

Segundo Albuquerque et al. (2017), comportamento de risco é definido como a presença em atividades que possam afetar a saúde física e mental. Maia et al. (2013) relatam que a população LGBTQ+ traz consigo o estigma de que a AIDS está ligada com a homossexualidade, desde a década de 80. Contudo, o medo, o preconceito e a falta de políticas eficazes aos serviços de saúde, ainda são os fatores predominantes que levam esse grupo a comportamentos de risco.

De acordo com Oliveira e Maio (2016), gênero é definido como o conjunto de

características sociais e culturais, ligadas às percepções de masculino e feminino. Identidade de gênero é a autopercepção, ou seja, a forma que a pessoa se identifica quanto ao seu gênero, podendo ser cisgênero (aquela que identifica-se com o mesmo gênero que lhe foi dado no nascimento) ou transexual/transgênero (identifica-se com um gênero diferente daquele que lhe foi dado no nascimento). A orientação sexual está ligada diretamente ao gênero pelo qual o indivíduo desenvolve atração sexual ou envolvimento emocional, podendo ser heterossexual, homossexual ou bissexual.

A Organização das Nações Unidas – ONU em 1948, propôs a toda nação mundial, a adoção de metas por meio de educação e ensino, para que sejam garantidos os direitos referentes à liberdade de pensamento, de expressão e a igualdade de todos perante a lei (ONU, 1948). Já no âmbito nacional, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), tem como objetivos, a garantia da liberdade do ser humano em sociedade, para que se tenha justiça e paz social. A CF/88, em um de seus artigos, reflete sobre a igualdade entre as pessoas, sem distinção de qualquer tipo, como um direito e dever individual e coletivo (BRASIL, 1988).

Gontijo (2010) discorre sobre gênero e orientação sexual como determinantes no processo de adoecimento, uma vez que existem doenças que há décadas possuem prevenção e tratamento, mas ainda assim debilitam milhares de pessoas todos os anos.

Cardoso e Ferro (2012) relatam que, além da vulnerabilidade social, esses grupos sofrem discriminação, o que muitas vezes os deixam mais susceptíveis ao processo saúde doença e os marcadores sociais, como orientação sexual, raça/etnia e classe social se articulam e perpetuam a vulnerabilidade e a marginalização sobre essa população.

Negreiros et al. (2019) ponderam que essa discriminação eleva a chance dessa comunidade de se submeter a comportamentos de risco. Mesmo com políticas públicas de saúde vigentes específicas para a população LGBTQ+, o atendimento não ocorre de forma integral e igualitária, fazendo com que os indivíduos busquem atendimentos de formas clandestinas.

Silva et al. (2017) descrevem as políticas públicas como conjuntos de diretrizes e referenciais ético - legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.

Sampaio e Araújo (2006) relatam que os movimentos sociais foram fomentadores da criação de políticas públicas específicas para a população LGBTQ+ juntamente com a observação do elevado índice de violência e ausência de cuidados em saúde para esse grupo.

Ferreira et al. (2018) mencionam o Programa Brasil sem Homofobia (2004),

que objetivou através da educação incentivar gestores públicos a levantarem a bandeira contra a violência e contra a homofobia, teve também como meta a ampliação da promoção, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestados a comunidade LGBTQ+.

A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, trazendo como objetivo a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade e universalidade (BRASIL, 2013).

Em 2015, diversos chefes de Estados se reuniram para definir metas universais a serem cumpridas em um prazo de 15 anos. Foram estabelecidas ao todo 17 objetivos, das quais três deles tratam de igualdade, sendo eles: alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas, por meio da informação, e adoção e fortalecimento das legislações que promovem igualdade de gênero; reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles, através da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito e promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis (ONU, 2015).

Conforme Popadiuk et al. (2017), a I Conferência Nacional LGBT teve significativa importância, sendo considerado um fato histórico, por ter sido a primeira conferência no mundo com temática voltada à saúde integral LGBT. A Portaria nº 202, de 10 de maio de 2018, torna vigente a instituição do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência LGBTfóbica, tendo como objetivo a articulação entre União, Estados e Distrito Federal, nas ações de prevenção e combate à violência homofóbica.

Entre os anos de 2001 e 2010, houveram 1.608 assassinatos de LGBTQ+ causados em decorrência da homofobia ainda presente na sociedade. No Brasil dos assassinatos contra a comunidade LGBTQ+, um ocorre a cada 19 horas, levando em consideração esses dados, a expectativa de vida dos indivíduos trans é de apenas 35 anos (MELO et al. 2012; ONU, 2019).

Borrilho (2010) conceitua homofobia como, uma forma de diferenciar, desumanizar, inferiorizar e afastar a pessoa homossexual, comparando com outras formas de exclusão como a xenofobia, racismo ou sexismo. Assim como o racismo, a homofobia diz respeito a atitudes coletivas de inferiorizar determinadas classes, são construções sociais.

Atualmente, o Supremo Tribunal Federal (STF), decide para enquadramento ou não da homofobia como crime de racismo, previsto na Lei nº 7.716, visto que não existe uma lei específica para transfobia. Esta é uma forma encontrada para

assegurar à população LGBT mecanismos legais e efetivos para sua segurança e seu amparo contra a violência sofrida. O projeto pretende incluir na legislação vigente a discriminação por orientação sexual ou de identidade de gênero (BRÍGIDO, 2019; BARIFOUSE, 2019; BRASIL, 1989.).

Levantam-se questionamentos a respeito da inclusão da homofobia como racismo, uma vez que se entende que homofobia se difere de crime de raça. Baseado nessa indagação, o relator do projeto, Ministro Celso de Melo, reforçou um discurso feito por ele em 2003: “Só existe uma raça, a espécie humana e aquele que ofende a dignidade de qualquer ser humano, especialmente quando movido por razões de cunho racista, ofende a dignidade de todos e de cada um”.

Diante da fala do Ministro e do exposto na CRFB/1988, onde é enfatizado que “todos são iguais perante a lei”, levantou-se o seguinte questionamento: Qual a percepção da população LGBTQ+ quanto à qualidade dos serviços de saúde prestados aos mesmos?

2 | MÉTODO

Foi realizado um trabalho através do método descritivo com abordagem qualitativa. Gil (2008), considera que a pesquisa descritiva objetiva detalhar características específicas de uma determinada população ou a relação entre variáveis. Este tipo de pesquisa visa a identificação de variáveis para cada grupo social, como exemplos: distribuição por idade, procedência, sexo, níveis de escolaridade e renda. Os resultados tendem a determinar a natureza dessas relações, quando existentes.

Minayo (2012), emprega que a abordagem qualitativa é aquela em que se baseia em compreender. É preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, a experiência e a cultura a qual o indivíduo está inserido. Este tipo de estudo tem como matéria prima, crenças, valores, ações humanas e sociais. De acordo com Gil (2008), a análise qualitativa depende da capacidade, do conhecimento e do estilo do pesquisador.

A população/amostra do presente estudo são pessoas autodeclaradas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais/travestis, *queer*. Foram adotados como critérios de inclusão, quaisquer indivíduos autodeclarados integrantes do grupo LGBTQ+ e como critério para exclusão do estudo, menores de 18 anos e pessoas com distúrbios psiquiátricos.

As entrevistas foram realizadas a partir do método *snowball sampling* (bola de neve). Este método é uma forma de amostragem aleatória não probabilística, onde os entrevistados convidam/indicam outros participantes da sua rede de amigos.

As entrevistas foram realizadas em locais reservados, sendo marcadas com antecedência a critério de cada participante, local e data. O estudo foi desenvolvido entre fevereiro e junho de 2019.

As coletas dos dados foram feitas através de gravação e realizadas por meio de questionário semiestruturado. A duração das entrevistas teve duração estimada de vinte minutos, participando somente o pesquisador e o entrevistado.

Foram utilizados dois instrumentos para a entrevista, o primeiro um questionário semiestruturado com 3 questões abertas, relacionadas à temática do estudo. O segundo, um gravador de voz de celular, para melhorar a interpretação das respostas.

Os dados foram divididos em três categorias: Entraves na qualidade dos cuidados específicos de saúde, ausência de interesse por qualificação e despreparo profissional e preconceito como determinante no processo de adoecimento. E os resultados submetidos à análise de conteúdo, onde ocorre o uso das informações obtidas através dos questionários para confirmar os indicadores que inferem a realidade que foi passada nas respostas.

Este tipo de análise é muito mais que descritiva, pois usa-se a inferência. As inferências procuram deixar claro as causas ou consequências das respostas dos usuários. Santos apresenta escolha de categorias (categorização), que são classes que agrupam determinadas informações ou características comuns. A análise de conteúdo é uma pesquisa que permite fazer inferências de forma sistemática e objetiva. Esta técnica permite a compreensão e o uso de um conteúdo (PASSOS JUNIOR, 2008; SANTOS, 2012).

Urquiza e Marques (2012) trazem que essa análise temática consiste na descoberta de informações sobre determinado assunto, obtidos através da comunicação e que significam algo para o objetivo do estudo. Este método é o mais utilizado como unidade de registro para estudar motivações de crenças, opiniões, valores.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário Euro Americano – Asa Sul, sob protocolo de número 3.309.292. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias, ficando uma com o entrevistado e uma com o entrevistador.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise e síntese dos discursos de dez entrevistados, estes foram identificados como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10, estabelecendo-se três categorias temáticas: Entraves na qualidade dos cuidados específicos de saúde,

ausência de interesse por qualificação e despreparo profissional e preconceito como determinante no processo de adoecimento.

Dos entrevistados, três referiram utilizarem os serviços de saúde público, três o privado e quatro informaram utilizar ambos os serviços. Os entrevistados foram questionados quanto às suas percepções em relação ao preparo dos profissionais de saúde para atender a população com todas as suas especificidades, nove dos dez entrevistados disseram que os profissionais não estão preparados e apenas um verbalizou que “alguns são preparados”.

3.1 Entraves na qualidade dos cuidados específicos de saúde

O acesso de saúde a população autodeclarada LGBT é frágil como se sabe, cheio de barreiras e com uma política voltada a princípio para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, a assistência é falha quando se pretende realizar as etapas do atendimento de saúde, desde o acolhimento, até a finalização do processo do atendimento. Existe uma dificuldade por parte dos LGBTQ+ em permanecer dentro das redes de saúde, havendo muitas vezes somente a entrada do indivíduo LGBTQ+ a rede, mas esse não permanece, sendo desvinculado logo após o atendimento inicial (FERREIRA et al., 2018).

No que se refere a essa categoria, o presente estudo mostrou alguns elementos que interferem na eficácia do atendimento de saúde. Dentre estes, alguns mostraram-se mais relevantes nas entrevistas como o descumprimento da previsão legal, demonstrado nos trechos a seguir do entrevistado E5:

“existe uma dificuldade de aplicar essas políticas para todo mundo, ainda mais no sistema que é gratuito..” E5

“Tem a questão da política integral a saúde LGBT, quando eu fui ler a política eu percebi o quanto tava legal ali na teoria, escrita as diretrizes né (...) tinha toda questão do tratamento da pessoa trans, da especificidade, do incentivo a pesquisas com relação a essas pessoas... percebi que tem muita coisa relacionada a mulher trans/travesti e pouco homem transexual.” E5

A falta de incentivo à pesquisa e o desconhecimento sobre a diversidade sexual e de gênero, também faz parte do conjunto de elementos que dificultam a qualidade do atendimento de saúde, como expresso no seguinte relato do E9:

“então o principal, que nós percebemos (...) é o problema de profissionais em reconhecer a identidade de gênero dessas pessoas.” E9

Lima et al. (2016) realizou um estudo, procurou investigar os principais desafios da garantia de pessoas LGBT a saúde pública, foram encontrados dificultadores como a heteronormatividade, sexismo e preconceito. Albuquerque et al. (2013) mostram que a comunidade LGBTQ+ apresenta receio em expressar a sua sexualidade ou orientação sexual nos serviços de saúde, visto que isso implica

diretamente na qualidade da assistência.

3.2 Ausência de interesse por qualificação e despreparo profissional

Esse despreparo afeta diretamente no atendimento às demandas de saúde específicas da população, principalmente a LGBTQ+, visto que o não conhecimento dessas especificidades juntamente com um histórico social heteronormativo, influenciam diretamente na prestação dos cuidados necessários para essa comunidade, ficando evidente pelo discurso participante E10:

“Acho que tem um despreparo muito grande dos profissionais em geral. Acredito que seja a formação acadêmica que não é totalmente, não é totalitária, não aborda todos os contextos e eles têm dificuldade de lidar com o próprio dia a dia.” E10

O despreparo profissional não se refere apenas ao não saber específico das identidades de gênero, mas diz respeito também ao receio e preconceito cravado na sociedade, que se manifesta quando é verbalizado ou demonstrado de alguma maneira.

Pesquisas similares a esta evidenciam que quando o profissional de saúde não tem conhecimento das identidades de gênero dos pacientes, o atendimento é normalizado, entretanto, quando esta é expressa, o atendimento é diferenciado ou negado (OLIVEIRA, 2018). O entrevistado E8 esboçou esse sentimento quanto a ocorrência desse tipo de situação:

“Os profissionais em geral, não. Eu acho que eles tentam. (...) eu não tive que especificar que eu sou desse grupo (LGBT) então eu não senti nada de tratamento diferente e também acho que não precisei” E8

Alguns trechos relatados por esses entrevistados revelam que há profissionais habilitados a atender demandas específicas, mas não uma quantidade significativa desses profissionais, E9 diz:

“Então, na minha opinião particular (...) existem profissionais que estão habilitados, mas existem muitos profissionais que eu percebo que não estão.” E9

Em alguns casos, houve também a adição do preconceito velado ao despreparo profissional, como informou E1 e E2 de modo respectivo:

“Eles falaram “não, o seu caso é diferente, é específico, não posso te atender de jeito nenhum, não posso te prescrever hormônio, não posso”. E1

“Muitas pessoas estão despreparadas (...) deveriam preparar a equipe de enfermagem para atender os transexuais, para passar informações (...)” E2

Para que o comportamento dos profissionais de saúde se modifique é necessário ademais que toda rede de saúde mude também. É preciso que haja uma transformação no modo de agir e pensar dos profissionais, e um dos meios para se alcançar essa transformação é através da busca de conhecimento, que pode ser adquirido por meio de incentivo de políticas públicas, mediante vontade

própria e possuindo a sensibilidade de reconhecer atitudes e comportamentos que possam dificultar o vínculo entre profissional e usuário, como por exemplo a timidez, o receio e a vergonha (CARDOSO; FERRO, 2012; OLIVEIRA et al., 2018).

Bittencourt (2014), reforça que o despreparo profissional não está ligado somente com uma falta de incentivo de políticas públicas ou com auto capacitação, mas também com o fato de ter que lidar com as diferenças, já que o diferente nos causa estranheza, exigindo de nós uma busca e compreensão intelectual maior do que estamos adaptados.

3.3 Preconceito como determinante no processo de adoecimento

Após análise temática verificou-se um padrão de respostas que permitiu a formulação desta categoria, fazendo-se a mais relevante na prestação da assistência. Padrões heterossexuais influenciam no atendimento dos profissionais aos indivíduos LGBT's. Há anos esses indivíduos são invisíveis e excluídos dentro da sociedade. A disposição da população para aceitação das especificidades nos últimos anos obteve aumento significativo, porém ainda há prevalência da renegação e desacolhimento da comunidade LGBTQ+ (OLIVEIRA; MAIO, 2016).

Destaca-se a seguir, fragmento da fala do entrevistado E3, quando questionado no que concerne ao preparo dos profissionais de saúde:

“Então, na rede pública nesses lugares (...) a gente tem a possibilidade de encontrar profissionais que nos atenda, agora na rede particular, a gente pode hoje em dia, é um pouco mais difícil, mas ainda tem possibilidade de você encontrar alguém que não queira te atender por você ser trans.” E3

A população transgênero é a mais suscetível a sofrer preconceito, violência e discriminação. Diante de uma sociedade que tomou posse do conceito de sexo biológico como decretório para determinar a identidade de gênero, visualizam as pessoas trans como fora do padrão “normal” determinado socialmente (POPADIUK, et al., 2017). Os entrevistados E4 e E9 descreveram como é ser trans na nossa sociedade, respectivamente:

“Acho que isso é das maiores dificuldades... as pessoas te olharem como se você fosse um ET e pessoalmente é a questão da gente... já tem que carregar esse fardo que é um corpo que a gente não se adapta... o corpo não se enquadra” E4

“um problema mais grave ainda nesses atendimentos é em relação às pessoas trans, porque em primeiro começa-se com o não reconhecimento dessas identidades e depois essas pessoas possuem uma série de especificidades no atendimento” E9

Albuquerque et al. (2013) descreve que a ausência de conhecimento científico é dificultada pela carência de pesquisas na área do grupo LGBTQ+, que consequentemente perpetua o preconceito já aderido em sociedade. O meio social gera um bloqueio no indivíduo em adquirir conhecimento e fazer-se tolerante. Essa

falta de conhecimento é notada no seguinte trecho do questionado E1:

“Conhecimento é muito pouco pela sociedade, por incrível que pareça, a gente se surpreende.” E1

É recorrente a violência contra os LGBTQ+, possuindo enormes proporções a níveis mundiais e nacionais. São fragilizados psicologicamente, excluídos socialmente, negados dentro de suas famílias, possuem dificuldades de conseguirem emprego e até mesmo atendimento de saúde, que deveria ser garantido, conforme expressa a CRFB, que estabelece o acesso universal e igualitário à saúde e as suas ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, sem distinção de qualquer natureza, inclusive orientação sexual.

Diante dessa dificuldade de acesso a rede de saúde devido a inúmeros fatores, principalmente o preconceito, esse público vulnerável acaba procurando atendimento em serviços mais baratos e de menor qualidade com profissionais despreparados, ou ainda pior, se recusam a procurar profissionais de saúde, ficando assim, a mercê do processo de adoecimento (GONTIJO, 2010; CARDOSO; FERRO, 2012; FERNANDES, 2017.).

4 | CONCLUSÃO

Os objetivos da pesquisa eram conhecer a percepção da comunidade LGBTQ+ no que se refere aos serviços de saúde, descrever a qualidade dos serviços de saúde prestados a partir da percepção dos usuários e identificar fatores dificultadores na prestação de serviços de saúde à população LGBTQ+. Esses objetivos foram alcançados através deste estudo qualitativo descritivo. Foi atingido por meio de levantamento de dados científicos, realização de entrevistas semiestruturadas e análise temática das mesmas.

Algumas limitações foram encontradas ao longo do estudo, como a quantidade inabitual de pesquisas sobre o tema, a desistência de participantes, o constrangimento em falar abertamente sobre o grupo ao qual faz parte e o receio em saber que as entrevistas seriam gravadas em áudio. Durante a construção do referencial teórico constatou-se que diante da relevância do tema, não há uma devida notoriedade no incentivo a pesquisa sobre a população LGBTQ+.

A princípio o estudo contava com 14 participantes, tendo quatro desistentes, um dos desistentes concedeu a entrevista, porém dias depois por motivos não esclarecidos não autorizou o uso de seus dados; a segunda desistência foi motivada pela indisponibilidade de tempo e os demais pelo constrangimento ao saber que as entrevistas seriam gravadas. O resultado deste trabalho nos mostrou que o preconceito e despreparo dos profissionais afeta diretamente na humanização da assistência, fazendo com que a percepção da população LGBTQ+ sobre os serviços

de saúde sejam insatisfatória, pois os trabalhadores de saúde são despreparados, não seguem os princípios do SUS e não possuem juízo de valores.

Neste trabalho encontramos alguns fatores que impedem uma assistência integral e de qualidade e a partir disso notou-se que a melhoria do atendimento só pode ser obtida através de iniciativa própria em busca de conhecimento e da *despatologização* das identidades, logo, esperamos que os atuantes e futuros profissionais possam ter um olhar mais clínico, humanitário e menos sentenciador sobre esses grupos populacionais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.A., et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev Saúde em Debate*. 2013: 37(98) 516-524.

ALBUQUERQUE, G.A.; PARENTE, J.S.; MOREIRA, F.T. Violência como violação dos direitos humanos de minorias sexuais: impactos na saúde. *Rev. Saúde.com*. 2017: 13(4): 1034-1043.

ALMEIDA, M. A violência na Sociedade Contemporânea. EDIPUCRS. 2010.

BARIFOUSE, R. STF já tem maioria para criminalizar homofobia; entenda o julgamento. 2019

BITTENCOURT, D.; FONSECA, V. Acesso da População LGBT Moradora de Favelas Aos Serviços Públicos de Saúde: Entraves, Silêncios e Perspectivas. *Rev. Conexões PSI*. 2014: 2(2) 60-85

BORRILLO, D. Homofobia: história e crítica de um preconceito. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei n. 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Governo do Planalto. 5 jan 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Portaria nº 202, de 10 de maio de 2018. Institui o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência LGBTfóbica. Diário Oficial da União, 2018. Seção I, p.63.

BRÍGIDO C. Por que ministros do STF comparam homofobia com racismo? 2019.

CARDOSO, M.R.; FERRO, L.F. Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão. *Rev. Psicologia: ciência e profissão*. 2012: 32(3): 552-563.

FERNANDES, B. Educação popular em saúde LGBT: um diálogo da sociedade civil com os Postos de Saúde em Goiânia. *Rev. Tempus, Actas de Saúde Colet*. 2017:11(1)29-39.

FERREIRA, B.O.; PEDROSA, J.I.; NASCIMENTO, E.F. Diversidade de gênero e acesso ao sistema único de saúde. *Rev. brasileira em Promoção de saúde*. 2018: 32(1): 1-10

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008: 28.

GONTIJO, D.T. Determinantes Sociais de Saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão social e equidade em saúde. Rev. Eletrônica de enfermagem. 2010: 12(1) 8.

LIMA, M.D.A.; SOUZA, A.S.; DANTAS, M.F. Os Desafios a Garantia de Direitos da População LGBT No Sistema Único de Saúde (SUS). Rev INTERFACES. 2016: 3(11) 119-125.

MAIA, L.P, et al. Movimento LGBT: breve contexto histórico e o movimento na região do Cariri. Rev. Interfaces: saúde, humanas e tecnologia. 2013: 1(3): 1-12.

MELO, L.; AVELAR, R.B.; MAROJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. Rev. Sociedade e Estado. 2012: 27(2)289-312.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rev. ciência & saúde coletiva. 2012: 17(3): 621-626.

NEGREIROS, F.R.N. et al. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. Rev. Brasileira de Educação Médica. 2019: 43(1): 23- 31.

OLIVEIRA, G.S., et al. Serviços de Saúde Para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/Transexuais. Rev. UFPE Online. 2018: 12(10) 2598-2609

OLIVEIRA, I.B.; MAIO, E.S. Opção ou orientação sexual? (des)construções na (des) contextualização da homossexualidade. Rev. Ensino em Re-vista. 2016: 23(22): 324-344.

OLIVEIRA, G.S, et al. Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. Rev. da rede de enfermagem do Nordeste. 2018: 19(3295)1-7.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração dos Direitos Humanos. 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Livres & Iguais - Violência homofóbica e transfóbica. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Manual de Comunicação LGBTI+. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNAIDS Brasil participa de audiência pública sobre projetos voltados à população LGBTI. 2019.

PASSOS, E.P.L.; JUNIOR, J.R.C. Desenvolvimento de uma tecnologia para mineração de textos. PUC-Rio. 2008: 75-91.

POPADIUK, G.S.; OLIVEIRA, D.C.; SIGNORELLI, M.C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. Rev. Ciência e saúde coletiva. 2017: 22(5)1509-1520.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO, J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil. 2006: 6(3)335- 346.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação. 2012: 6(1)383-387.

SILVA, J.W.S.B., et al. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. Rev. de Saúde Pública do Paraná. 2017: 18(1): 140-149.

URQUIZA, M.A.; MARQUES, D.B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. Rev Entretextos. 2016:16(1)115- 144.

PERFIL DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 22/11/2019

Jane Keyla Souza dos Santos

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Lilian Christianne Rodrigues Barbosa

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Luana Jeniffer Souza Farias da Costa

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió - AL.

Lucilo José Ribeiro Neto

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e Universidade Federal de Alagoas, Maceió - AL

Paula Alencar Gonçalves

Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió – AL

Thaysa Alves Tavares

Hospital do Coração de Alagoas, Maceió – AL

Mércia Lisieux Vaz da Costa

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e Maternidade Escola Santa Mônica, Maceió – AL

RESUMO: A violência sexual produz um grande impacto na saúde física e psíquica das vítimas e familiares. Estima-se que anualmente a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas no mundo. **OBJETIVO:** Descrever o perfil das vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **METODOLOGIA:**

Estudo epidemiológico, quantitativo, realizado em Maceió - Alagoas. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica, durante o período de janeiro a dezembro de 2016. A população foi composta de 177 vítimas de violência sexual do sexo feminino. **RESULTADOS:** Predomínio de casos na faixa etária entre 10 e 14 anos, raça parda, baixo nível escolar e vítimas solteiras. Em relação ao agressor notou-se que 45,20% foram realizados por pessoas desconhecidas. **CONCLUSÃO:** Observou-se que a população mais atingida foi as crianças e adolescentes, evidenciando a necessidade de atenção e normas específicas para seguimento deste tipo de agravo e grupo etário. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A falta de conhecimento e magnitude da violência sexual é um entrave na atuação profissional e enfrentamento do problema. A enfermagem em seu exercício de cuidado social e gerencial.

PALAVRAS-CHAVE: Violência sexual. Assistência de Enfermagem.

PROFILE OF SEXUAL VIOLENCE VICTIMS
AND IMPLICATIONS FOR NURSING

ABSTRACT: Sexual violence has a major impact on the physical and mental health of victims and their families. It is estimated that sexual violence annually reaches 12 million people worldwide. **OBJECTIVE:** To describe the profile of victims of sexual violence treated at a referral service. **METHODOLOGY:** Epidemiological, quantitative study, conducted in Maceió - Alagoas. Data were obtained from the Information System of Notification of Diseases of the Hospital Santa Monica Maternity Epidemiology Center, from January to December 2016. The population consisted of 177 victims of sexual violence. **RESULTS:** Predominance of cases in the age group between 10 and 14 years, brown race, low school level and single victims. Regarding the aggressor, it was noted that 45.20% were performed by unknown people. **CONCLUSION:** It was observed that the most affected population was children and adolescents, evidencing the need for attention and specific norms to follow up this type of injury and age group. **CONTRIBUTIONS TO NURSING:** Lack of knowledge and magnitude of sexual violence is a barrier to professional performance and coping with the problem. Nursing in its exercise of social and managerial care.

KEYWORDS: Sexual violence. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A violência é um processo multicausal caracterizado pelo uso de força física ou poder contra um indivíduo, grupo ou comunidade, que resulte em sofrimento, morte, dano psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação (NUNES; LIMA, 2017).

Trata-se de um reflexo das relações sociais que se modificam ao longo da história, designando realidades diversas. Dessa forma, quando praticada contra a mulher, está atrelada aos conflitos de gênero, provenientes da relação entre homem e mulher, em que, historicamente, o feminino exerceu um papel de subordinação ao masculino. É reconhecida como uma categoria complexa e controversa, pois se expressa em variadas formas e contra sujeitos diferentes (FREITAS; FARINELLI, 2016).

Existem diversas classificações de violência contra mulher, são elas: física, psicológica/moral e sexual. Essa última, possui múltiplas formas de apresentação e é desde 2002 definida pela OMS como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual. Além disso, a Violência Sexual volta-se contra a sexualidade de uma pessoa, por meio da coação praticada por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Desde o ano de 2011 a violência foi inserida na lista de agravo de notificação compulsória no âmbito da saúde para todos os serviços de saúde públicos e privados, e no ano de 2014 os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, com dever de ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima (BRASIL, 2018).

Ao longo dos anos, sua incidência vem se elevando, tornando-a um problema social e de saúde pública que afeta a saúde individual e coletiva, onera o sistema de saúde devido às despesas com cuidados hospitalares, a redução dos anos de vida produtiva, a possibilidade de deixar sequelas às vítimas e o aumento da mortalidade (SINIMBU et al, 2014).

Para a vítima, os danos podem durar a vida inteira e estão relacionados ao bem-estar físico, a questões sexuais, reprodutivas, emocionais, mentais e sociais das mulheres agredidas. Entre as consequências desta agressão, incluem-se gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV/Aids (DELZIOVO et al, 2018).

Dentre os efeitos psíquicos, tais mulheres estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatizações, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas (NUNES; LIMA, 2017).

Em vista disso, devido aos impactos que a violência sexual causa à vida de suas vítimas, o ministério da saúde possui uma norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, publicada pela primeira vez em 1998 e atualizada nos últimos anos (BRASIL, 2012).

Tal documento, padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas de VS por meio da Norma Técnica. O atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência, tem por objetivo acolhimento e administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as DSTs, doenças virais e bacterianas. A Norma Técnica também prevê atendimento às mulheres que solicitam interrupção legal da gestação nos casos de gravidez decorrente de estupro, situação prevista no Código Penal Brasileiro desde 1940.

A OMS (2012) recomenda, como forma de prevenir a violência sexual no âmbito da saúde pública, algumas estratégias, dentre elas a definição do problema violência por meio de estatísticas que descrevam com precisão a natureza e a escala da violência, as características dos mais afetados, a distribuição geográfica dos episódios e as consequências da exposição a tais violências, causas, correlatos, fatores de riscos.

Nesse contexto, torna-se relevante a realização de estudos que busquem descrever as características das vítimas, tais como, idade, escolaridade, cor,

responsável pela a agressão, a fim de se conhecer em sua realidade quais são os grupos de maior risco, para ter subsídios que sedimentem a construção de estratégias para prevenção e enfrentamento desse agravo.

Assim, o objetivo desse estudo é descrever o perfil das vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, exploratório, de caráter retrospectivo. Teve como local de pesquisa uma maternidade de alto risco do Estado de Alagoas que é referência no atendimento inicial a vítimas de violência sexual, bem como no acompanhamento do seu seguimento.

A população foi composta por todas as mulheres, adolescentes e crianças que buscaram atendimento na referida instituição no período de janeiro a dezembro de 2016. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da maternidade.

As variáveis do estudo foram: idade, escolaridade, raça, situação conjugal, presença de deficiência ou transtorno mental, tipo de violência sofrida além da sexual, tipo de vínculo com o agressor e se há suspeita de que o mesmo havia consumido álcool.

Os dados foram dispostos em tabelas no programa Excel, analisados com foco na estatística descritiva e posteriormente discutidos tendo como base a literatura publicada disponível.

3 | RESULTADOS

A população foi composta de 177 mulheres vítimas de violência sexual. A maioria delas encontrava-se na faixa etária dos 10 aos 14 anos (34%), seguido das de 20 a 29 anos (24%). Destaca-se o fato de que grande parte das mulheres acometidas pelo o agravo, possuíam menos de 19 anos (66%), fazendo parte desse público crianças de 1 a 9 anos (11%) e pré-adolescentes de 10 a 14 anos (34%).

No que se refere a presença de algum tipo de deficiência, identificou-se a resposta sim em 8% das notificações e em 9% dos casos esse dado foi ignorado ou não preenchido.

Segundo a raça autodeclarada, encontrou-se um número maior de mulheres pardas (80%) e um número menor de pretas (6%). No que se refere a escolaridade, apenas 15% possuía ensino médio completo, a maior parte só cursou da 5ª a 8ª série (37%).

Com relação a situação conjugal a maior parcela era solteira perfazendo um percentual de (68,9%) da população, conforme descrito na tabela 1.

Características sociodemográficas	Total (177)	
	n	%
Faixa etária		
Menor de 1 ano	2	1,1
1 a 4 anos	3	1,7
5 a 9 anos	14	7,9
10 a 14 anos	61	34,5
15 a 19 anos	38	21,4
20 A 29 anos	43	24,3
30 a 39 anos	9	5,1
40 a 49 anos	3	1,7
50 a 59 anos	3	1,7
70 a 79 anos	1	0,6
Raça		
Branca	22	12,4
Preta	11	6,2
Parda	141	79,7
Indígena	1	0,6
Ignorado	2	1,1
Escolaridade		
Analfabeto	5	2,8
1ª a 4ª série incompleta	14	7,9
4ª série completa	7	4,0
5ª a 8ª incompleta	65	36,7
Ensino fundamental completo	10	5,6
Ensino médio incompleto	15	8,5
Ensino médio completo	27	15,3
Educação superior incompleta	6	3,4
Educação superior completa	2	1,1
Ignorado	14	7,9
Não se aplica	12	6,8
Situação conjugal		
Solteiro	122	68,9
Casado/União Consensual	25	14,1
Viúvo	1	0,6
Separado	7	4,0
Não se aplica	22	12,4

Tabela 1 – Distribuição de mulheres vítimas de violência sexual segundo as características sociodemográficas. Maceió, Alagoas, 2016.

Fonte: SINAN do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/MESM Maceió, 2016

Na tabela 2, no que concerne ao agressor, 45,2% delas afirmaram que a violência foi realizada por alguém conhecido. Em 24,9% dos casos houve suspeita

de que o agressor fez uso de álcool e em outros 23,7% esta informação foi ignorada.

Agressor	Total (177)	
	n	%
Desconhecido		
Ignorado/branco	4	2,3
Sim	80	45,2
Não	93	52,5
Total	177	100
Suspeita do uso de álcool		
Ignorado/branco	42	23,7
Sim	44	24,9
Não	91	51,4
Total	177	100

Tabela 2 – Distribuição de mulheres vítimas de violência sexual segundo as características do agressor. Maceió, Alagoas, 2016.

Fonte: SINAN do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/MESM Maceió, 2016

Em relação a outros tipos de violência associadas percebeu-se que a violência sexual esteve associada a outros tipos de violência, constatou-se que uma quantidade significativa das vítimas (46%) sofreu também violência psicológica e 36% violência física como pode ser observado na tabela 3.

Violências associadas	Total (177)	
	n	%
Psicológica		
Ignorado/branco	4	2
Sim	81	46
Não	92	52
Total	177	100
Física		
Ignorado/branco	5	3
Sim	63	36
Não	109	62
Total	177	100
Tortura		
Ignorado/branco	7	4
Sim	19	11
Não	151	85
Total	177	100
Negligência/abandono		
Ignorado/branco	5	2,8
Sim	4	2,3
Não	168	94,9
Total	177	100

4 | DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A maior incidência de casos de abuso sexual na faixa etária de 10 a 14 anos é um achado comum em outros estudos (NUNES et al., 2017; POSSUELO et al., 2016), sugerindo como a causa o fato dessa população englobar meninas em fase reprodutiva, sendo ainda classificadas como uma faixa etária totalmente vulnerável (POSSUELO et al., 2016).

Outra grupo que traz as questões referentes a vulnerabilidade são os deficientes ou pessoas com transtornos mentais, constata-se que não há na literatura científica muitos estudos que focalizem essa população, na presente pesquisa esse grupo não teve um resultado tão expressivo (8%), porém em muitas fichas essa informação foi ignorada o que pode demonstrar a pouca valorização por parte dos profissionais que realizam a notificação.

Em relação à raça, os resultados desse estudo corroboraram com o de outras pesquisas em que a maioria das mulheres possuíam raça parda (SINIMBU et al, 2014; NUNES et al, 2017). Diferindo do estudo de Batista et al (2018) no qual a maior parte foram brancas. Esse dado é importante pois permite quantificar as desigualdades sociais e sua associação com ocorrência da violência.

A referida associação também pode ser visualizada ao avaliar a escolaridade das vítimas, uma vez que esse estudo constatou que apenas 15 % delas possuíam ensino médio completo e que grande parte tinham menos de 8 anos de estudo completos, evidenciando que na maioria das vezes a ocorrência de atos violentos deve-se a baixa inserção socioeconômica e a baixa escolaridade, portanto, fatores socioeconômicos, culturais, dentre outros explicariam estas diferenças (SINIMBU, 2014).

Quanto a situação conjugal autodeclarada pela mulher, no presente estudo, a maior parcela relatou estar solteira, sendo assim, este dado releva um potencial agravante à sexualidade futura dessas mulheres. Essa realidade também foi encontrada em outros estudos (FACURI et al, 2013; DELZIOVO et al, 2017; PASSOS; GOMES; GONÇALVES, 2018).

Em relação ao agressor, estudos demonstram que na maioria das vezes, o praticante da violência é alguém de confiança ou próximo da vítima, o que facilita a sua abordagem em função do vínculo pré-existente utilizado para submeter a vítima ao episódio de violência. Nesse sentido, casos de violência contra a mulher, por muitas vezes serem realizadas pelos próprios companheiros, em geral são

banalizados, em função de aspectos culturais, devido à herança de uma sociedade machista e patriarcal. Este estudo demonstrou que em 52,5% dos casos o agressor não era um desconhecido (SINIMBU, 2014; BATISTA et al, 2018).

Sobre o fato de o agressor ter consumido ou não álcool, os resultados da referente pesquisa demonstram que não há tanta valorização dessa variável, todavia que em 23,7% esse dado foi ignorado, tal questão consolida-se ao se verificar que na literatura existente acerca da temática o consumo de álcool não é tão presente, o estudo de Sinimbu (2014), apenas trouxe que a suspeita do uso dessa substância ocorreu em 32,6% dos casos mas não o relaciona a outras variáveis.

Em relação a outros tipos de violência sofridas pelas vítimas, a maioria dos estudos corroboram que há ocorrência de vários tipos de violência de forma simultânea com a sexual e que os números relacionados a violência psicológica vêm crescendo ao longo dos anos, realidade também encontrada nessa pesquisa. Também há uma maior tendência de o grupo populacional das adolescentes relatarem mais de um tipo de violência, pela vulnerabilidade dessa população (NUNES et al, 2017).

Em suma, o presente estudo evidenciou que a violência sexual tem acometido em sua maioria mulheres adolescentes, de cor parda, solteiras, com baixa escolaridade cuja a violência sofrida foi realizada por algum conhecido e que há uma grande associação à violência psicológica e física.

Acredita-se que ao se conhecer o perfil das vítimas desse agravo é possível traçar metas e estratégias para se trabalhar com grupos de risco e prevenir a ocorrência e até mesmo a recorrência de violência sexual. Além disso, a partir desses estudos, pode-se sensibilizar os profissionais para que a notifiquem e preencham a ficha de notificação por completo.

Sugere-se a realização de pesquisas mais aprofundadas sobre a temática que busquem aspectos objetivos e subjetivos desse agravo a fim de diminuir a incidência, bem como qualificar a assistência prestada a esse público e desse modo diminuir as consequências oriundas desse tipo de violência que interferem na qualidade de vida das vítimas a longo prazo.

5 | CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

A falta de conhecimento e magnitude da violência sexual é um entrave na atuação profissional e enfrentamento do problema. A enfermagem em seu exercício de cuidado social e gerencial.

REFERÊNCIAS

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** (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em 01 de set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em 01 de set 2019.

BATISTA, V. C. et al. Perfil das notificações sobre violência sexual. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1372-80, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Luana%20Souza/Downloads/234546-112875-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Luana%20Souza/Downloads/234546-112875-1-PB%20(2).pdf). Acesso em 01 de set 2019.

DELZIOVO, C. R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00002716, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00002716.pdf>. Acesso em 03 de set 2019.

DELZIOVO, C. R. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1687-1696, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000501687&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 01 de set 2019.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>. Acesso em 03 de set 2019.

FORNARI, I. F.; LABRONICI, L. M. O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52081>. Acesso em 01 de set 2019.

FREITAS, M. L.; FARINELLI, C. A. As consequências psicossociais da violência sexual. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, 1o Semestre de 2016, v. 14, n. 37, p. 270 – 295. Disponível em: <file:///C:/Users/Luana%20Souza/Downloads/25400-81635-1-PB.pdf>. Acesso em 02 de set 2019. Acesso em 02 de set 2019.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n.1, 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199>. Acesso em 02 de set 2019.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F. MORAIS, N. A. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37 n. 4, p. 956-969, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932017000400956&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 02 de set 2019

PASSOS, A. I. M.; GOMES, D. A. Y.; GONÇALVES, C. L. D. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas. **Rev. Bioét.** (Impr.), v. 26, n.1, p. 67-76, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0067.pdf>. Acesso em 03 de set 2019.

SILVA, C. B. et al. **Caracterização do perfil da violência sexual em crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul**. II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. v. 6, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8223/5177>. Acesso em 02 de set 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher.** Ação e produção de evidência. 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=1785171B176B0075DAC7FDD9F541EE1C?sequence=3. Acesso em 01 de set 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization. 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em 01 de set 2019.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abortamento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55
Aborto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 63, 197
Acadêmicos 46, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 177, 217
Adolescência 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 96, 98, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 197, 204
Adolescentes 8, 10, 16, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 85, 86, 87, 88, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 145, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 197, 275, 277, 278, 282, 283
Aleitamento materno 45, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 113, 114, 123, 134, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 173, 174, 219
Alimentação saudável 14, 15, 16, 20, 21, 22
Alimentos regionais 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
Anticoncepção 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 188, 277
Antirretroviral 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116
Atenção básica 16, 21, 55, 61, 84, 108, 154, 192, 194, 195, 196, 204, 224, 229, 230, 232, 235, 236, 237
Atenção primária 29, 57, 61, 73, 80, 99, 101, 192, 234, 235, 236, 237, 238, 259
Atenção primária a saúde 99, 101, 192, 236
Atuação de enfermagem 23, 230
Autoeficácia 85
Avós 158, 160, 161, 162, 163, 164, 184

B

Boas práticas 137, 139, 140, 141, 145, 146, 152, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 215, 216, 217

C

Câncer de mama 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238
Composição 28, 80, 121, 125, 150
Cuidados de enfermagem 30, 33, 166, 207, 239, 249, 251, 256, 257, 258

D

Desmame 43, 73, 74, 77, 78, 82, 84, 85, 88, 93, 95, 97, 98
Dificuldades 3, 31, 32, 43, 71, 93, 94, 99, 105, 106, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 119, 137, 139, 140, 141, 142, 145, 177, 198, 227, 270, 271
Direitos sexuais e reprodutivos 1, 3, 51

E

Educação em saúde 16, 20, 21, 22, 30, 61, 62, 63, 64, 71, 97, 155, 174, 194, 220, 222, 231, 236, 237, 250, 256, 257, 259

Enfermagem obstétrica 34, 109, 285

Enfermeira 41, 43, 45, 61, 109, 110, 144, 211, 214, 249, 255, 261, 285

Enfermeiro 12, 14, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 49, 60, 97, 99, 101, 103, 105, 106, 112, 139, 141, 142, 143, 146, 192, 194, 201, 202, 203, 204, 222, 223, 229, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 241, 245, 246, 247, 249, 255

G

Gênero e saúde 1

Gestação 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 34, 38, 39, 40, 41, 45, 50, 52, 63, 91, 111, 112, 116, 118, 167, 174, 176, 179, 184, 185, 187, 188, 195, 197, 198, 203, 204, 209, 210, 215, 219, 240, 277

Gestantes 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 35, 36, 45, 88, 97, 98, 105, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 215, 216, 218, 220, 221, 223, 225, 227, 237, 239, 240, 241, 248

Gravidez na adolescência 65, 66, 68, 72, 197, 204

H

HIV 59, 88, 103, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 263, 277

L

Leite humano 74, 78, 79, 122, 123, 129, 130, 134, 150

Leite materno 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 86, 121, 122, 124, 125, 149, 150, 174, 210

LGBT 57, 58, 59, 60, 61, 265, 266, 268, 269, 270, 272, 273, 274

M

Mães 73, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 121, 128, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 164, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 201, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 227

Maternagem ampliada 158, 160, 161, 162, 164

Método canguru 164, 166, 167, 168, 171, 172, 174, 176, 177, 178

P

Parto humanizado 34, 45, 137, 140, 141, 144, 146, 205, 207

Paternidade 1, 6, 40, 51, 67, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190

Período pós-parto 205

Pezinho 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 227, 228

Políticas públicas de saúde 25, 57, 60, 194, 264, 272, 274

Prevenção 21, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 43, 51, 54, 60, 66, 68, 70, 72, 76, 78, 100, 106, 112, 114, 116, 118, 120, 172, 178, 187, 188, 190, 194, 219, 228, 229, 230, 232, 234, 236, 237, 238, 239, 263, 264, 265, 268, 273, 277, 278, 283, 284

Promoção da saúde 60, 61, 63, 72, 74, 222, 236, 283, 285

R

Recém-nascido 18, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 77, 78, 84, 97, 113, 114, 115, 121, 136, 139, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 156, 158, 159, 164, 166, 167, 168, 174, 176, 177, 178, 198, 215, 219, 222, 223, 227, 228, 243, 245

Recém-nascido prematuro 122

Recém-nascido pré-termo 121

Relações pai-filho 34

S

Salas de parto 143, 149

Satisfação 34, 38, 39, 41, 42, 44, 192, 193, 194, 195, 199, 200, 201, 202, 203, 204

Saúde da mulher 1, 7, 9, 15, 23, 25, 26, 31, 32, 47, 55, 84, 109, 168, 194, 205, 216, 234, 249, 250, 263, 285

Saúde do adolescente 72, 179, 182, 191

Saúde escolar 62

Sexualidade 55, 57, 58, 63, 64, 69, 70, 71, 72, 194, 268, 276, 281

T

Transmissão vertical 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

Traumatismos da medula espinal 239

U

Unidade de terapia intensiva neonatal 158, 159, 164, 165, 176

V

Violência contra a mulher 99, 100, 101, 107, 249, 250, 251, 254, 255, 260, 261, 281

