

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

2



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

2



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

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

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

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Secconal Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Antonio Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Luana Vieira Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G367 Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem 2 /
Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-768-0

DOI 10.22533/at.ed.680212701

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Toledo, Luana Vieira
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem” apresenta em quatro volumes a produção científica sobre o gerenciamento e organização dos serviços de saúde nos diferentes contextos assistenciais. Nos serviços de saúde, as atividades gerenciais são consideradas fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, sendo compreendida como uma atividade multiprofissional diretamente relacionada à qualidade da assistência oferecida.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos das variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar com os leitores as evidências produzidas por eles.

O volume 1 da obra aborda os aspectos da organização dos serviços de saúde e enfermagem sob a ótica daqueles que realizam o cuidado. Destacam-se os riscos ocupacionais, as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho e o conseqüente adoecimento dos profissionais.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco no gerenciamento das ações de planejamento familiar, incluindo a saúde do homem, da mulher, da criança e do adolescente.

O Volume 3 contempla a importância das ações de gerenciamento em diferentes contextos assistenciais, iniciando-se pela academia. Essa obra é composta pelas publicações que incluem as instituições escolares, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência e serviços de atendimento especializado.

O volume 4, por sua vez, apresenta as produções científicas de origem multiprofissional relacionadas às condições de adoecimento que requerem assistência hospitalar. Destacam-se estudos com pacientes críticos e em cuidados paliativos.

A grande abrangência dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos ao máximo e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ALTERAÇÕES DA IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Ana Maria Aguiar Frias

Maria Inês Martins e Melo Ferreira

Luís Manuel Mota de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.6802127011

CAPÍTULO 2..... 12

SABERES E PRÁTICAS POPULARES UTILIZADOS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: VIVÊNCIA DE MULHERES NA AMAZÔNIA

Luiz Heitor Barros Menezes Cabral

Maria Tita Portal Sacramento

Juliana Pereira Pinto Cordeiro

Rhuanna Nayene de Sousa Naiff

DOI 10.22533/at.ed.6802127012

CAPÍTULO 3..... 30

PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE CIRURGIAS DE LAQUEADURA E VASECTOMIA DESNECESSÁRIAS

Kathia Priscila Silva Torres

Racinthia Mylenna Nascimento Silva Andrade

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

DOI 10.22533/at.ed.6802127013

CAPÍTULO 4..... 41

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA O PARTO NORMAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Alisson Sidicley de Souza Nascimento

Warner Sorel Ferreira Santos

Felipe Rener Aleixo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.6802127014

CAPÍTULO 5..... 49

PRÉ-NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Amilton Douglas Ferreira de Araujo

Araciana Moreno Fontes de Azevedo

Zulmira Alice Soares Guimarães

Bruna Celia Lima de Oliveira

Alexandre Sousa da Silva

Adriana Lemos

Maria Núbia Gama Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.6802127015

CAPÍTULO 6..... 66

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO

DE ENDOMETRIOSE

Marislei Sanches Panobianco
Ana Carolina Sipoli Canete
Paola Alexandria Pinto de Magalhães
Larissa Clara Nunes

DOI 10.22533/at.ed.6802127016

CAPÍTULO 7..... 79

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO INTERIOR DA BAHIA

Michelle Araújo Moreira
Ana Júlia Macedo Gualberto
Polliana Santos Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.6802127017

CAPÍTULO 8..... 91

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Suely Teles Albano
Francisca Janiele Martins da Costa
Assunção Gomes Adeodato
Érica Priscila Costa Ramos
Nicolau da Costa
Sara Regina Tamiarana da Silva
Jéssica Luzia Delfino Pereira
Francisco Walter de Oliveira Silva
Diego Jorge Maia Lima

DOI 10.22533/at.ed.6802127018

CAPÍTULO 9..... 105

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB ANÁLISE DE SUA REALIDADE NO BRASIL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Gercia Maria Araújo de Oliveira
Maria Fátima Maciel Araújo
Nicely Alexandra da Silva
Sandra Martins de Souza Guimarães
Nicolau da Costa
Renata Soares Aguiar
Vera Lúcia Oliveira Veras Bezerra Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.6802127019

CAPÍTULO 10..... 126

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Daniela Sayuri Misawa
Michele Malta
Maria Lucia Bom Angelo
Eliana Claudino de Lima

Cristiane Barreto Almada

DOI 10.22533/at.ed.68021270110

CAPÍTULO 11..... 136

EXPOSIÇÃO CORPORAL DAS PACIENTES EM TRABALHO DE PARTO EM UM SETOR DE PRÉ-PARTO

Liniker Scolfild Rodrigues da Silva
Eliana Lessa Cordeiro
Gládyston Gydione Bezerra da Silva
Simone Schmitt Pereira
Zilma Gomes Luz
Edivaldo Bezerra Mendes Filho
Cristina Albuquerque Douberin
Clarissa Silva Pimenta
Jasna Mariane Soares Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.68021270111

CAPÍTULO 12..... 148

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FALCIFORME: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Juliana Rodrigues Dantas
Maria Santos Galdino Barros
Kamila Adeilda dos Santos
Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

DOI 10.22533/at.ed.68021270112

CAPÍTULO 13..... 155

A IMPORTÂNCIA DO TESTE RÁPIDO REALIZADO PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Vanda Veridiana Cezar Parode

DOI 10.22533/at.ed.68021270113

CAPÍTULO 14..... 163

SUPRESSÃO DA LACTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV PÓS PARTO: VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS DE MÃES

Kivia Kessia Moura de Abreu
Monyka Brito Lima dos Santos
Ari Pereira de Araújo Neto
Carlos Eduardo Pereira Conceição
Liane Batista da Cruz Soares
Maria Gizelda Gomes Lages
Simone Nunes Leal Chagas
Francilidia Oliveira Vitorino de Assunção Conceição
Feliciano Santos Pinheiro
Ana Maria Almeida Silva Carvalho
Wilma Karlla dos Santos Farias
Christyann Lima Campos Batista

DOI 10.22533/at.ed.68021270114

CAPÍTULO 15..... 175

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA FRENTE AO CORONAVÍRUS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Tháís Emanuele da Conceição

Danielle Bonotto Cabral Reis

DOI 10.22533/at.ed.68021270115

CAPÍTULO 16..... 182

CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Arthur Galvão Rodrigues Costa

Suelen Laíse Pereira Lima

Karen Rayane Brito Torres

Thiago Borba Guimarães

Maria Amália dos Santos Alencar Amariz

Eldyr Sandro Gomes de Arruda Filho

Pedro Lucas de Sousa Tavares Viana

DOI 10.22533/at.ed.68021270116

CAPÍTULO 17..... 202

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: DIFICULDADES E
POSSIBILIDADES**

Jessica Maria da Silva

Cíntia Venâncio Freitas Lira

DOI 10.22533/at.ed.68021270117

CAPÍTULO 18..... 209

**CRIANÇA, SAÚDE E O BRINCAR: PROMOÇÃO DE ATIVIDADES RECREATIVAS EM
UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO NO VALE DO JEQUITINHONHA**

Tarcila Ataí de Sousa

Sabrina da Luz Rocha Gomes

Maria da Penha Rodrigues Firmes

Ana Cecília Lima Godin Silva

Juscimara de Oliveira Aguiar

Daniele Maria Santos

Lívia Rocha Libório

Samira Cezarino Silva

Amanda Elisa Rodrigues Corrêa

DOI 10.22533/at.ed.68021270118

CAPÍTULO 19..... 220

**ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS EM MENORES DE 1 ANO EM
PERNAMBUCO, 2015 - 2019**

Alison Nery dos Santos

Solange Maria Silva Santana

Ana Paula da Penha Alves

Luciléa Cipriano da Silva

Érica Menezes de Aquino

Ana Paula de Araújo
Maria de Lourdes Pereira
Geneva Maria da Silva dos Santos
Gedienne Maria de França Silva
Karyne Suênya Gonçalves Serra Leite

DOI 10.22533/at.ed.68021270119

CAPÍTULO 20.....230

SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Willidiane Tessari
Isabella Schroeder Abreu

DOI 10.22533/at.ed.68021270120

CAPÍTULO 21.....239

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O ADOLESCENTE: UM DESAFIO NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO

Clebiana Alves e Silva Diniz
Cleide Monteiro Zemolin
Caren Franciele Coelho Dias
Andressa Teixeira Machado
Taís Foletto Bevilaqua
Tainan de Andrade Rocha
Anna Gariella Borges Galvão
Bruna Vogel Portella Carvalho
Ezequiel da Silva

DOI 10.22533/at.ed.68021270121

SOBRE A ORGANIZADORA.....253

ÍNDICE REMISSIVO.....254

CAPÍTULO 1

ALTERAÇÕES DA IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 15/12/2020

Ana Maria Aguiar Frias

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC) e Universidade de Évora
Évora, Portugal
<http://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

Maria Inês Martins e Melo Ferreira

Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-0100-3820>

Luís Manuel Mota de Sousa

Comprehensive Health Research Centre
(CHRC) e Universidade de Évora
Évora, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

RESUMO: O período gravídico é um momento de grandes modificações físicas, emocionais e sexuais. As alterações hormonais, o aumento do volume e as alterações a nível corporal, repercutem-se na autoestima e na relação sexual vividas pelo casal. Foi desenvolvido estudo quantitativo, descritivo e transversal com o objetivo de avaliar a forma como a mulher percebe a imagem corporal e a satisfação sexual no ciclo gravídico. Foi constituída uma amostra de 100 grávidas e puérperas que receberam atendimento pré e pós-natal nos Hospitais do sul de Portugal e que preencheram o questionário com a Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS-S) e Escala Atenção às Formas

do Corpo (ABS). No estudo verificou-se que na escala ABS o valor médio é $24,54 \pm 5,05$, o que indica que as mulheres dão atenção às formas do corpo e o valor médio da escala NSSS-S é de $55,23 \pm 7,19$ o que indica que as mulheres estão satisfeitas sexualmente. Verificou-se, ainda que existe uma correlação moderada significativa entre a atenção com as formas do corpo e a satisfação sexual ($r=0,239$; $p=0,019$), isto é, quando aumenta a atenção com as formas do corpo aumenta a perceção de satisfação sexual.

PALAVRAS-CHAVE: Imagem Corporal; Sexualidade; Gravidez; Bem-estar; Satisfação.

CHANGES IN BODY IMAGE AND SEXUALITY IN PREGNANCY

ABSTRACT: The pregnancy period is a time of great physical, emotional and sexual changes. The hormonal changes, the increase in volume and the changes in the body level, have repercussions on the couple's self-esteem and sexual intercourse. A quantitative, descriptive and cross-sectional study was developed with the objective of evaluating how women perceive body image and sexual satisfaction in the pregnancy cycle. A sample of 100 pregnant women and postpartum women who received prenatal and postnatal care at hospitals in the south of Portugal and completed the questionnaire with the New Sexual Satisfaction Scale (NSSS-S) and the Body Shapes Scale (ABS). In the study it was found that in the ABS scale the average value is 24.54 ± 5.05 , which indicates that women pay attention to body shapes and the average value of the NSSS-S scale is 55.23 ± 7.19 which indicates that women are sexually satisfied. It was found,

although there is a significant moderate correlation between attention to body shapes and sexual satisfaction ($r = 0.239$; $p = 0.019$), that is, when attention with body shapes increases, the perception of sexual satisfaction increases.

KEYWORDS: Body Image; Sexuality; Pregnancy; Wellness; Satisfaction.

1 | INTRODUÇÃO

A mulher grávida experiencia sentimentos de alegria, tristeza, satisfação e insatisfação, sendo uma das causas o facto de deixar de ter o papel de filha para ter o papel de mãe, tendo de adequar o seu estilo de vida às necessidades do novo ser que irá nascer (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017). Apesar de a gravidez ser entendida como uma fase muito especial, também pode acarretar diversas mudanças físicas e psicológicas provocando sentimentos como o medo e angústia que podem afetar a satisfação sexual e a relação conjugal (NETO *et al.*, 2016; QUEIRÓS *et al.*, 2011). Nesta nova fase torna-se fundamental que os casais consigam adaptar-se a variadas transformações, nomeadamente ao aumento do perímetro abdominal, crescimento das mamas, aumento do peso corporal, surgimento de náuseas e vômitos, entre outros, podendo desenvolver também perturbações emocionais (MEDEIROS *et al.*, 2013).

O conceito de sensualidade criado pelos *média* integra um mecanismo social, político e económico controlador no comportamento social e sexual da mulher. A hipervalorização do corpo perfeito pode criar várias inseguranças neste momento sensível, sendo estas preocupações com o corpo, relativamente ao peso, perda de cintura, aparecimento de estrias e celulite fulcrais (ROCHA *et al.*, 2014). Por outro lado, se durante a gestação o corpo e o espírito estiverem em sintonia, a mulher pode encarar a situação como um sacrifício da autonomia e do controlo do seu corpo em nome da vida do filho que está para nascer; a mulher vivencia esta fase de forma a deixar de fora o seu ego e pensa que tem um “corpo-acessório”, ao contrário das mulheres que pensam que este sacrifício não é uma escolha, mas sim uma invasão que as leva a uma dissociação da imagem (PETRIBÚ; MATEOS, 2017).

São diversos os fatores que podem alterar a sexualidade, sendo descritas alterações da perceção da imagem do corpo, diminuição de energia, sintomas e desconfortos fisiológicos, alterações de humor, necessidade de adaptação física, emocional, existencial e sexual (MEDEIROS *et al.*, 2011). Estas modificações a nível corporal durante o período gestacional provocam segundo Coelho (2016), além da perda de autoestima, sentimentos de incapacidade de sedução e adaptação nesta nova fase do ciclo de vida da mulher, acrescentando dificuldades na sexualidade do casal e na satisfação sexual.

Nos últimos anos, tem existido um aumento no interesse pelo estudo da sexualidade feminina e em consequência na relação entre satisfação sexual e qualidade de vida, não existindo dúvidas que dificuldades ou disfunções sexuais interferem na qualidade de vida

da mulher (VETTORAZZI *et al.*, 2012), diminuem a autoestima e também podem prejudicar relações interpessoais, fazendo com que haja um maior desgaste a nível emocional (COSTA; PINTO, 2012).

O que mais interessa às mulheres neste período não são os aspetos genitais e o coito, mas sim a intimidade, proximidade, carícias, ternura, sendo este um fator determinante para melhorarem a sua autoestima e a relação com o parceiro (QUEIRÓS *et al.*, 2011). Na globalidade, o afeto, o carinho e o respeito entre ambos são fatores que têm bastante peso na relação sexual e que caíram em desuso nos tempos atuais. Salienta-se ainda que a mulher grávida fica mais sensível e tem mais necessidade de obter afeto, apoio e compreensão (PRADO *et al.*, 2013).

Atualmente, em muitas sociedades a informação acerca da temática sexualidade está cada vez mais presente, pelo que as mulheres estão mais informadas e são motivadas a praticarem e a terem prazer sexual, apesar das alterações que advêm da gestação (ARAÚJO *et al.*, 2011). Acerca deste assunto, Rocha *et al.*, (2014). indicam que ter uma vida sexual ativa durante o ciclo gravídico ajuda no bem-estar da grávida e não acarreta riscos para a mãe e para o bebé.

Sola *et al.* (2018) referem que existem mudanças a nível sexual em cada trimestre, corroborando o estudo de Queirós *et al.*, (2011), ao salientarem também que no 1.º trimestre as alterações físicas e emocionais levam a uma redução na frequência da prática sexual e do desejo sexual; no 2.º trimestre, o desejo sexual tende a regressar, devido a uma melhoria no bem-estar a nível físico da grávida, menos medo de perder o feto, melhor lubrificação vaginal, além de terem mais facilidade durante o ato e no 3.º trimestre revelam que devido às limitações físicas, tais como tamanho e forma do corpo e pressão sobre o útero há uma queda na atividade sexual e na satisfação sexual.

No estudo de Neto *et al.*, (2015) a autoestima aumentada durante a gravidez surge como um ponto a favor da sexualidade. Pereira *et al.*, (2018) defende que a aceitação corporal é uma das causas associadas a uma diminuição da atividade sexual e a investigação de Rocha *et al.*, (2014) corrobora esta ideia, defendendo que a imagem corporal pode afetar a sexualidade na gravidez. Este último acrescenta ainda que a estética parece influenciar na performance sexual, podendo a grávida não se sentir tão atraente ou feminina, considerando que a imagem corporal e a sexualidade estão diretamente relacionadas, sendo de extrema importância as competências que o enfermeiro especialista tem para encaminhar a mulher neste sentido, de forma a viver com bem-estar esta fase do ciclo de vida.

A função sexual feminina é significativa e não deve ser subestimada, pelo que o profissional de saúde deve ser capaz de investigar estas situações e minimizar a ansiedade das mulheres face às alterações que este período acarreta, estimulando os companheiros nas consultas, desmistificando dúvidas e tabus (PRADO *et al.*, 2013). Barbosa *et al.*, (2011) corroboram a ideia do autor anterior, dizendo que dados os mitos relativamente à sexualidade neste momento de mudanças, o profissional de saúde deve estar preparado

para dar resposta à mulher acerca desta temática a fim de orientá-la. Neste caso, destaca-se o enfermeiro obstetra, que possui todas as ferramentas para educar para uma sexualidade saudável durante o período gestacional, sendo um direito da mulher ter disponível um serviço de saúde de qualidade e um dever do Enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) de gerir estas questões de modo a minimizar o medo e a ansiedade, motivar e ajudar a mulher a sentir-se melhor consigo própria e com o seu corpo. Considera-se que para uma melhor prática do EESMO, é necessário saber quão importante para as mulheres são as alterações corporais decorrentes desta fase e qual a satisfação sexual durante a gravidez, para uma melhor promoção do bem-estar e saúde.

Este estudo tem como objetivo avaliar como é que a mulher percebe a imagem corporal e a satisfação sexual no ciclo gravídico.

2 | METODOLOGIA

2.1 Aspectos éticos

Este estudo faz parte do projeto “Imagem corporal e sexualidade na gravidez”, aprovado pelo Comitê de ética para a investigação científica na área da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora com o parecer nº 19003/2019. Para a colaboração deste estudo não foi necessária a identificação das grávidas e puérperas. As respostas dadas pelas mesmas ficam em anonimato, sendo transmitida a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem qualquer consequência ou dano, garantindo que estas informações não serão facultadas a terceiros.

2.2 Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com grávidas e puérperas que receberam atendimento pré e pós-natal nos hospitais do sul de Portugal de setembro de 2018 até junho de 2019. Para tal, foram utilizadas duas estratégias: A primeira consistiu na entrega e preenchimento do questionário físico e consentimento informado às grávidas e puérperas; a segunda estratégia foi a construção de um blogue para maior acessibilidade, no qual constam os objetivos do estudo e a estrutura do questionário, informando que os dados seriam apenas utilizados na investigação, assim obtendo o consentimento informado e apresentando-se de seguida o questionário. Durante a investigação, foi sendo fornecido o link com o questionário às grávidas e puérperas que após preenchimento o submetiam.

2.3 População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foi constituída uma amostra aleatória de 100 grávidas e puérperas que receberam atendimento pré e pós-natal em diferentes hospitais no período previsto no estudo de setembro de 2018 até junho de 2019 e que se dispuseram a participar no estudo.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: 1) compreender a língua portuguesa falada

e escrita; 2) maioria; 3) gravidez de baixo risco.

2.4 Protocolo do Estudo

O instrumento de recolha de dados é composto por três secções. A primeira secção corresponde à caracterização sociodemográfica (idade, nacionalidade, escolaridade, profissão, estado civil, duração da conjugalidade e número de filhos). A segunda secção diz respeito à escala (NSSS-S). A Nova Escala de Satisfação Sexual – versão curta é um instrumento de 12 itens marcada de 1 a 5 na escala Likert em que 1 significa “nada satisfeito” e 5 “extremamente satisfeito” proposta por Pechorro *et al.*, (2016). Nesta amostra o Alfa de Cronbach = 0,92. Na terceira secção consta a Escala (ABS) – A Atenção às Formas do Corpo, proposta por Dean W. Beebe (2010), em primeira tradução para português, composta por 7 itens marcada de 1 a 5 na escala de Likert em que 1 significa “Decididamente discordo” e 5 “Decididamente concordo” em que o item 3 é formulado de forma invertida e por isso foi revertido. Neste estudo o Alfa de Cronbach = 0,78. O tempo de preenchimento do questionário foi estimado em 5 a 10 minutos. Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizado o Software IBM® SPSS®, versão 24.

2.5 Análise dos resultados e estatística

A estatística consta como uma ciência que tem como objetivo oferecer métodos e técnicas para tratar dados, em ocasiões rendidas por incertezas. Depois de recolher os dados, segue-se a análise descritiva, um método que tem como função organizar, resumir e descrever os aspetos significativos de aspetos identificados ou observados (REIS; REIS, 2002). Após a realização da análise descritiva, recorreu-se a métodos indutivos (técnica de realização de ensaio de hipóteses), onde foram verificados os pressupostos inerentes aos respetivos testes estatísticos (independência, normalidade e homogeneidade de variâncias). Foram realizadas as análises da variância simples paramétrica (*Oneway ANOVA*) – comparação de *K* grupos e, *teste t* – comparação entre dois grupos. A associação entre variáveis quantitativas foi medida, neste caso, através do Coeficiente *r* de Pearson que varia entre [-1;1]. Considerou-se como significativo $p < 0,05$.

3 | RESULTADOS

A nível dos dados sociodemográficos, a amostra obtida deste estudo é composta por grávidas e puérperas, sendo que as grávidas deveriam referir o trimestre em que se encontravam e as puérperas basear-se-iam na sua vivência durante o 3.º trimestre. A análise permitiu constatar que em relação à idade, a maioria das mulheres (70%) situa-se entre os 20 e os 34 anos de idade, 23% tem mais de 35 anos e apenas 7% tem menos de 19 anos. No que concerne à nacionalidade os dados demonstram que a amostra era composta maioritariamente de mulheres Portuguesas (90%), existindo 7% de mulheres de nacionalidade Brasileira, 2% de nacionalidade Moldava e 1% de nacionalidade Luso-

Australiana. Relativamente ao trimestre em que cada mulher se encontrava, 1% respondeu que se encontrava no 1.º trimestre, 20% no 2.º trimestre e 79% no 3.º trimestre.

Os dados demonstraram que maioria das inquiridas são licenciadas (52%), 28% têm o 12.º ano, 8% foram à escola até ao 9.º ano, 7% concluíram o Mestrado/Doutoramento e 5% detêm outros ensinosa.

Relativamente ao estado civil, pode constatar-se que 68% das participantes se encontravam em união de facto/casadas, 28% eram solteiras, 3% viúvas e 1% separada/divorciada.

Pode-se analisar que a nível de gestações, mais de metade (52%) das mulheres tiveram apenas uma gestação, 32% das mulheres tiveram até duas gestações, 13% tiveram 3 gestações e 4% referiram 4 ou mais gestações:

No caso das participantes que alguma vez falaram com um profissional de saúde acerca da sexualidade durante a gravidez, foram apenas (18%). Apenas 1% falou com um EESMO e 17% falou com o médico.

Relativamente à análise das escalas obtivemos os seguintes dados:

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	r (p-value)
Dou muita importância às formas do meu corpo	3,78	0,82	1	5	0,648**
Compro produtos que me prometem obter um corpo melhor	2,99	1,34	1	5	0,696**
Não tenho consciência acerca das formas do meu corpo*	4,10	1,01	2	5	0,342**
Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo	3,23	1,17	1	5	0,806**
Uso roupas que destacam os melhores aspetos do meu corpo e escondo as piores	3,68	1,04	1	5	0,603**
Incomoda-me bastante quando não consigo manter o meu corpo em forma	3,33	1,12	1	5	0,773**
Sou muito atenta às formas do corpo	3,42	0,99	1	5	0,777**
Índice de atenção às formas do corpo	24,54	5,05	11	35	

*Item revertido, **p<0,0001

Tabela 1- Descritivas da Escala (ABS) – A atenção às formas do corpo

Na escala de atenção às formas do corpo os itens com maior pontuação média são “Não tenho consciência acerca das formas do meu corpo” (4,10±1,01 após a reversão dos itens, o que indica ter consciência acerca das formas do corpo) e “Dou muita importância às

formas do meu corpo” (3,78±0,82) e “Uso roupas que destacam os melhores aspetos do meu corpo e escondo as piores” (3,68±1,04). O item com menor pontuação “Compro produtos que me prometem obter um corpo melhor” (2,99±1,34). O item com menor correlação significativa com o índice de atenção às formas corporais é “Não tenho consciência acerca das formas do meu corpo” (r=0,342; p<0,0001). O item que apresenta maior correlação com o índice de atenção às formas corporais é “Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo” (r=0,806; p<0,0001). Os restantes itens apresentam também correlação forte e significativa.

O valor médio da escala é 24,54±5,05, o que indica que as mulheres dão atenção às formas do corpo.

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	r (p-value)
A qualidade dos meus orgasmos	4,29	0,72	1	5	0,580**
A capacidade de me “soltar” e me entregar ao prazer durante as relações	4,18	0,84	2	5	0,717**
A forma como eu reajo sexualmente ao(à) meu(minha) parceiro(a)	4,26	0,87	1	5	0,766**
O funcionamento sexual do meu corpo	4,12	0,82	1	5	0,735**
O meu humor depois da atividade sexual	4,45	0,78	1	5	0,799**
O prazer que eu proporciono ao meu(minha) parceiro(a) sexual	4,38	0,65	2	5	0,728**
O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo	4,07	0,80	1	5	0,760**
O à-vontade do(a) meu parceiro(a) durante o sexo	4,43	0,85	1	5	0,755**
O à-vontade do(a) meu parceiro(a) em ter orgasmos	4,56	0,64	2	5	0,738**
A criatividade sexual do meu(minha) parceiro(a)	4,08	0,92	1	5	0,791**
A diversidade das minhas atividades sexuais	3,79	0,91	1	5	0,766**
A frequência da minha atividade sexual	3,63	1,01	1	5	0,660**
Índice de Satisfação sexual	55,23	7,19	22	60	

** p<0,0001

Tabela 2 – Descritivas da escala (NSSS-S) A Nova Escala de Satisfação Sexual

Os itens que apresentam maior pontuação média são: “O meu humor depois da

atividade sexual” (4,45±0,78) e “O à-vontade do(a) meu parceiro(a) em ter orgasmos” (4,56±0,64). Os itens com menor pontuação média são: “A diversidade das minhas atividades sexuais” (3,79±0,91) e “A frequência da minha atividade sexual” (3,63±1,01). O item que apresenta maior correlação com a escala de satisfação sexual é “O meu humor depois da atividade sexual” ($r=0,799$; $p<0,0001$) e o que apresenta menor correlação é “A qualidade dos meus orgasmos” ($r=0,580$; $p<0,0001$). Contudo, todos os itens apresentam uma correlação forte e significativa com o índice de satisfação sexual. O valor médio da escala nesta amostra é de 55,23±7,19 o que indica que as mulheres estão satisfeitas sexualmente.

Existe uma correlação moderada significativa entre a atenção com as formas do corpo e a satisfação sexual ($r=0,239$; $p=0,019$), isto é, quando aumenta a atenção com as formas do corpo aumenta a percepção de satisfação sexual.

Foram aplicados os testes *t Student* e *ANOVA*, não se verificando diferenças estatisticamente significativas nos índices de atenção às formas do corpo e índice de satisfação sexual relativamente às variáveis, idade, trimestre, escolaridade, estado civil, número de gestações e número de partos.

4 | DISCUSSÃO

Após a análise de dados pode-se constatar que 70% das mulheres que responderam ao questionário encontram-se na faixa etária entre os 20 e os 35 anos. Estes dados estão de acordo com a média Nacional da idade da mãe ao nascimento de um filho em 2018, em que a idade é de 32,1 anos (PORDATA, 2019a).

No que concerne à escolaridade, verifica-se que 52% das mulheres são licenciadas, 7% são detentoras do grau de mestrado ou doutoramento, o que perfaz 59% de mulheres com ensino superior e 41% sem habilitações superiores. Segundo os dados Nacionais de 2011 que constam em PORDATA, (2019b) a detenção do nível académico superior das mulheres aumentou substancialmente desde 1960, o que explica o facto de mais de metade da amostra ter estas habilitações académicas.

Parente *et al.*, (2011) mencionam que a escolaridade influencia a empregabilidade, dado que os baixos níveis de escolaridade conduzem a situações de desemprego e emprego precário. No que toca à nacionalidade, 10,15% da população residente em Portugal é de nacionalidade Brasileira (PORDATA, 2019), o que esclarece o facto de existirem mulheres de nacionalidade brasileira nesta amostra. A amostra é formada maioritariamente por pessoas que vivem em união de facto (68%), o que segundo os dados do PORDATA, (2019c), revelam que em 2011, 8,1% da população vivia em união de facto.

Verificou-se que a amostra era composta maioritariamente por mulheres que estão na primeira gestação com viabilidade. Pode-se constatar que em Portugal as mulheres têm cada vez menos filhos. Estes dados vão ao encontro do que o site “Nascer em Portugal”,

(2019) descreve, no qual consta que em 2018, para existirem 10 bebês, tinha de haver 3 mães, enquanto que a proporção em 2000 era de 10 bebês para 6 mães, em 1980 10 bebês para 4 mães e em 1960 era de 10 bebês para 3 mães.

Estima-se que esta seja a primeira pesquisa portuguesa que relaciona a imagem corporal com a satisfação sexual durante o período gravídico. As mudanças corporais durante este período são uma constante e desta forma tentou-se perceber se o facto de a grávida se importar com o seu corpo, com as formas do mesmo, de intervir de modo a obter melhor forma, alcançando uma maior autoestima, influenciaria também na qualidade dos seus orgasmos, na frequência/diversidade/criatividade da sua vida sexual, e até mesmo no seu estado de humor (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008), após a relação, entre outros.

Segundo Rocha *et al.*, (2014), um fator que influencia na atividade sexual da mulher é a sua estética, ou seja, o facto de a grávida não se sentir atraente pode baixar a sua autoestima comprometendo a satisfação sexual. Nos resultados do presente estudo, e após a reversão do item 3 da escala SBA verificamos que a mulher tem consciência das formas do seu corpo e quando estas se sentem bem com o mesmo, o seu nível de satisfação sexual aumenta. Salienta-se que a mulher sente-se mais importante, sensual e bonita quando tal acontece (CAMACHO *et al.*, 2010).

Meireles *et al.* (2015), salientam que a sociedade tem influência no modo como a pessoa processa a sua imagem corporal, que é percebida como a representação mental do corpo, sendo esta percepção quebrada pelos nove meses de mudança corporal natural, afastando-se do ideal de magreza imposto.

No entanto, é necessário entender que a sexualidade durante a gravidez, vai muito para além do coito. Traz compromisso e aceitação do outro, com benefícios para ambos os cônjuges. O sexo e a sexualidade podem e devem favorecer o erotismo na grávida, para que ela possa continuar a sentir-se sexualmente desejada, apesar das alterações do seu corpo, no processo que a tornará mãe (SENKUMWONG *et al.*, 2006).

5 | CONCLUSÃO

A sexualidade é assinalada com um dos cinco mais importantes critérios da saúde na vida de um indivíduo, sendo cada vez mais valorizada a sua relevância na saúde sexual para a manutenção de relacionamentos além de fazer parte da saúde global e bem-estar, devendo ser orientada corretamente em cada fase do ciclo de vida, sendo que com as respetivas alterações e ajustes podem vir a melhorar a qualidade de vida de forma substancial.

A gravidez é uma das fases mais marcantes do ciclo da vida da mulher, influenciando a sua sexualidade, e durante este momento a grávida é afetada por fatores tais como a alteração da percepção da imagem corporal, diminuição de energia, no qual existem sintomas fisiológicos e desconfortos relativamente ao corpo, ajuste de papéis sociais, alterações no

relacionamento com o cônjuge e alterações a nível do estado de humor.

Durante a investigação constatou-se que existe carência de estudos nesta área, sendo necessário realizar mais estudos para obter um conhecimento mais aprofundado acerca da influência da imagem corporal na satisfação sexual durante o período gravídico, de modo a que o EESMO consiga orientar a mulher nesta fase que se revela transformadora. Recomenda-se que para uma maior compreensão acerca das preocupações e fatores influenciadores acerca da imagem corporal e da sexualidade sejam criadas ferramentas adequadas para este momento, principalmente para que as grávidas possam vivenciar e lidar com todas estas mudanças da forma mais saudável e prazerosa, obtendo uma maior qualidade de vida e bem-estar a nível materno e infantil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, N.M; SALIM, N.R; GUALDA, D.M.R; SILVA, L.C.F.P. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 3, n. 46, pp. 552-558, 2012.

BARBOSA, B.N; GODIM, A.N.C; PACHECO, J.S; PITOMBEIRA, H.C.S; GOMES, L.F; VIEIRA, L.F; & DAMASCENO, A.K.C. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 13(3), pp.464-473, 2011.

CAMACHO, K.G; VARGENS, O.M.C; PROGIANTI, J.M; SPÍNDOLA, T. Vivendo repercussões e transformações de uma gestação: Perspectivas de gestantes. *Ciencia y Enfermeria XVI (2)*, pp.115-125, 2010.

COELHO, M. **O Enfermeiro Especialista na promoção da sexualidade na gravidez**. Dissertação de Mestrado de Lisboa. 2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18130/1/O%20enfermeiro%20especialista%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sexualidade%20na%20gravidez.pdf> Acesso em: 26/06/2019.

COSTA, V.D.M; PINTO, M.J.C. Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. **Revista Latinoamericana de Medicina Sexual**, 1(1), pp.6. 2012.

BEEBE. D.W. **The attention to body shape scale: A new measure of body focus**, pp. 486-501, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_8. Acesso em 01/09/2018.

MEDEIROS, M.S; COSTA, V. B; SANTOS. T. M. M. G. Sexualidade na gravidez: Vivências de gestantes. **Revista Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi**. v6,n.4, pp.34-43, 2013.

MEIRELES, J; NEVES, C; CARVALHO, P; FERREIRA, M. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**37(7):319-24, 2015.

Nasceremportugal.ffms.pt. (2019). Nascer em Portugal. [online] Obtido em: <http://nascereportugal.ffms.pt/#cada-vez-meno>

NETO, F.A.D; JÚNIOR, B.S.S; SILVA, B.S.B.M; MOURA, P.F; SOARES, M.C.S. Percepção de um grupo de gestantes frente à sexualidade na gestação. **Combracis**, 83, 2017.

- PARENTE, C; RAMOS, M; MARCOS, V; CRUZ, S.A; NETO, H.V. Efeitos da escolaridade nos padrões de inserção profissional juvenil em Portugal. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, 65, pp.69-93, 2011.
- PECHORRO, P.S; PASCOAL, P.M; JESÚS, S; ALMEIDA, A.I; FIGUEIREDO, C.S; VIEIRA, R.X. Propriedades psicométricas da versão portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual – versão curta. **Revista Internacional de Andrologia**; v. 14, n.3, pp. 94-100, 2016.
- PEREIRA, E.V; BELÉM, J.M; ALVES, M.J.H; MAIA, E.R; FIRMINO, P.R.A; QUIRINO, G.S.MFunção, Práticas e posições sexuais de mulheres grávidas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, 12(3), pp.772-780, 2018.
- PETTRIBÚ, B.G. C; MATEOS, M.A.B. Imagem corporal e a gravidez. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica**, 35(1), pp.33-39, 2017.
- PORDATA. (2019a). Idade média da mãe ao nascimento de um filho. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- PORDATA. (2019b). População com o ensino superior (ISCED 5-8) em % da população entre os 25 e os 64 anos: total e sexo. Disponível em: PORDATA. (2019c). População residente segundo os Censos em uniões de facto. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+em+uni%C3%B5es+de+facto-745>.
- PRADO, D.S; LIMA, R.V; LIMA, L.M.M.R. Impacto da gestação na função sexual feminina. prática. **Revista Intersaberes**, 7 (14), pp. 429 – 433, 2013.
- QUEIRÓS, A; CONDE, P; CUNHA, V; AMBRÓSIO, P; MARQUES, F. J; SERRANO, F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. **Ver Port Clim Geral**, 27: 434-43, 2011.
- REIS, E.A; REIS I.A. Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 202. Disponível em: www.est.ufmg.br
- ROCHA, M.G.F; VIEIRA, J.L.B; NASCIMENTO, E.G.C; CHIERE, J.C. Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 18(3), pp.209-218, 2014.
- SAVALL, A. C. R; MENDES, A. K; CARDOSO, F. L. Perfil do Comportamento Sexual na Gestação. **Fisioterapia em Movimento**. Volume 21, número 2, 61-70, 2008.
- SENKUMWONG, N; CHAOVITSARE, S; RUGPAO, S; CHANDRAWONGSE, W; YANUNTO, S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. **J Med Assoc Thai**. 89(Suppl 4):pp.124-129, 2006.
- SOLA, C.F; KANA, D.H; MOLINA, J.G; SAMPER, E.C; RODRIGUEZ M. M. L; PADÍLLA, J.M.H. Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. **Acta Paul Enferm**, 31(3), pp.305-312, 2018.
- VETTORAZZ, J; MARQUES, F; HENTSCHEL, H; RAMOS, J; COSTA, S; BADALLOTTI, M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, 32(4), pp.473-479, 2012.
- ZANATTA, E; PEREIRA, C.R.R; ALVES, A.P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. A Revista **Pesquisas e práticas psicossociais**, 12(3), 2017.

CAPÍTULO 2

SABERES E PRÁTICAS POPULARES UTILIZADOS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: VIVÊNCIA DE MULHERES NA AMAZÔNIA

Data de aceite: 22/01/2021

Luiz Heitor Barros Menezes Cabral
Enfermeiro da Secretaria do Estado

Maria Tita Portal Sacramento
Doutora Professora da Faculdade da Amazônia

Juliana Pereira Pinto Cordeiro
Professora Especialista da Faculdade da
Amazônia

Rhuanna Nayene de Sousa Naiff
Discente da Faculdade da Amazônia

RESUMO: A gestação e o puerpério revelam-se como períodos marcados por alterações nos relacionamentos interpessoais e familiares em que a mulher está mais exposta a influência do meio em que vive. Diante do objetivo, quais os saberes e práticas populares foram vivenciados pelas mulheres no ciclo gravídico puerperal? Para o aprendizado, discutir saberes e práticas populares vivenciados pelas mulheres no ciclo gravídico- puerperal. A pesquisa foi exploratória e descritiva desenvolvida numa abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de investigação do Grupo Focal (GF) através do relato oral de mulheres que tiveram o comportamento influenciado pelo seu meio sociocultural. A figura da parteira ou pessoa mais velha do ambiente familiar repassa segurança e respeito por suas experiências de vida. Que deve servir de incentivo a descoberta e maior aceitação da cultura regional pelos profissionais de saúde uma vez que há noções de autocuidado para

promoção da saúde. Sendo postas em prática, mesmo que de forma empírica.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação, Puerpério, Parteira.

ABSTRACT: Pregnancy and the puerperium are revealed as periods marked by changes in interpersonal and family relationships in which women are more exposed to the influence of the environment in which they live. Given the objective, what popular knowledge and practices were experienced by women in the puerperal pregnancy cycle? For learning, discuss popular knowledge and practices experienced by women in the pregnancy-puerperal cycle. The research was exploratory and descriptive developed in a qualitative approach, using the research technique of the Focus Group (FG) through the oral report of women whose behavior was influenced by their socio-cultural environment. The midwife or older person in the family environment passes on security and respect for their life experiences. That should serve as an incentive for the discovery and greater acceptance of regional culture by health professionals since there are notions of self-care for health promotion. Being put into practice, even if empirically.

KEYWORDS: Gestation, Puerperium, Midwife.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério revelam-se como períodos marcados por alterações nos relacionamentos interpessoais e familiares em que a mulher está mais exposta a influência do

meio em que vive. Logo saberes e práticas, frutos da cultura popular surgem como formas de ajuda preventiva ou terapêutica que norteiam os cuidados (BAIÃO; DESLANDES, 2007).

O uso saberes e práticas populares por gestantes e puérperas constitui-se em questão importante na atualidade, devido às implicações tanto na saúde e desenvolvimento de crianças e suas mães (MONTELES; PINHEIRO, 2007)..

No ciclo gravídico-puerperal a mulher passa por alterações biológicas, somáticas, psicológicas, sociais que podem ocasionar sentimentos relativos à preocupação e insegurança (PICCININI et al., 2008).

A valorização do conhecimento cultural é fundamental para criar ações de promoção da saúde, pois possibilita identificar, compreender e considerar o desenvolvimento de práticas profissionais voltadas à realidade vivenciada. E por essa razão, profissionais de saúde necessitam conhecer práticas e saberes populares, utilizadas por pacientes (HERZTICH, 1991 apud SUZUKY, 2013, p. 29).

Entre as várias nomenclaturas encontradas na literatura - saberes práticas terapêuticas, terapias complementares, medicina complementar e alternativa, medicina integrativa, práticas complementares, o termo adotado nesta pesquisa será saberes e práticas populares, uma alusão aqui às práticas que as mulheres utilizam no ciclo gravídico-puerperal em seu dia-a-dia, de acordo com suas crenças, valores baseado na cultura popular.

Para Barbosa et al (2001), no Brasil existem vários saberes e práticas populares sendo oficializados tornando-se interessante para o setor de saúde conhecer as diferentes modalidades terapêuticas e preventivas de forma a ampliar sua atuação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Vários saberes e práticas populares já possuem a credibilidade e apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) à sua implantação e utilização em atendimento primário.

A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens caracterizam prioridade do Ministério da Saúde (MS), tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Orientações da OMS na Conferência Internacional de Alma Ata de 1978, atualizadas em 2002, propõem estratégias para a implantação da Medicina Tradicional e Medicinas Complementares e Alternativas (MT/MAC) nos serviços públicos de saúde dos seus países-membros.

A atuação em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), no arquipélago do Marajó e na região localizada no nordeste paraense, a margens do rio Guamá, onde se encontra o município de Ourém no Estado do Pará. Possibilitou-me como profissional desenvolver experiência na condução de situações diversas e ter vivência com sociedades que baseiam grande parte de seus hábitos e decisões através da influência de crenças, tradições e cultura.

Logo, o interesse pela temática deu se, a partir do contato direto durante a relação

de convívio que passei a cultivar no momento das consultas e reunião em grupo do pré-natal e puerpério com mulheres. Nesse contato era possível perceber através de relatos o uso esporádico e em determinados momentos rotineiro de cuidados instituídos pela cultura e tradições familiares incentivados por pessoas do convívio social próximo a essas mulheres como uma forma mesmo que empírica de procurar resolver ou aliviar problemas relacionados à mulher e também ao recém-nascido.

Ao observar que a vida cotidiana nos pequenos municípios, distantes das grandes regiões metropolitanas, e a escassez de recursos de ordem social contribuem para que populações humanas exerçam hábitos baseados nas crenças, tradições e cultura como forma de saberes e práticas populares com uma maior frequência. Hábitos que nem sempre dispõem de comprovação científica na literatura. Mas que em muitas vezes fazem-se pertinentes e rotineiros a uma determinada população devido aos resultados práticos que proporcionam.

A baixa oferta dos serviços de saúde, além de suas precariedades, alinhados as dificuldades de deslocamento por parte das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, contribuem para o incentivo ao uso de saberes e práticas populares, tornando-se cada vez mais frequentes. E em algumas vezes ocasionando problemas de ordem agravante para com as mulheres e crianças, outras vezes, ajudando no alívio de desconfortos entre outras coisas.

Entendendo que o profissional de saúde ao se deparar com hábitos decorrentes do processo cultural, deve saber reconhecer características de determinadas populações para que a assistência dispensada seja no sentido de tentar respeitar e até mesmo alinhar aos cuidados cientificamente comprovados algumas práticas, fazendo uma análise reflexiva de cada caso e compartilhando da visão holística para com os indivíduos, emerge o seguinte questionamento:

Quais saberes e práticas populares foram vivenciados pelas mulheres no ciclo gravídico puerperal?

1.1 Objetivo geral

Discutir saberes e práticas populares vivenciados pelas mulheres no ciclo gravídico- puerperal.

1.1.1 Objetivos específicos

1. Identificar saberes e práticas que foram vivenciados pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal.
2. Verificar os resultados obtidos, relatados pelas mulheres.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Política Nacional de Educação Popular em Saúde

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com o objetivo principal de debater, elaborar e pactuar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) apresentada por meio da Portaria Nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013, a qual traça estratégias para implementar a Educação Popular em Saúde no SUS (BRASIL, 2013)

A PNEP-SUS, afirma em seu segundo artigo o compromisso com os princípios do SUS de universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular na saúde. Propõe uma prática político pedagógico que perpassa as ações direcionadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013).

2.2 Educação popular em saúde

A Educação Popular em Saúde compreende o cuidado em saúde através de uma perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e o contexto social, como elementos construtores. Apontando a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não somente como ação sanitária, mas política, social, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva de produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado mediadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia (BRASIL, 2012).

Para isso, tem como ponto de partida os saberes prévios das pessoas, por elas construídos, à medida que foram traçando seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. Dessa forma, a Educação Popular em Saúde, permite a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular e também que profissionais de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular (ALBUQUERQUE;STOTZ, 2004).

Assim, se busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente (VASCONCELOS, 1997).

3 | MEIOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi exploratória e descritiva desenvolvida numa abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de investigação do Grupo Focal (GF).

Constituindo-se esta em uma importante técnica de coleta de dados em pesquisas

qualitativas. Com o propósito de promover os participantes como sujeitos ativos das pesquisas de enfermagem (BACKES, et al., 2011).

As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas e as observações (POLIT; BECK; HUNGLER; 2004).

A técnica de GF caracteriza-se pela entrevista em grupo, na qual a interação configura-se como parte do método sendo possível explorar pontos de vista, de reflexões a respeito de um determinado tema (BACKES, et al., 2011).

Com o intuito de buscar participantes que possam contribuir para realização deste estudo, serão estabelecidos alguns critérios, os quais não serão entendidos como variáveis do estudo, mas objetivarão, sobretudo, qualificar a pesquisa.

População: Mulheres (múltiparas), com idade igual ou superior a 18 anos, selecionadas através de busca na comunidade com a participação dos agentes comunitários de saúde em suas respectivas microáreas de atuação.

Critérios de inclusão: Mulheres (múltiparas), com idade igual ou superior a 18 anos que residir no município há 5 anos ou mais.

Critérios de exclusão: Ter idade inferior a 18 anos, residir no município a menos de 5 anos, não ser mulher (múltipara).

3.2 Campo da pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu na cidade de Ourém-PA, localizada à 182 quilômetros da capital Belém, na região nordeste do Estado do Pará, com seu núcleo urbano situado as margens do rio Guamá, e cortada pela rodovia PA-124. Em um espaço ao ar livre que reuniu todas as condições favoráveis para realização do GF, localizado em área adstrita a ESF Sousa, classificada como urbana, no entanto com características geográficas de zona rural.

3.3 Coleta de dados

O instrumento para coleta de dados dessa pesquisa foi através da técnica de GF com a formação de um grupo de 8 participantes, selecionadas na comunidade com a ajuda de ACS previamente esclarecidos sobre a pesquisa.

Um roteiro para o planejamento do GF (Ver APÊNDICE C) foi utilizado tendo o pesquisador como moderador do processo. Por motivos individuais das participantes, dificuldades de horário e impossibilidade de retorno em decorrência de razões variadas. Apenas um encontro foi realizado, no entanto a discussão entre as participantes trouxe riqueza de conteúdo que de forma geral contribuíram de modo engrandecedor a pesquisa. Com relatos pessoais e comentários enriquecedores a respeito da temática alvo desta pesquisa.

O GF também contou com o apoio de um auxiliar, que ajudou na parte logística.

Ficando responsável pela gravação das falas, através do uso de gravador de voz e a descrição da expressão emotiva das participantes que vieram a surgir durante os relatos.

Uma ficha de perfil socioeconômico (Ver APÊNDICE D), para cada participante foi entregue e recolhida, todas de forma preenchida, anterior ao início da gravação do encontro. Após a leitura do TCLE e os devidos esclarecimentos da pesquisa, iniciamos as atividades conforme o roteiro planejado para o GF, condicionado a responder a questão norteadora da pesquisa, utilizando tópicos específicos na tentativa de obter respostas focadas. (Ver APÊNDICE C).

Para Backes et al (2011), constitui-se em um processo complexo, com vista a sua dinâmica, variedade de diálogos, poder de análise e síntese reflexiva dos participantes. Sendo a utilização da técnica, vista como um recurso de caráter estratégico a fim de que se alcance uma prática mais crítica e inovadora nas pesquisas qualitativas.

3.4 Análise dos dados

Primeiramente foi delineada a caracterização dos participantes desta pesquisa, por meio de uma ficha de perfil socioeconômico (ver APÊNDICE D).

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Bardin 1977, “análise de conteúdo”. Essa técnica parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, ou seja, aquele que ultrapassa os significados manifestos. Ela deve ser objetiva trabalhando regras pré-estabelecidas e obedecendo a diretrizes claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados, e deve também ser sistemática de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado em categorias escolhidas em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidas (MINAYO, 2007).

Essa análise prevê três etapas de execução: (1) análise prévia, que consiste na organização do material, operacionalização e sistematização, escolha dos documentos, formulação de hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores e leitura flutuante; (2) análise exploratória, que consiste em codificações e classificações, caracterizando-se por ser uma fase longa e cansativa e exigindo o trabalho em equipe, objetivando alcançar os núcleos de sentido a partir de recorte de fragmentos das falas dos participantes da pesquisa em um processo de codificação para transformar os dados brutos nos núcleos de compreensão do texto; (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que consiste na tabulação e aplicação de técnicas de análise. Nessa etapa procuram-se inferências e interpretações buscando a compreensão dos temas de acordo com as unidades temáticas, em um movimento de confrontação com o quadro teórico estabelecido para a pesquisa, permitindo validar as informações obtidas nas etapas anteriores.

Aspectos éticos: A presente pesquisa seguiu os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, preconizando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e que de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos, expressos através da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A citada resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais básicos da bioética, tais como: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Atendendo aos aspectos éticos os participantes da pesquisa foram informados sobre o TCLE e aqueles que concordaram em participar deveriam assiná-lo em duas vias sendo uma delas do participante. Foi explicado sobre o foco da pesquisa, seus objetivos, a proteção do anonimato e o resguardo do sigilo, que seus nomes não serão revelados e que códigos os indicariam para preservar o anonimato, assim como, que todas as informações não serão reveladas a não ser para fins científicos.

O anonimato de cada participante foi identificado por codificações alfanuméricas (ex: 1A, 2A, ...,8A), na transcrição de falas dos participantes.

Os participantes foram informados sobre a liberdade para desistir ou de interromper a sua participação nesta pesquisa a qualquer momento se eles desejassem, sem a necessidade de qualquer explicação e a desistência não causaria nenhum prejuízo a sua saúde ou bem estar físico, moral ou financeiro, nem interferência no seu atendimento no Serviço. Também, explicado que os participantes não receberão nenhuma remuneração, nem recompensa na pesquisa, sendo suas participações voluntárias e que a pesquisa é financiada pelo pesquisador não acarretando em nenhuma hipótese custo para eles ou Instituições colaboradoras.

O projeto foi encaminhado via Plataforma Brasil para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus IV. A coleta de dados só teve início após aprovação do referido CEP, em anexo neste (ver ANEXO D).

3.5 Riscos e Benefícios

Riscos: A pesquisa fora realizada com possível risco aos seus participantes a exposição dos relatos de vivências para saberes e práticas populares utilizados no ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma na tentativa de minimizar este cenário fora empregada a criação um grupo com participantes homogêneos, seguindo o uso de código alfanumérico, na transcrição de falas dos participantes.

Para o pesquisador, ao decorrer da pesquisa pode ocorrer, perdas de participantes, mas que em seu desenvolvimento não demonstraram recusa por qualquer motivo a continuar participando do grupo.

Aos participantes da pesquisa fora informado que qualquer tipo de dano resultante de sua participação, com previsão ou não no TCLE, terá direito à indenização, por parte exclusivamente do pesquisador que reflete na mesma figura do patrocinador, isentado de tal ônus qualquer instituição envolvida em suas diferentes fases.

Benefícios: Os principais benefícios que serão gerados pela pesquisa visam a

possibilidade de trazer conhecimento em relação à temática para o autor, participantes e profissionais de saúde.

Para o pesquisador, por contribuir com a geração de conhecimento sobre saberes e práticas populares utilizados no ciclo gravídico-puerperal mostrando a vivência de mulheres.

Para os participantes, a partir da discussão da temática desenvolvida pelos mesmos na reunião do grupo. Aumentando o conhecimento em relação ao que fora proposto.

Para os profissionais de saúde, perspectiva de trazer ampliação do conhecimento e aceitação em relação à temática e manejo da assistência.

4 | RESULTADOS: DISCUSSÃO E ANÁLISE

A pesquisa foi realizada com um GF formado por 08 mulheres participantes, sendo em sua totalidade múltiparas, de idade variando entre 31 e 57 anos, todas residentes no município a um tempo não inferior a 20 anos. Com tempo de estudo que vai de 0 a 8 anos do ensino regular e ocupações. Como é possível observar na descrição do quadro I.

PARTICIPANTES	IDADE/ANOS	TEMPO DE ESTUDO REGULAR	GESTAÇÕES	PRIMEIRA GESTAÇÃO	ABORTOS	RESIDE A QUANTO TEMPO NO MUNICÍPIO	OCUPAÇÃO
A 1	31	8 anos	5	18	0	26 anos	Dona de casa
A 2	57	1 anos	14	16	2	38 anos	Agricultora
A 3	32	4 anos	4	14	0	28 anos	Feirante
A 4	48	5 anos	6	16	0	33 anos	Agricultora
A 5	47	3 anos	9	16	1	47 anos	Agricultora
A 6	55	1 anos	13	15	3	50 anos	Agricultora
A 7	53	4 anos	10	16	2	42 anos	Agricultora
A 8	33	8 anos	4	19	0	20 anos	Agente de limpeza

QUADRO I: Perfil das participantes do grupo

O quadro 1 mostra o perfil das participantes coletado a partir da ficha de perfil socioeconômico (ver APÊNDICE D), quanto a idade, tempo de estudo, gestações, primeira gestação, aborto, tempo de residente e ocupação. De forma a caracterizar as participantes do GF e mostrar que as mesmas têm muito a contribuir.

4.1 Categorias temáticas

No esforço de responder aos objetivos propostos nesta pesquisa, os resultados foram obtidos e classificados em categorias temáticas para posterior análise. A partir de discussão proposta ao GF, o relato das participantes, foi o produto que subsidiou o desenvolvimento. Desta forma o roteiro de planejamento do GF (ver APÊNDICE C), foi seguido conforme planejamento da sessão abordando: Influencia de saberes e praticas das populações tradicionais e profissionais da saúde; Remédio caseiro; Amamentação

Categoria 01: INFLUENCIA DE SABERES E PRATICAS DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS E PROFISSIONAIS DA SAUDE

“(…) Eu sempre desde muito nova quando fiquei pra parir, desde o meu primeiro filho usei coisa que a mãe e parteira ensinava, naquela época a gente não tinha recurso e tudo tinha de ir pra capital. Era difícil, então a gente já morava aqui, aqui mesmo a gente ficava. Se alguma coisa era de acontecer vinha pro bem ou pro mau. Com muita reza e ajuda da parteira nós ficou bem, (...)” (A6)

“(…) Já tinha o primeiro da minha irmã falecido, quando ela não fez na hora de sentir a dor o que a parteira tinha dito antes a ela. Não ouviu, mas depois ela escuto e os outros vieram direitinho. Eu fiz diferente, fazia tudo que me ensinava, quando era de ficar ruim vinha de melhorar e fiquei bem tive todos bem. Sem dificultar, (...)” (A4)

“(…) Verdade hoje eu digo pra minhas meninas, vocês tem que fazer o que a gente diz pois a gente já sabe, tem experiência. Eu tive 9 barriga sei como é. (...), digo para minha caçula que tá de barriga de várias luas. Lá em casa.” (A5)

“(…) Aprendi tudo com as parteiras. Tive duas na minha família, só fazia o que minha tia dizia, ela era lá de Bragança, ela fez a vinda dos meus 14 filho graças a Deus, nunca tive problema na hora de ter. Eu perdi dois mas foi por que Deus sabe da hora né. Ela sempre me dizia que Deus que sabe da hora e ela só tinha que ajudar (...)” (A2)

“(…) Garrafada eu acredito funciona, só quem passa ruim e melhora que sabe. Na época do meu primeiro filho tudo era longe, a gente só tinha o que a terra podia dá e o que a avó ensinava. Minha avó teve 16 filhos e fazia de tudo depois. Hoje estas moças nova vão pro hospital pra ter nenê e volta reclamando.” (A7)

A presença de uma pessoa mais velha, nos relatos estar relacionado a alguém de maior experiência, que faça parte do convívio familiar, ou seja, próxima. O que expõem aqui, uma relação de respeito social com os mais velhos e mais experientes.

BARROSO (2009, p 2), afirma que a Amazônia abriga uma diversidade cultural imensa que se expressa, na atenção da saúde e no universo simbólico representado por

meio das variadas práticas de cuidar da gestante e do nascimento. Sendo nas comunidades rurais, o processo de nascimento em domicílio apresentado como uma experiência tecida em uma rede de múltiplos significados.

Desta forma aqui, torna-se possível compreender a influência social e cultural, das pessoas mais velhas e experientes em relação ao imaginário destas mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal.

“Eu aprendi coisa com o médico e a enfermeira do meu segundo pró último filho sempre eu estava lá no posto fazendo minha consulta, exame as vacinas o peso. Minha avó foi parteira ela ensinava também. Fazia um pouco dos dois, do posto e dela, que me ensinava coisa pra passar o ruim. Acabei tendo meu filho mais novo no hospital grande, pois cai da rede e ela dizia que mulher grávida não deita em rede debaixo de árvore.” (A8)

“(…) teve vez que brigaram comigo, por eu tá indo antes da hora no hospital. Mas já estava sentido dor, o hospital ficava longe, aí ficava difícil de voltar depois, (...). No mesmo dia na noite sentia muita dor, aí o pai chamou uma senhora e ela fez meu parto, era o meu primeiro. Eu fazia tudo que doutora mandava no posto. Depois do primeiro aprendi a escutar as mulheres mais velhas.” (A3)

“Em todas as vezes que engravidei fui acompanhada no posto, eu também fazia coisa que minha vizinha e sogra dizia, elas já tinham mais experiência, (...). Longe da minha mãe, minha sogra que falava. Tinha coisa que dava certo, mas uma vez o enfermeiro brigou comigo no hospital pelo fato de ter tomado chá pra da dor e mandou pra casa. Disse que não era hora. (...)” (A1)

É possível perceber um conflito na forma de orientar o cuidar, expresso nos relatos, entre figuras representadas das populações tradicionais e profissionais de saúde.

Neste momento, algo que vem se tornando presente na realidade amazônica pôde ser evidenciado. Pois a figura representada nas populações tradicionais, por parteiras tradicionais, vem sofrendo uma crescente perda de espaço para profissionais da saúde no pré-natal.

A presença da parteira durante a gestação é algo que aflora, de forma cultural entre populações tradicionais na Amazônia, mas que enfrenta forte concorrência e marginalização em relação ao estímulo a uma cultura biomédica de pré-natais (BARROSO, 2009).

Ainda citado pelo autor: na Região, as PARTEIRAS assumem um papel relevante na história do ciclo gravídico-puerperal em especial no parto. Com diversas histórias de assistência a gestantes e puérperas, sendo responsáveis pela atenção ao parto nas áreas mais afastadas dos grandes centros urbanos: rurais e ribeirinhas, oferecendo cuidados (BARROSO, 2009).

Um estudo de Fleischer (2007, p 7) com de parteiras tradicionais na região demonstrou que a concorrência simbólica entre elas e o sistema oficial de saúde, com algumas já a meses ou anos sem atender a um parto domiciliar.

Categoria 02: REMÉDIOS CASEIROS

"(...). Quando minha avó dizia eu logo que ia fazer, pois se tinha vômito, muito era menina, menina é assim, você fica mais ruim (...). Me benzina fazia reza, aquilo ia mais voltava por algumas luas era assim, eu tomava chá de gengibre, tinha garrafada também na hora de vim, ela mandava passar nas costas na perna fazendo massagem. A criança sai ligeirinho e direitinha." (A5)

"Eu tive muita baldeação de início, tive nos meus filho todos ai hum (...). Lembro que não queria nem ver a cara do marido, quando era menina ai que vinha mesmo, mulher da mais enjojo minha tia sempre disse. Sofri ela fazia também chá do gengibre e dava, sentia melhor. Mais usava mesmo era pra vim mais rápido, também era o remédio caseiro." (A2)

A expressão "remédios caseiros" da participante A2 sugere a forma como as participantes expressam-se, para resolver pequenos problemas no ciclo gravídico-puerperal.

Segundo Lemos Junior e Lemos (2010), o gengibre é o tubérculo de uma planta chamada *Zingiberofficinale*, originária do sul da Ásia que em diversos estudos clínicos do tipo duplo-cego randomizado, realizado em diferentes partes do mundo. Demonstrou a mesma eficácia do cloridrato de piridoxina (vitamina B6), na redução de náuseas e vômitos sendo desta forma recomendado de forma segura para gestantes.

Em Portugal, as preparações à base do gengibre têm sido utilizadas como uma das principais terapêuticas na alternativas aos fármacos convencionais na náusea e vômito da gravidez. Sendo também utilizado como antiemético em situações clínicas como o pós-operatório, quimioterapia e enjojo de movimento (AMORIM; FERREIRA; CARRAPIÇO, 2013).

Foi demonstrado também, a ação do tubérculo em estimular o aumento das contrações da musculatura lisa em voluntário saudáveis participantes de um estudo clínico randomizado duplo-cego em Taiwan (LEMO JUNIOR; LEMOS, 2010).

Por fim, o gengibre demonstra ser realmente uma opção terapêutica no alívio de vômitos e enjoos gestacionais.

"(...) Eu nunca fui de dá de ter muito problema, chupava da laranja da terra também era amarga, mas todas lá de casa faziam, já era acostumada. Ela é muito boa prá não deixar inchar." A2

"(...) Tem que cuidar, tem não deixar da ataque de albumina, fica muito inchada é muito ruim, já conheci gente que ficou assim". A5

"Santo remédio caseiro bom para não ter anemia". A3

"(...) A folha da laranja da terra ajuda agente a emagrecer depois". A6

O uso de laranja da terra (*Citrusaurantium*) foi algo bastante difundida entre as participantes, pois todas relataram o consumo deste fruto como forma de prevenir edema na gestação que algumas conhecem de fato como “*ataque de albumina*”.

Uma provável explicação para tal, é que a laranja da terra (*Citrusaurantium*), entre seus vários nutrientes, apresenta boa quantidade de flavonoides que possuem ação estabilizadora do endotélio capilar, melhorando o fluxo sanguíneo entre os capilares, por sua vez ajudando no não extravasamento da retenção de líquidos no espaço intersticial. No entanto o consumo por gestante não isenta de possíveis riscos de contrações uterinas (BRASIL, 2010).

O estudo de Areas e Moura (2012, p 6), fazendo a verificação das aplicações de uso popular da laranja da terra (*Citrusaurantium*) relata a atividade antiedematogênica, desempenhada principalmente pela presença do flavonoide hesperidina.

Quanto ao uso para o combate a anemia, ferropriva a laranja da terra (*Citrusaurantium*), apresenta uma quantidade média de Ferro entre outros minerais para alimentação de 0,1 mg do mineral por 100g da parte comestível do fruto por valores da tabela brasileira de composição de alimentos da Universidade Estadual de Campinas (NEPA-UNICAMP, 2006).

Lembrando que de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde, na prevenção da anemia ferropriva, as gestantes e puérperas devem ter uma suplementação de ferro elementar de 60 mg/dia, a partir da 20ª semana gestacional e mulheres até o 3º mês pós-parto ou pós-aborto.

Já a possível relação da folha da árvore de *Citrusaurantium*, como algo que ajude no emagrecimento da puérpera. É devido a presença de uma alcaloide chamado de sinefrina.

Estudos da década de 90, demonstram que a sinefrina, é um potente agentes emagrecedor natural, com ação no aumento da lipase hepática e por esse motivo a espécie *Citrusaurantium*, começou a ser comercializada de “forma segura” na composição de suplementos dietéticos (FUGH-BERMAN; MYERS, 2004).

Conhecida popularmente como erva-doce (*Foeniculumvulgare*) foi descrita e mencionada no alívio de problemas gastrointestinais.

“(…). Tinha de passar a incomodo de barriga por vento, tomava erva-doce e ficava de melhorar.” A6.

“(…). Quando dava catarro a erva-doce ajudava, botava prá fora vinha aquele verde grosso.” A8.

“(…). A avó ensinava esses remédio naturais, eu usava, sentia bem. Nunca que tive nenhum problema. Ou melhor só tinha problema com o remédio do posto, que quando não tinha era caro de comprar. Ai ia na casa da vovó.” A8.

Está planta segundo Alves e Silva (2003), é uma das ervas mais utilizadas para confecção de chás e remédios caseiros. Ela é benéfica ao trabalho do estômago, reduzindo

a produção de gases, consequentemente reduzindo desconforto gástrico e ainda possui propriedades expectorantes. A ingestão por gestantes não é indicada, mas as substâncias contidas na planta entre várias funções ajudam na estimulação láctea (BRASIL, 2010).

A alimentação foi algo importante nos discursos, era caracterizado pelo “comer de tudo um pouco”, principalmente alimentos ricos em importantes nutrientes.

“Eu tinha muita de fraquejar, mais de mais era até de ficar ‘desmaiecida’ da minha primeira barrigada era ruim. Até começar a fazer o que a sogra ensinava (...). Tomava de folha do couve.” A1

No ciclo gravídico-puerperal, é necessário que a mulher tenha a sua disposição alimentos naturais que possibilitem a oferta de nutrientes, em consequência a alterações fisiológicas, psicológicas e anatômicas.

Uma dieta balanceada tem interferência direta no ganho de peso e contribui para um adequado desenvolvimento fetal. Nesse sentido a adaptação de uma dieta coerente com peculiaridades regionais e ao alcance da realidade social da gestante, torna-se facilitadora no objetivo de prover nutrientes e garantir o desenvolvimento nutricional saudável (SOUSA et al, 2013).

A folha da couve mostrou ser uma alternativa em conta para o GF, há relatos que tem pequenas hortas familiares de plantio para o consumo próprio, além de outros vegetais.

A couve é classificada como uma planta herbácea, sendo rica em fibras solúveis e insolúveis que apresentam capacidade em organizar o trânsito intestinal e dificultar a absorção de gordura ao longo do trato gastrointestinal. Além de ser uma importante fonte de minerais e vitaminas como ferro e cálcio, mais a vitamina C e também antioxidantes. Auxilia na melhora das defesas do organismo e contribui para o bom funcionamento do fígado. Sendo recomendada para casos de anemia ferropriva (BALBACH, 2011).

“Tinha a anemia que deixa fraca, comia beterraba, que ficava até de pele avermelhada, Açaí também é bom. Uma vez até o enfermeiro disse. Eu tinha que comer.” A3.

A beterraba (*Beta vulgaris*) é uma fonte de ácido fólico (vitamina B9) que desempenha um papel chave na redução e risco do desenvolvimento de malformações do tubo neural. Três meses antes do início de uma gestação e ao longo do desenvolvimento intrauterino é recomendado o aumento do consumo de frutos e hortaliças, ricos em folatos (TEIXEIRA; PESTANA, 2015).

Ainda Teixeira e Pestana (2015, p 7), durante o 1º trimestre de gravidez realiza-se uma suplementação adicional por comprimidos durante um acompanhamento pré-natal. Pois existem evidências do seu benefício.

O açaí como fruto regional é relatado frequentemente para o tratamento de possíveis anemias pelas participantes do GF, chegando até mesmo a fazerem recomendações ao que parece ser uma crença cultural quanto ao consumo do fruto.

É considerado um alimento essencial que sempre deve estar presente na mesa do dia a dia. Muito apreciado em partes da Amazônia, sendo comum saboreá-lo com farinha de mandioca e algum outro alimento salgado como peixe frito ou assado camarão e outros. Sua importância é cultural e simbólica para habitantes da região.

No entanto, o açaí, segundo Souza et al (2011, p 4), não pode ser recomendado para o tratamento de anemia ferropriva. Estudos em laboratório já comprovaram que a polpa do fruto, apresenta altas quantidades de fitosteróis que competem com as moléculas de colesterol na hora de serem absorvidos pelo intestino, antocianinas que são flavonoides que funcionam como potente agentes antioxidantes além de exercerem efeitos hipolipidêmico, antiaterosclerótico, anti-inflamatório e imunomodulatório, ácidos graxos insaturados que promovem a redução de níveis de colesterol total e da lipoproteína de baixa densidade (LDL), proteínas e minerais como, potássio, magnésio, cálcio, fósforo e sódio. Além das vitaminas E e B1.

As alterações físicas com o início da gestação repercutem no imaginário popular. O aumento das mamas, a produção do leite materno e a amamentação são momentos que permeiam o ciclo gravídico-puerperal, cercado por crenças e mitos. Dessa forma surge a necessidade novamente de categorizar. Assim agrupando mais uma categoria “*amamentação*”.

Categoria 03: AMAMENTAÇÃO.

Aqui podemos traçar paralelos com práticas carregadas de mitos e crenças que rodeiam a amamentação, reflexo de um ambiente cultural que exerce influência no imaginário de uma mulher em seu ciclo gravídico-puerperal. Causando dúvidas, e dessa forma abrindo espaço para um desmame cada vez mais precoce.

A amamentação é um ato primordialmente importante para a saúde e bem-estar da criança e da mulher e que os mitos e crenças, que permeiam em nossa cultura causam dúvidas. Pois a influência da cultura é grande no cotidiano da mulher/nutriz (LINS; TERRENGUI, 2010).

A crença do leite fraco

“Eu tinha leite fraco, era muito ralo, parecia água com cheiro pithiár, meus meninos ficavam chorando, eles tudo pegava peito da minha prima e a vizinha que tivesse descendo, quando não, dava dos bezerro. Minha filha mais nova, também não consegue sustentar a fome do filho dela de 2 meses de tempo. Ela diz que mudou, não pode mais fazer, o que eu fazia, pois tem doença por aí, diz no posto. Eu mando ela passar a casca da banana, assim como se fosse sair. E comer, comida de caldo da mais leite.” (A6)

Para Marques et al (2011), a crenças do leite fraco, atualmente, é uma das principais causas da complementação precoce alegada pelas mães, sendo que a comparação do leite humano com o de vaca serviu de principal fundamento para a valorização dessa crença.

A aparência do leite materno, por muitas vezes faz com que a mãe considere seu

leite inferior, ou insuficiente acreditando que a fome de seu filho não vá passar.

“(…), era muito ralo, parecia água com cheiro pithiár,(…)”. (A6)

O leite materno, principalmente do colostro pela sua aparência, faz com que a mãe considere seu leite inferior, acreditando que não serve para atender às demandas da criança por diferir do leite popularmente conhecido como leite forte – o leite devaca. A valorização do leite de vaca em relação ao humano deve-se também por apresentar na sua composição maior quantidade de proteína (ESCOBAR et al, 2002).

Segundo o Manual de Aleitamento Materno Exclusivo (2009), o leite materno é uma composição de 160 substâncias sendo representadas por proteínas, vitaminas, carboidratos, gorduras e anticorpos sendo um alimento completo para o desenvolvimento de uma criança de 0-6 meses, a protegendo contra diversos tipos de doenças.

De acordo com Euclides (2005), o colostro contém maior quantidade de proteínas, vitamina A e minerais principalmente eletrólitos e zinco. Já a quantidade de carboidratos e gorduras é menor se comparada com a do leite maduro. Desta forma é possível depreender seu papel na ingesta hídrica da criança.

O leite materno, do meio da mamada, tem uma cor branca e opaca, devido ao aumento da quantidade de caseína. Já o posterior tende a ter uma coloração mais amarelada devido à presença maior de betacarotenos, um pigmento lipossolúvel presente em vegetais de cor laranja como abóbora e cenoura (BRASIL, 2015).

Quanto à prática antiga de colocar a criança para mamar em outras mulheres classificadas de aleitamento cruzado, a literatura científica relata contraindicação, pelo risco a exposição de patógenos via leite materno.

O aleitamento por outra mulher, que não seja a mãe da criança, configurando-se por amamentação cruzada, é formalmente contraindicada, tendo em vista que qualquer pessoa com vida sexual ativa (e que não faz uso de preservativo), ou que tenha recebido transfusão de sangue, ou que seja ou tenha sido usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis etc., pode estar infectada pelo vírus HIV e/ou outras doenças transmitidas pela amamentação (BRASIL, 2005).

“(…). Quando não dava leite logo, tinha de esquentar a panela e tirar o suor da tampa com um pano branco pôr no peito, fazer reza e esperar. Saia aquele mau-olhado que às vezes dava até febre, tá empedrado (…).” (A5)

A fala de A5 relata a forma como a participante fazia e ensinava para que o leite saia. Ela usa a precipitação do vapor d’água na tampa de uma panela com a ajuda de um tecido e colocando ao redor dos seios. Podemos encontrar evidências na literatura científica quanto ao uso do calor para estimular a descida do leite e facilitar o aleitamento.

“Ficar pegando no peito faz ele encher, quanto mais a criança mama mais dá, o médico disse também uma vez pra minha sobrinha. Eu, já tinha conhecimento.” (A3)

A afirmação de quanto mais a criança é amamentada mais as mamas produzem leite pode ser confirmada.

Grande parte do leite é produzida enquanto a criança mama, sob estímulo da prolactina. A ocitocina, que é liberada pelo estímulo provocado pela sucção da criança também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem psicológica, como motivação, autoconfiança e tranquilidade (BRASIL, 2015).

Ainda Brasil (2015), expõe a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança como inibidores a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama.

Nesse sentido torna-se possível afirmar que o volume de leite produzido varia e depende do quanto a criança mama, da frequência com que mama e do equilíbrio emocional da mãe. Ou seja, em tese, quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite pela mãe.

5 | CONCLUSÃO

Concluo que foi possível neste estudo, discutir saberes e práticas populares vivenciados durante o ciclo gravídico-puerperal, através do relato oral de mulheres que tiveram o comportamento influenciado pelo seu meio sociocultural.

A figura da parteira ou pessoa mais velha do ambiente familiar repassa segurança e respeito por suas experiências de vida. Contribuindo para a difusão e uso de saberes e práticas populares na região, ainda há de serem, potencialmente estudadas e aproveitadas pelos profissionais de saúde. Como meio de reconhecer e desenvolver a sabedoria popular em um conjunto de práticas integrativas e complementares.

A visão holística do profissional deve servir de incentivo a descoberta e maior aceitação da cultura regional. Complementando o acompanhamento do pré-natal, uma vez que há noções de autocuidado para promoção da saúde. Sendo postas em prática, mesmo que de forma empírica.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Elizabeth. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. In:_____. **Ajustes Fisiológicos na Gestação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ed, 2012, Cap. 6, p. 89-99.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. V.08, n.15. Mar. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414_32832004000200006>. Acesso em 20 outubro 2014.

BACKES, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**. v.35, n.4, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 03 outubro 2014.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, v.19, n.2, p.245-53, 2007.

BARBOSA, M.A. et al. Terapias alternativas de saúde x alopatia: tendências entre acadêmicos de medicina. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 03, n.2, dez. 2001. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/718/778>>. Acesso em 16 setembro 2014.

BARROS, SONIA MARIA OLIVEIRA DE. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, São Paulo: Manole, p.20-32. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comitê Nacional De Educação Popular Em Saúde – CNEPS. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. – Brasília, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. – Brasília: Diário Oficial da União. 2013. Disponível em:<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/11/2013&jornal=1&pagina=62&totalArquivos=168>. Acesso em: 20 outubro 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 outubro 2014.

FONSECA, M. et al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.205-12, 2002.

ISERHARD, A. R. M. et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p.116-122, 2009.

JUNGES, J. R. et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4327-4335, 2011.

MENDONÇA FILHO, R.F.W.; MENEZES, F.S. Estudo da utilização de plantas medicinais pela população da Ilha Grande (RJ). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.13, n.1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v13s1/a21v13s1.pdf>>. Acesso em: 03 outubro 2014.

MONTELES, R., PINHEIRO, C.U.B. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. **Revista de Biologia e Ciência da Terra**, v 07, n.2, 2007. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/rbct/sumarios/pdf/etnobotanica.pdf>>. Acesso em: 22 setembro 2014.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.13, n.1, p. 63-72, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 488 p. 2004.

REZENDE M.F. **Obstetrícia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

THIAGO, S.C; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v.45 n.2, Abr. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2243.pdf> >. Acesso em: 06 outubro 2014.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE CIRURGIAS DE LAQUEADURA E VASECTOMIA DESNECESSÁRIAS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 01/12/2020

Kathia Priscila Silva Torres

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Racinthia Mylenna Nascimento Silva Andrade

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: Introdução: O planejamento Familiar é um dos principais parâmetros de atenção à saúde da mulher, é uma estratégia ofertada pela atenção básica e definida no NOAS-SUS 2001, assegurando a implementação desta assistência para a população em geral. No entanto, em diversos casos a atenção básica se depara com alguns entraves, os quais dificultam a resolutividades destas ações. **Objetivos:** Conhecer o protocolo de planejamento familiar do Ministério da Saúde a fim de reduzir cirurgias desnecessárias para esterilização, identificar as dificuldades apresentadas pelo enfermeiro para a realização do planejamento familiar em acordo com o Ministério da Saúde e evidenciar os riscos ao cliente decorrentes do processo cirúrgico. **Método:** Consiste em uma revisão bibliográfica, integrativa e quantitativa realizada em livros, artigos e periódicos. Busca eletrônica no portal

do CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latina Americana de Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). **Resultados:** O Planejamento familiar é uma assistência prestada principalmente por enfermeiros das unidades básicas de saúde, para atender a população em geral, sobretudo, aqueles usuários que necessitam deste cuidado e muitas vezes há quebra na continuidade do mesmo. **Conclusão:** Conhecendo bem os protocolos do Ministério da Saúde os enfermeiros utilizam estratégias seguras e eficazes, as quais buscam vencer as dificuldades encontradas evitando assim laqueadura tubária ou vasectomia desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Familiar. Métodos Contraceptivos. Assistência de Enfermagem.

FAMILY PLANNING: CONTRIBUTION OF NURSING TO REDUCE TISSUE SURGERIES AND UNNECESSARY VASECTOMY

ABSTRACT: Introduction: Family planning is one of the main parameters of attention to women's health, it is a strategy offered by primary care and defined in NOAS-SUS 2001, ensuring the implementation of this assistance for the population in general. However, in several cases, primary care is faced with some obstacles, which hinder the resolution of these actions. **Objectives:** To know the family planning protocol

of the Ministry of Health in order to reduce unnecessary surgeries for sterilization, to identify the difficulties presented by nurses in carrying out family planning in agreement with the Ministry of Health and to highlight the risks to the client resulting from the surgical process . **Method:** It consists of a bibliographic, integrative and quantitative review carried out on books, articles and periodicals. Electronic search on the CAPES portal (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel) and BIREME (Regional Library of Medicine), in the following databases: LILACS (Latin American Literature of Health Sciences), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Online System for Searching and Analyzing Medical Literature). **Results:** Family planning is an assistance provided mainly by nurses from basic health units, to serve the general population, especially those users who need this care and there is often a break in its continuity. **Conclusion:** Knowing the Ministry of Health protocols well, nurses use safe and effective strategies, which seek to overcome the difficulties encountered, thus avoiding tubal ligation or unnecessary vasectomy. **KEYWORDS:** Family Planning. Contraceptive Methods. Nursing Assistance.

INTRODUÇÃO

O planejamento Familiar é um dos principais parâmetros de atenção à saúde da mulher, é uma estratégia ofertada pela atenção básica e definida no NOAS-SUS 2001¹, assegurando a implementação desta assistência para a população em geral. No entanto, em diversos casos a atenção básica se depara com alguns entraves, os quais dificultam a resolutividades destas ações, bem como: falta de insumos, falta de informações de caráter informativo sobre os métodos contraceptivos, a garantia no acompanhamento dos usuários, logística na distribuição dos mesmos, capacitação dos profissionais engajados, a baixa adesão de adolescentes e público masculino¹.

No entanto os enfermeiros buscam utilizar dos meios de fácil acesso, disponibilizando os contraceptivos existentes em sua unidade de saúde, entre esses pode se destacar mais comuns: métodos naturais, métodos hormonais, métodos de barreira, Dispositivo intrauterino, contracepção de emergência e métodos definitivos ^{2,3}.

“A grande variedade de métodos contraceptivos hoje existentes permite aos casais escolherem entre as seguintes formas de contracepção: métodos naturais (coito interrompido, tabelinha, método do muco cervical e método da temperatura basal); métodos hormonais (pílulas, adesivos, injeções, implantes cutâneos e anel vaginal); métodos de barreira (preservativo feminino, preservativo masculino, diafragma e espermicidas); dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou com hormônios; contracepção de emergência, conhecida popularmente como pílula do dia seguinte; e métodos definitivos vasectomia e ligadura de trompas ³”.

Todavia, mesmo cientes dos métodos mais invasivos como a laqueadura tubária e a vasectomia, os enfermeiros travam uma luta diária a fim de evitar tais procedimentos, entretanto eles ainda observam esta prática com mais frequência em alguns casos, como refere o PAISM (2001)⁴, que ressalta que a laqueadura tubária em sua prevalência é maior

nas regiões onde tem baixa escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias, o que gera baixa adesão masculina ao que concerne a vasectomia, principalmente por questões culturais as quais referenciam planejamento familiar à figura feminina, o que por sua vez favorece a autonomia feminina na procura desta assistência⁴.

Sobretudo confirmando esta autonomia feminina, cerca de 200 milhões de mulheres no mundo fazem uso de contracepção hormonal, porém as mesmas, em sua grande maioria não sabem os riscos e benefícios atrelados a estas medicações⁵.

Contudo, durante os estágios curriculares do curso de bacharelado em enfermagem, foi percebido que o planejamento familiar era realizado de maneira empírica, limitava-se a entrega dos contraceptivos e preservativos ou a pedido do cliente encaminhar para cirurgias a fim de esterilização, fato que nos despertou o interesse em pesquisar sobre o tema com objetivo de conhecer o protocolo implantado pelo Ministério da Saúde a fim de reduzir procedimentos invasivos desnecessários como a vasectomia e a laqueadura tubária. Espera-se com a pesquisa contribuir para melhor entendimento sobre o protocolo para a condução do planejamento familiar e despertar no profissional de enfermagem o interesse em utilizá-lo como uma ferramenta disponível pelo Ministério da Saúde.

Diante do exposto, esse trabalho objetiva conhecer o protocolo de planejamento familiar do Ministério da Saúde a fim de reduzir cirurgias de vasectomia e laqueadura tubária desnecessárias.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma Revisão integrativa de caráter quantitativo, onde foram observados na literatura os conhecimentos acerca do tema abordado dos últimos 14 anos. A revisão integrativa constitui-se em uma análise minuciosa de várias pesquisas sobre o tema, onde serão analisados resultados os quais fornecerão conhecimentos para melhoria na prática clínica.

A revisão integrativa segue os seguintes passos: 1- elaboração da pergunta norteadora, 2- busca e amostragem na literatura, 3- coleta de dados, 4-análise dos estudos incluídos, 5- discussão dos resultados, 6- consumação da revisão integrativa.

A seguinte questão norteadora foi utilizada para nortear esta pesquisa: Quais os conhecimentos na literatura sobre a enfermagem e o Planejamento Familiar?

A investigação bibliográfica se deu entre os anos de 2006 a 2019, nas seguintes bases de dados: busca em livros, artigos e periódicos. Busca eletrônica no portal do CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latina Americana de Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) .

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: "Planejamento

Familiar”. “Métodos Contraceptivos”, “Assistência de Enfermagem”, cadastrados no DeCs (Descritores de ciências da saúde). Nesta pesquisa foram encontrados 25 artigos dentre os anos supracitados, onde após a leitura dos mesmos, foram utilizados 10. Os critérios de exclusão foram os artigos que não continham assuntos específicos ao tema. Como critério de inclusão foram incluídos artigos de revisão literária a qual abrange o protocolo do Ministério da Saúde e a atuação do enfermeiro em relação ao planejamento familiar, bem como alguns entraves encontrados na implantação das políticas públicas referente ao mesmo. Foram inclusos neste trabalho, 01 norma operacional e 01 Manual do Ministério da Saúde, 01 Lei constitucional e 16 artigos os quais obtinham conteúdo de grande relevância, destrinchados na revisão realizada entre o período supracitado.

RESULTADOS

Avaliando a pesquisa, foram selecionados 10 artigos, dentre os demais descritos no trabalho, dispostos na tabela abaixo, juntamente como nome dos autores, títulos, objetivos, os principais resultados e o ano da publicação. Estes por sua vez, tem a finalidade de resumir as informações mais relevantes, voltadas a assistência de enfermagem, métodos contraceptivos, vasectomia, laqueadura tubária entre outras temáticas, referentes ao Planejamento Familiar realizado pela enfermagem no âmbito da Atenção Básica.

AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS	ANO
Nicolau ⁶ Dantas Gadelha Pinheiro	Conhecimento, atitude prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos.	Verificar o conhecimento, atitude e a prática de mulheres residentes em uma comunidade rural quanto a métodos contraceptivos.	Ratificam a importância do fortalecimento de estratégias em planejamento familiar nas comunidades rurais para que haja uma escolha contraceptiva adequada e consistente dos aspectos envolvidos em suas decisões contraceptivas.	2012
Santos ⁷ Freitas	Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento.	Analisar criticamente as limitações atuais do planejamento familiar aplicado na saúde pública e propor mudanças considerando o modelo das ciências sociais aplicadas a saúde e a perspectiva do desenvolvimento familiar.	Apresentam propostas de planejamento familiar, acrescentando variáveis organizadoras do sistema.	2011

Cortez ⁸ Zagonel	Implicações culturais no planejamento familiar e qualidade de vida da mulher / família e a teoria de leininger.	Estudar o estudo das implicações culturais no planejamento familiar, sua interface com a qualidade de vida da mulher/família e a teoria de leininger.	Observou-se que os aspectos culturais foram fortemente evidenciadas e que cada família tem seu modo próprio de viver e de administrar conceitos de cuidado a saúde.	2011
Lima ⁹ Costa Ferreira Orsi Espíndola Esteves Velooso	Conhecimento dos estudantes da área da saúde acerca dos riscos dos anticoncepcionais hormonais.	Avaliar o conhecimento acerca dos riscos do uso do anticoncepcional hormonal (ACO), por acadêmicas da área da saúde de uma Universidade de Minas Gerais	Há um predomínio de acadêmicas menores de 25 anos e sexualmente ativas dos cursos avaliados. A maioria dessas acadêmicas mostrou ter conhecimento sobre o mecanismo de ação, efeito colateral, contra-indicação e indicações do ACO.	2019
Moura ¹⁰ Gomes	Planejamento Familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez.	Analisar o uso de serviços de planejamento familiar por jovens com experiência de gravidez.	Apontou que jovens de menor renda, maior número de gestações, que têm como fonte de informação profissionais de saúde, família e parceiro, e que usaram método contraceptivo nas últimas relações sexuais eram mais propensas a serem usuárias dos serviços de planejamento familiar.	2014
Gonçalves ¹¹ Marcon	Laqueadura ou vasectomia: fatores a considerar para a saúde da mulher.	Identificar fatores relevantes na opção da laqueadura ou vasectomia e as repercussões na vida dos casais que as realizaram.	Baixa escolaridade, maior número de filho, gravidez não planejada levam as pessoas a buscarem estes métodos.	2006
Sauthier ¹⁴ Gomes	Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem.	Caracterizar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, na execução do programa de planejamento familiar.	Observou -se que a política de trazer o homem para o centro das discussões nos grupos de planejamento familiar existe programa, mas na prática é falha.	2011
Moura ¹⁵ Silva Galvão	Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no programa saúde da família no Brasil.	Identificar a dinâmica do atendimento em planejamento familiar e verificar barreiras voltadas ao atendimento e entrega dos métodos anticoncepcionais, na perspectiva de uma rede apropriada de serviços.	Identificou-se cinco dinâmicas de atendimento, porém nenhuma seguirá uma rotina formal.	2007

Costa ¹⁶ Guilherme Silver	Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.	Verificar as condições de acesso das mulheres as atividades de atenção e aos métodos contraceptivos no Brasil.	Houve dissociação entre as práticas educativas e a rotina de atenção do planejamento familiar, restrições de acesso aos métodos e baixa oferta de atenção à infertilidade.	2006
Cavalcante ¹⁹	Desvelando os discursos de mulheres que vivenciaram a laqueadura tubária.	Desvelar as motivações das mulheres para realizar laqueadura tubária.	Averiguou que as mulheres em grande maioria realizavam laqueadura por número grande de filhos, idade avançada, problemas de saúde e um grande número manifestou insatisfações decorrentes do procedimento.	2012

DISCUSSÃO

Desde os anos 70 o Planejamento familiar vem travando uma luta constante ao que se refere o controle do crescimento indiscriminado da população, e tem como principal função garantir a saúde reprodutiva da população através de suas estratégias. Estas estratégias por sua vez, vem diminuindo significativamente a mortalidade materna perinatal por causas evitáveis, além de subsidiar o direito das mulheres na escolha adequada a cada realidade social⁶.

O Planejamento Familiar é também estabelecido como uma estratégia disponibilizada pelo SUS (Sistema único de Saúde), nas unidades de saúde da família. Essa assistência é garantida pela Constituição Federal em seu artigo 226, parágrafo 7º e é regulamentada pela Lei 9.263, de 1996, estabelecendo o direito de mulheres, homens e casais, em garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, como também oferece subsídio a fim de evitar cirurgias para esterilização desnecessárias⁵.

Esta atuação também é reconhecida como instrumento da assistência materno infantil e foi construída ao longo dos anos a fim de informar e educar os casais e a população em geral, objetivando definir o número de filhos que cada indivíduo deseja ter³.

Esta assistência está relacionada ao crescimento populacional e conseqüentemente ao desenvolvimento sócio econômico dos países subdesenvolvidos e o crescimento descontrolado da população está interligado ao aumento da pobreza e suas conseqüências, no entanto, em muitas vezes essa estratégia é quebrada devido à falta de comprometimento por parte da população em participar das ações disponibilizadas pelas unidades de saúde gerando uma quebra na cadeia das ações do planejamento limitando-se apenas entrega de contraceptivos nas unidades⁷.

“O planejamento familiar como mecanismo de limitação da reprodução feminina é composto de: visita das mulheres ao ginecologista, participação das reuniões de planejamento familiar e compra do contraceptivo ou “ganho”

do Posto de Saúde. Contudo, as mulheres do meio urbano não assistem a todas as reuniões de orientação do planejamento familiar; o comportamento das mulheres da zona rural é semelhante⁷”.

Alguns autores também relatam o planejamento familiar como uma necessidade do ser humano, porém a política de ações estabelecidas pelo Estado, muitas vezes não é aplicada em sua totalidade nos serviços de saúde e alguns fatores contribuem para isto, como: dificuldade no acesso as ações, a dificuldade na continuidade de tratamentos, baixo poder aquisitivo, limitações dos métodos disponíveis. Os autores ainda denotam a importância da assistência integral que abranjam todos os fatores socioculturais que também influenciam na efetividade desta assistência⁸.

Outro fator que interfere na qualidade desta assistência é a baixa adesão de jovens e adolescentes, onde as práticas sexuais são cada vez mais precoces e sem a devida atenção, acaba provocando cada vez mais gravidez na adolescência e conseqüente impactos psicológicos, sociais e econômicos^{9,10}. Neste contexto pode-se enfatizar a importância da qualificação e atuação da equipe multiprofissional, a qual deve atuar com uma visão holística compreendendo e respeitando os aspectos culturais, religiosos, emocionais e socioculturais¹¹.

Vale ressaltar que a gravidez não desejada também está relacionada com áreas as quais o planejamento familiar não funciona adequadamente, por falta de conhecimento, acesso ou até mesmo tempo do usuário em procurar uma unidade de saúde, já que, com a inserção da mulher cada vez mais no mercado de trabalho, conseqüentemente limita o desejo das mesmas em engravidarem, e aumentam a procura/necessidade de uma estratégia de planejamento segura, acessível e efetiva⁷.

Para que essa atuação ocorra de fato, o enfermeiro tem um papel fundamental como um agente que está sempre procurando melhorias nas ações de planejamento familiar, no entanto necessita de subsídios, materiais e capacitações para atender as necessidades das famílias e assegurar os seus direitos baseados nos princípios doutrinários e organizativos do SUS¹². Pode-se destacar essas ações como de suma importância nas unidades de saúde e destaca que em algumas não há atividades específicas voltadas ao planejamento familiar, ressalta ainda que o enfermeiro tem função fundamental nesta estratégia integrando a equipe e valorizando o papel da pessoa, família e comunidade¹³.

No entanto essas ações também devem abranger todas as faixas etárias em todos os níveis da população, e o conhecimento e a livre escolha dos métodos é fundamental por parte dos usuários, direito garantido pela política do PAISM, que tem como uma das diretrizes facilitar o acesso aos mesmos^{4,14}. Para que isso ocorra o SUS oferta uma grande variedade de métodos contraceptivos, dentre eles pode-se citar o Métodos Naturais como: coito interrompido, tabelinha, método do muco cervical e método da temperatura basal; os Métodos Hormonais como: pílulas, adesivos, injeções, implantes cutâneos e o anel vaginal; os Métodos de Barreira, como: preservativos feminino e masculino, diafragma,

espermicidas, dispositivo intrauterino de cobre ou hormônios (DIU), e contracepção de emergência e os métodos definitivos como a vasectomia e a laqueadura tubária³.

Além desses fatores acima descritos, pode se ressaltar que o planejamento familiar é prioritariamente desenvolvido pela enfermagem na atenção básica e que parte dos enfermeiros desconhecia como referenciar alguns cuidados como: laqueadura, vasectomia e Dispositivo Intrauterino (DIU), e alguns sobretudo não as encaminhavam devido a burocracia no acesso e resolutividade do mesmo¹⁰.

Contudo, além de desconhecer a logística para referenciar alguns procedimentos, alguns autores citam também algumas negligências ocorridas no serviço de atenção ao planejamento familiar, referência o planejamento a uma política controladora onde a mulher é posta como objeto e não como pessoa que tem sua própria história sexual e reprodutiva. Segundo os autores há uma prática diferente do que é proposto pelo Ministério da Saúde e o que é implantado pelas equipes do Programa de Saúde da Família¹⁵.

Este fator acima descrito ressalta a importância do engajamento de uma equipe multidisciplinar junto a área de ciências sociais no intuito de criar novos modelos eficazes a uma implantação de um planejamento familiar efetivo de acordo com a realidade de cada região⁷.

Diante do exposto e analisando os demais métodos ofertados pode se observar o protagonismo e autonomia da mulher em buscar na maioria das vezes a opção de contracepção já que os mesmos em quase sua totalidade são formulados para serem administrados/utilizados pela população feminina². As desigualdades nas relações de gênero, as quais em muitas vezes a mulher é colocada em submissão pela sociedade o que conseqüentemente põe sobre ela a responsabilidade pelo controle da natalidade e não do casal².

Esta explanação enfatiza a importância da luta feminina em prol da de políticas públicas que abranjam as demais classes de gêneros e cada vez mais extinga a denominação de Estado autoritário que em muitas vezes não atende as necessidades apresentando programas verticais de planejamento familiar que há anos vem travando conflitos com os direitos sexuais e reprodutivos da população^{3,19}.

No entanto, mesmo com as mudanças ocorrendo década após década em busca de uma política de planejamento adequada, que compreenda os aspectos sociais, econômicos e culturais e todas particularidades existentes nas escolhas dos métodos contraceptivos, evitando assim meios mais invasivos como a laqueadura e a vasectomia, onde em muitas vezes geram arrependimentos após o ato cirúrgico em muitas mulheres, onde possuem o desejo de engravidar novamente¹⁷.

Ao que se refere a vasectomia e laqueadura tubária o Ministério da Saúde aponta na Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, em seu artigo 10º veda a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidades, por cesarianas sucessivas anteriores ou risco de vida ou saúde da

mulher ou bebê⁵.

Esta lei relata ainda que é permitida a esterilização em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos ou, pelo menos dois filhos vivos, e observando o prazo mínimo de sessenta dias entre a vontade manifestada e o procedimento cirúrgico em si. Os usuários que manifestarem esse desejo, devem participar através de serviço de regulação de processos de aconselhamento juntamente a uma equipe multidisciplinar, com o intuito de desencorajamento do procedimento. Se for decidido pelo procedimento depois de passar por esses trâmites, antes do procedimento, deve ser escrito e firmado um documento testemunhado por dois médicos, relatando o procedimento seus riscos, dificuldades de reversão e efeitos colaterais, bem como opções de outros meios contraceptivos existentes⁵.

Um dos poucos métodos contraceptivos masculinos é a vasectomia, que em muitas vezes é utilizada/ escolhida pelos casais devido a ineficácia nas escolhas de contraceptivos femininos. Este método está em constante ascensão no Brasil, embora alguns homens arrependam-se de realiza-lo, seja pelo desejo de ter mais filhos, seja por não confiar na efetividade do método, alguns mencionam a dor como ponto de arrependimento e outros relatam cirurgias malsucedidas e a necessidade da realização de um novo procedimento¹⁸.

Outro aspecto relevante sobre vasectomia, como também a laqueadura é a gravidez não planejada, condições socioeconômicas, a não adequação aos métodos contraceptivos disponíveis na rede, risco de engravidar por algum motivo de saúde, levam os usuários a realizarem estes procedimentos. Enfatiza ainda que após a realização dos mesmos, destacam que há mais facilidade na infecção por IST'S (Infecções sexualmente transmissíveis), alterações psicológicas, reações emocionais, aumento da ansiedade, perturbações no relacionamento sexual, alterações no orgasmo, além da falta de confiabilidade na eficácia do procedimento/cirurgia^{11,19}.

Entretanto, alguns destes aspectos também podem ser apontados como fatores que influenciaram na escolha de um método definitivo, como dificuldade no acesso aos meios contraceptivos nas unidades de saúde, uso inadequado dos mesmos e até mesmo falta de informações sobre os meios ofertados. Neste caso mais uma vez é evidenciado a necessidade de mudanças constantes nas ações dispensadas a esta prática. A autora ainda relata alguns riscos como: infecções, sangramentos, lesões de órgãos pélvicos ou abdômen, reações alérgicas, gestações ectópicas e IST'S¹⁴.

Estes riscos também são relatados em um estudo mais recente de 2018, o qual aponta ainda alterações menstruais, infecções e lesão da bexiga e intestino, e a morbimortalidade após o procedimento. Ressalta também algumas contra indicações, como: infecções cutâneas localizadas, patologias como varicocele, hidrocele volumosa, hérnia inguinal, filariose, distúrbios de coagulação ¹³.

Contudo, alguns estudos apontam aspectos não favoráveis a esterilização definitiva, impondo uma melhor avaliação deste método, tendo em vista que o mesmo envolve tantos

fatores como os físico e psicológicos, e por sua vez se faz necessário conhecimento do planejamento familiar adequado e discutido com o casal e que seja implantado de forma consciente e voluntária¹⁴.

No entanto, um estudo realizado em 2007 aponta seis fatores que podem nortear a qualidade do planejamento, como: oferta e livre escolha dos métodos contraceptivos; informação fornecida ao usuário; competência técnica profissional das equipes; relacionamento interpessoal profissional-cliente; acompanhamento dos usuários; e rede apropriada de serviços¹⁵.

Diante do exposto, observa-se o quanto as ações da enfermagem, bem como da equipe multidisciplinar são importantes ao que tange um bom funcionamento das ações para um bom resultado no planejamento familiar e conseqüentemente diminuição da procura de métodos invasivo e suas conseqüências.

CONCLUSÃO

Contudo, tendo em vista as dificuldades encontradas e para que essas sejam superadas faz se necessário o engajamento dos profissionais, os quais, além do conhecimento e planejamento da assistência, possuam um olhar holístico e implantem uma assistência humanizada e equânime, onde sejam considerados todos os aspectos socioculturais e driblem as questões as quais impedem o acesso e a eficácia de um planejamento familiar efetivo.

Vale salientar a importância do planejamento familiar realizado pela atenção básica no SUS, e seus impactos na sociedade como um todo, como também a relevância de ter profissionais capacitados, bem informados sobre os protocolos do Ministério da Saúde. Estes fatores refletem em uma assistência de qualidade, conseguindo superar as dificuldades encontradas e conseqüentemente diminuindo a realização de vasectomias e laqueaduras tubárias desnecessárias.

REFERÊNCIAS

NOA SUS 01/2001- MINISTÉRIO DA SAÚDE; Norma Operacional da Assistência à Saúde, Agosto, 2001;

OLIVEIRA EL, "Verdades e mitos sobre vasectomia", Biblioteca digital de monografias, disponível em: <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/4199>, RN-2012;

COSTA A, ROSADO L, FLORENCIO A, XAVIER E, História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos" Rev, Baiana de saúde Pública, vol 37, n01, p-74-6, jan/mar, 2013; Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>

PAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher); "Princípios e Diretrizes"; MINISTÉRIO DA SAÚDE; Brasília, 2004;

Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

NICOLAU AIO, DANTAS C, GADELHA PP, PINHEIRO AK B, Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos, Rev. Eletrônica de Enfermagem, vol.14, n 1, 160-70, jan/mar,2012, Disponível em: https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a19.pdf

SANTOS J C, FREITAS PM, Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento, revscol@fiocruz.br, Ciências e saúde coletiva, RJ, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n3/1813-1820/pt>

CORTEZ EMF, ZAGONEL IPS, Implicações no planejamento familiar e qualidade de vida da mulher/família e a teoria de Leininger, Rev. Cogitare Enfermagem, vol, 16, n2, abr/jun, 2012; Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21818>

LIMA LN, COSTA LHT, COSATA MB, FERREIRA MCL, ORSI PME, ESPÍNDOLA RP, ESTEVES AMSD, VELOSO RB, Conhecimento dos estudantes da área da saúde acerca dos riscos dos anticoncepcionais hormonais, Rev. Eletrônica Acervo Saúde/EJCH, Vol.sup. 36/ e 1335, Minas Gerais, 2019; Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1335>

MOURA LNB, GOMES KRO, Planejamento Familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez, Ciência e saúde coletiva, vol19, n03, mar/2014; Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/853-863/>

GONÇALVES, G.H.T.; MARCON,S. S.;"Laqueadura ou vasectomia: fatores a considerar para a saúde da mulher", Cienc. Biol. Saúde, vol , n1, Londrina, out/2006;Disponivelem:<https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/1576>

NUNES WB. Investigação das ações de enfermagem no planejamento familiar em cidades do Curimataú Paraibano", UFCG/ CDU-614, Cuité-PB, 2013; disponível em: <http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/417>

GUTERRES DMB, Realização da laqueadura e vasectomia no planejamento reprodutivo no município de São Luis/MA, UFMA, São Luís, 2018; Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/handle/123456789/2062>

SAUTHIER M, BARBOSA MLG, Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para integração do homem, Rev. Bras. Enferm.,vol64. N3 , Brasília, mai/jun- 2011; Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300008&script=sci_arttext

MOURA ERF, SILVA RM DA; GALVÃO MTG, Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no programa saúde da família no Brasil, Cad. Saúde Pública, Vol.23, nº04, Rio de Janeiro, abril, 2007; Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n4/961-970/pt/>

COSTA AM, GUILHEM D, SILVER LD, Planejamento Familiar: a autonomia das mulheres sob questão, Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol. 06 nº01,

CAPÍTULO 4

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA O PARTO NORMAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 26/11/2020

Alisson Sidicley de Souza Nascimento

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Warner Sorel Ferreira Santos

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Felipe Renner Aleixo da Silva

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: **Introdução:** O enfermeiro tem importante papel em todos os níveis de assistência e principalmente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), através de sua função administrativa e assistencial. Tal profissional deve estar sensibilizado para a assistência prestada à clientela, ou seja, às gestantes, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal. **Objetivo:** Analisar a importância das consultas de pré-natal que tem por ações avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, garantindo o bem-estar dos mesmos. **Métodos:** O referido estudo pautou-se numa revisão bibliográfica, através de leitura crítica analítica nos diversos materiais, se buscou nos conteúdos, fazer várias reflexões,

utilizando 50 artigos, dentre os quais se utilizou 30, permitindo incluir literaturas teóricas e estudos com diferentes abordagens metodológicas, anexando artigos nas bases de dados LILACS, artigos e publicações do Ministério da Saúde.

Resultados: Pretende-se mostrar por meio dos artigos utilizados as conquistas obtidas ao longo dos anos no direcionamento do parto humanizado através do conjunto de atividades exercidas pelos enfermeiros da estratégia de saúde da família diminuindo as morbimortalidades. **Conclusão:** Dessa forma é importante fazer as considerações na humanização do cuidado obstétrico, o artigo tem como foco a humanização, parto normal e o pré-natal, visto na prática cotidiana dentro das unidades mistas e afins visando sempre fornecer a garantia de uma assistência entregue com toda a qualidade além de ser livre de escolha pelas vias de parto, proporcionando sempre a forma respeitável dentro da relação entre enfermeiros e gestantes de forma igual dentro desse processo de cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Pré-Natal; Humanização; Acolhimento.

THE IMPORTANCE OF PRE-CHRISTMAS FOR NORMAL BIRTH BY THE NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Introduction: Nurses play an important role in all levels of care, especially in the Family Health Strategy (ESF), through their administrative and care functions. Such professionals should be aware of the care provided to clients, that is, pregnant women, in addition to understanding their fundamentals and the importance of follow-up of pregnancy, in order

to obtain greater adherence to prenatal care, guaranteeing quality in care and better obstetric and perinatal outcome. **Objective:** To analyze the importance of prenatal consultations that have as actions to evaluate the health of the woman and the fetus and their development, guaranteeing their well-being. **Methods:** This study was based on a bibliographical review, through critical analytical reading in the various materials, we searched the contents, made several reflections, using 50 articles, among which 30 were used, allowing to include theoretical literatures and studies with different approaches **Results:** It is intended to show through the articles used the achievements obtained over the years in the direction of humanized delivery through the set of activities carried out by the nurses of the Ministry of Health. family health strategy reducing morbidity and mortality. **Conclusion:** In this way, it is important to consider the humanization of obstetric care, the article focuses on humanization, normal delivery and prenatal care, as seen in daily practice within the mixed and related units, always aiming to provide the guarantee of a delivered care with all the quality besides being free of choice by the ways of giving birth, always providing the respectable form within the relationship between nurses and pregnant women equally in this caring process.

KEYWORDS: Nursing; Pre Natal; Humanization; Reception.

1 | INTRODUÇÃO

O enfermeiro tem importante papel em todos os níveis de assistência e principalmente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), através de sua função administrativa e assistencial. Tal profissional deve estar sensibilizado para a assistência prestada à clientela, ou seja, às gestantes, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal¹.

Busca-se identificar a importância da realização do pré-natal e do parto normal torna-se primordial observar como se deu a implantação da humanização preconizada neste atendimento ao longo dos anos. Sendo de suma importância se compreender os véis da reprodução dentro da sociedade.

Importante o destaque na atenção humanizada como um conjunto sendo de diversos conhecimentos, práticas e atitudes que buscam a Promoção do Parto e também do nascimento saudável, adotando uma prevenção sobre as questões de morbimortalidade materna e perinatal, ainda afirma-se que é no pré-natal que se dá início ao fornecimento de garantias através das equipes de saúde da família pela realização de procedimentos que tragam benefícios a mulher e ao bebê².

Destacando o papel do enfermeiro na assistência e principalmente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), através de sua função administrativa e assistencial. Sempre na sensibilização do profissional no serviço prestado à clientela, neste caso especial as gestantes, importante seguir a gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal¹.

A escolha do referido tema foi motivada pela necessidade de aprofundar os

conhecimentos da importância do pré-natal para o parto normal, pela necessidade relacionada aos cuidados e orientações as pacientes, nas dificuldades enfrentadas no dia a dia.

Assim sendo, já que o enfermeiro é um profissional responsável por programas de educação em saúde, cabe a ele, adquirir conhecimento a fim de esclarecer as dúvidas encontradas pelos profissionais de saúde a respeito da abordagem e cuidados a paciente. Onde o tipo de parto é um evento que acompanha todo o processo gravídico. No início da gestação o parto costuma ser vivido como realidade distante, porém torna-se mais próximo e concreto na medida em que a gravidez aproxima-se do final e tendo em vista a limitação nas informações durante o acompanhamento do pré-natal sobre os benefícios do parto normal.

Contudo, os estudos avaliados elencaram a importância do profissional enfermeiro na prestação da assistência pré-natal, especialmente por seu cuidado humanizado, com escuta qualificada, o que leva a gestante a ter mais confiança e segurança durante essa fase tão marcante e singular em sua vida.

2 | OBJETIVOS

Analisar a importância das consultas de pré-natal que tem por ações avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, garantindo o bem-estar dos mesmos.

Acompanhar a assistência integral do enfermeiro a gestante desde o pré-natal até o parto normal, exemplificando as mudanças ocorridas na assistência junto as ESF's preconizados pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.

3 | MÉTODOS

O referido estudo pautou-se numa revisão bibliográfica, através de leitura crítica analítica nos diversos materiais, se buscou nos conteúdos, fazer várias reflexões, analisando 50 artigos, dentre os quais se utilizou 30, permitindo incluir literaturas teóricas e estudos com diferentes abordagens metodológicas, anexando artigos nas bases de dados LILACS, artigos e publicações do Ministério da Saúde buscando à compreensão dos efeitos relacionados a vivência obtida na assistência da enfermagem junto ao trabalho humanizado pelas vias de parto, onde é relevante algumas considerações sobre a falta de segurança e indignação de algumas parturientes.

Foram analisadas edições publicadas nos anos de 2001 a 2019, tendo como critérios de inclusão artigos que contivessem todas as informações sobre a importância do pré-natal e publicações em português e como critérios de exclusão, artigos em outros idiomas ou que não apresentassem resultados para amostra.

Ainda no trabalho de revisão bibliográfica dizemos que foi levada em consideração ao estudo a importância da humanização na assistência do enfermeiro da estratégia da

família junto ao cuidado gravítico.

O presente trabalho apresenta uma abordagem também qualitativa que, segundo o pensamento de Minayo, tem-se como um estudo da história, ou seja, das relações interpessoais, das crenças do povo, das percepções da sociedade, das opiniões comuns e incomuns, de como o homem interpreta, pensa e age.

Vemos que pela realização da pesquisa qualitativa tenta-se fornecer uma compreensão particular daquilo que se estuda. Onde se aponta como núcleo central a atenção sendo centralizada no específico, ainda visando à busca mais de uma compreensão do que a explicação dos fatos obtidos no estudo.

4 | RESULTADOS

Após a leitura criteriosa dos artigos que compuseram o corpus, foram extraídas as informações, cuja síntese se encontra a seguir no Quadro 1.

Título	Ano de publicação	Principais aspectos
PRÉ-NATAL DE ENFERMAGEM: CONHECENDO NOVOS OLHARES APOIADOS EM POLITICAS PÚBLICAS ⁵	2013	Prática do profissional de enfermagem nas ações de pré-natal
CIÊNCIA, TÉCNICA E ARTE: O DESAFIO DA PESQUISA SOCIAL ³	2001	Os desafios da pesquisa social
A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal ⁶	2007	atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem
A CASA DE PARTO DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA ⁷	2004	assistência obstétrica em casa de parto e a percepção das usuárias
A Competência das Famílias ⁹	2015	a terapia familiar sistêmica. Sob a designação de terapia familiar
Enfermagem na maternidade ⁸	2019	Iniciativa ao parto normal

Fonte: Autoria Própria 2020.

Pretende-se mostrar por meio dos artigos utilizados as conquistas obtidas ao longo dos anos no direcionamento do parto humanizado através do conjunto de atividades exercidas pelos enfermeiros das estratégias da saúde da família, diminuindo as morbimortalidades.

Após a análise do título e adequação do tema, no primeiro momento se discute

situações sobre uma retrospectiva histórica da assistência humanizada nas vias de parto, logo após, parte-se para conhecer melhor a questão da enfermagem e a humanização do cuidado, também pesquisa se a enfermagem e o pré-natal identificam o acolhimento da gestante e os programas implantados para um melhor atendimento.

5 | DISCUSSÃO

A assistência no pré-natal, adicionada ao cuidado inclui a qualidade do enfermeiro, que deve ser competente, humano e dedicado. Competente para orientar convenientemente as gestantes, reconhecer precocemente os problemas que possam surgir e enfrentá-los de maneira correta de modo a evitar ou minimizar suas conseqüências⁷.

Quanto ao numero de consultas pré-natais que a mulher deverá realizar, o Ministério da Saúde preconiza no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre¹⁰. Os aspectos emocionais devem ser abordados desde a primeira consulta de pré-natal, estabelecendo uma confiança entre o profissional e a gestante, assim mais dúvidas podem ser sanadas e há uma abertura maior por parte da gestante⁴.

Destaca-se desta forma a participação do enfermeiro durante a atenção ao pré-natal, o mesmo desenvolve um trabalho de fundamental importância na promoção de saúde, através da orientação e educação à gestante, além de fornecer o diagnóstico e tratamento das afecções que podem ocorrer durante o período pré-natal⁴.

Observa-se que através da Promoção das ações de educação em saúde durante o período gravídico-puerperal, o mesmo profissional de enfermagem pode utilizar, como estratégia de atuação, o grupo de gestantes, grupo de puérperas ou sala de espera, buscando objetivar não só um cuidado humanizado e amplo às pacientes, mas também possibilitando o empoderamento das mesmas tema atualmente muito discutido na nossa sociedade, além de dar aparatos aos familiares participantes, no gerenciamento do seu cuidado⁴.

Em se falando sobre o desenvolvimento da educação em saúde na enfermagem dizemos que: se caracteriza como uma possibilidade de adquirir saberes e fortalecimento de atitudes, com o intuito de melhorar a saúde individual e coletiva, vez que o sujeito que está inserido neste processo horizontal vê-se responsável pela sua saúde⁵.

Observando o atendimento às gestantes destaca-se como fator primordial a escuta e o acolhimento, onde a mulher tem a oportunidade de aprender sobre si própria e sobre seu bebê⁶.

Compreende-se que a atenção a saúde da mulher deve se organizar de forma que comporte as necessidades das mulheres na gestação como no puerpério, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos (humanos e físicos) disponíveis adequados para cada caso garantindo a humanização da

assistência e dessa forma reduzindo a morbimortalidade materna e infantil⁴.

Observa-se que falando sobre a saúde das mães e vê que a mesma deve ter uma saúde gestacional ótima, diga-se que depende dela o bem-estar do seu futuro filho. Por esse motivo, faz-se necessário que durante a gestação a mulher seja orientada e encorajada a buscar medidas que previnam quaisquer problemas que possa prejudicar o crescimento e o desenvolvimento do bebê.

Assim sendo entende-se que desta forma: a assistência pré-natal é de fundamental importância para preparar a mulher até a maternidade, onde não se deve ter como verificação uma simples assistência médica mais sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional⁶.

O enfermeiro, enquanto ser humano tem uma personalidade que o caracteriza. A assistência humanizada não pode ser ensinada e nem ordenada, mas sim vai depender do caráter do enfermeiro e da sua sensibilidade como pessoa, por um lado, e da inclusão deste conceito na sua formação universitária, tanto a nível teórico como prático. É por isso que, na sua assistência à mulher, o enfermeiro deve fazer todos os esforços possíveis para compreender, aceitar os sentimentos dos membros da família e satisfazer suas necessidades de assistência relacionadas com o parto².

Por desempenhar um papel de extrema importância em completamente todo processo, o enfermeiro deve mostrar detalhadamente, por meio da sua conduta, que cada caso é considerado um acontecimento muito importante por si mesmo. O enfermeiro que presta cuidados às parturientes deve ter em conta que, “o nascimento de um filho representa para a mãe um momento de crise, entendida como um momento em que transformações estão prestes a produzir-se”⁹.

Percebe-se que o trabalho do enfermeiro leva alívio a gestante, levando em consideração as explicações que deixam as mulheres mais tranquilas e familiarizadas com o ambiente, tendo a privacidade necessária e sentindo-se segura, as mesmas tornam-se mais a vontade de tentar formas de conforto.

Observando pesquisas sobre as terapias como: hidroterapia, banhos de banheira, chuveiro ou jato de água quente, com bolhas de água e o contato das mesmas, tornam-se estimulantes e aumentam produção de oxitocina.

A oxitocina é frequentemente utilizada na prática obstétrica moderna, para aumentar a atividade uterina quando ocorre uma falha no trabalho de parto, com o objetivo de permitir que o processo de parto progrida para um parto vagina¹.

Outro método utilizado para relaxamento do trabalho de parto é a musicoterapia, redução do stress, ansiedade e dor. As parturientes devem ser incentivadas a levar a sua música preferida para a maternidade e o uso de auscultadores pode aumentar a sua eficácia porque outros sons serão excluídos. Essas são algumas entre outras muitas estratégias de relaxamento e alívio da dor⁸.

6 | CONCLUSÃO

Após discutirmos os principais aspectos que englobam a importância da enfermagem no pré-natal, é oportuno salientar que muito ainda há para ser mudado, mas para isso, demanda tempo, pois a comunidade em geral ainda não está acostumada com a consulta de enfermagem, pois pensam que as consultas são apenas médicas. Por esse motivo, o enfermeiro fica ofuscado e muitas vezes, inibido, deixando sua prestação de assistência aquém de sua capacidade real.

Dessa forma é importante fazer as considerações na humanização do cuidado obstétrico visto na prática cotidiana dentro das unidades mistas e afins visando sempre fornecer a garantia de uma assistência entregue com toda a qualidade além de ser livre de escolha pelas vias de parto, proporcionando sempre a forma respeitável dentro da relação entre enfermeiros e gestantes de forma igual dentro desse processo de cuidar.

As referências bibliográficas nos mostram todos os aparatos necessários a realização deste trabalho, onde todos os autores renomados que falam da temática do enfermeiro junto ao trabalho de parto nas vias natural. Importante destacar o papel do enfermeiro na assistência e principalmente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), através de sua função administrativa e assistencial. Sempre na sensibilização do profissional no serviço prestado à clientela, neste caso especial as gestantes, importante seguir a gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal¹.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001
3. Minayo, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 30. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
4. Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
5. Santos, Carolina Carbonell; RESSEL, Lúcia Beatriz. Pré - natal e enfermagem: conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. v.2, n.1, p.79-87, 2013. Disponível em: <<http://www.uniarp.edu.br>>. Acesso em: 20 março de 2019.
6. Araújo, M.D.S. et al. A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal, 2007. In. Santos E.F. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 01/03/2019

7. Fernandes BM. A casa de parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, diagnóstico do perfil do atendimento e a percepção das usuárias [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004
8. Lowdermilk, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7º Edição. Portugal. Lusodidacta.
9. Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias. Tempo, caos e processo*. Lisboa. Climepsi Editores
10. Ministério da Saúde. SAÚDE DE A A Z DIABETES; 2013 /2019. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saúde-de-a-z/diabetes>

CAPÍTULO 5

PRÉ-NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 14/12/2020

Amilton Douglas Ferreira de Araujo

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-
PPGENF, Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro-UNIRIO

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3681-8053>

Araciana Moreno Fontes de Azevedo

Faculdade CNEC de Rio das Ostras

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7152-4360>

Zulmira Alice Soares Guimarães

Faculdade CNEC de Rio das Ostras

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5445-7477>

Bruna Celia Lima de Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-
PPGENF, Universidade Federal do Estado do

Rio de Janeiro-UNIRIO

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1468-5552>

Alexandre Sousa da Silva

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,
Departamento de Matemática e Estatística

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5573-4111>

Adriana Lemos

Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9705-6200>

Maria Núbia Gama Oliveira

Prefeitura municipal de Macaé (centro de
referência do adolescente), Hospital Regional
Gélio Alves Faria. HRGAF/SES/RJ

Rio de Janeiro-RJ

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5337-8216>

Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso de
graduação em enfermagem “Pré-natal no Programa
de Saúde do Homem: Uma revisão Integrativa”,
apresentado à Faculdade CNEC Rio das Ostras-
FACRO, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

RESUMO: Objetivo: Descrever os principais motivos que afastam o homem do autocuidado. Ressaltar o pré-natal do homem durante as consultas da parceira, valorizando o autocuidado do parceiro. **Métodos:** Estudo de revisão integrativa, entre 2014-2018. Disponibilizada na Biblioteca Virtual da Saúde e a ela indexada. Analisaram-se os níveis de evidências. **Resultados:** selecionaram-se sete artigos para a revisão. Destes, cinco foram encontrados na base de dados *Literature Latino- America do Caribe* em Ciências da Saúde e dois no Banco de Dados em Enfermagem. Os níveis de evidências seis e quatro identificados nos artigos foram um e seis respectivamente. **Conclusão:** constatou-se que o afastamento do homem no autocuidado ocorreu devido aos fatores: socioeconômicos, escolaridade, gênero, compatibilidade de horário entre trabalho e funcionamento da unidade, desconhecimento da política de saúde de homem. Para a inclusão e participação do homem nas ações de saúde, o pré-natal é considerado como

uma ferramenta acessória muito importante para esse feito.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal; Saúde do homem; Paternidade; Cuidados de enfermagem; Saúde da família.

PRENATAL IN MAN'S HEALTH PROGRAM: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: Describe the main reasons that make self-care man away. Highlight or prenatal care of the man during the partner's consultations, valuing or self-care of the partner. **Methods:** Integrative review study, between 2014-2018. Available at the Virtual Health Library and indexed. Analyze usage levels. **Results:** Seven articles were selected for review. Five destinations were found in the Latin Literature - Caribbean America in Health Sciences database and two in the Nursing Database. The levels of evidence six and four identified in the articles were one and six respectively. **Conclusion:** It was found that the removal of men did not occur due to factors: socioeconomic, education, gender, compatibility of time between work and operation of the unit, ignorance of the health policy of men. To include and participate in health actions, prenatal care is considered as a very important access tool for this feat.

KEYWORDS: Prenatal care; Men's health; Paternity; Nursing care; Family health.

INTRODUÇÃO

Ao considerar a diversidade de agravos que acometem os homens, observa-se que poucos frequentam os serviços de saúde, rejeitando a possibilidade de adoecer, que muitas vezes decorre de variáveis culturais (CLIMACO; VILELA; YARID *et al.*, 2020).

Verificam-se efeitos ainda mais devastadores na formação da psique na idade adulta, onde o homem não pode expressar seus anseios, medos, inseguranças, porque isso o deixaria fragilizado diante da sociedade. Considera-se uma lapidação da formação e diferenciação dos gêneros com repercussões ruins e impactos psicológicos negativos para esse menino/homem, onde o sexo masculino tem que ser superior aos mais frágeis, aos seus pares e, sobretudo ao sexo feminino (FIGUEIREDO, 2005, RIBEIRO, 2006, KWON; OLIFFE; *BOTTORF et al.*, 2015).

As ciências biomédicas e sociais demonstram fatores relevantes ao cuidado da saúde do homem, considerando o uso precoce de substâncias lícitas e/ou ilícitas. Observa-se no estudo de Kwon *et al.* que o uso do tabaco no sexo masculino é cinco vezes maior que nas mulheres (KWON; OLIFFE; *BOTTORF et al.*, 2015).

Evidenciou-se que os efeitos maléficos dessas drogas poderão ocasionar transtornos psicológicos, tais como variação de humor, depressão, comportamento agressivo, assim como traumas físicos e psicológicos, decorrentes de violência física, verbal e/ou sexual, levando-o a maiores incidências de violências doméstica e social. Destaca-se que, atualmente uma das consequências é a maior taxa de mortalidade masculina por suicídio e homicídio quando comparada à feminina (KWON; OLIFFE;

BOTTORF et al., 2015, BRASIL, 2020a).

Estabeleceu-se, através da Portaria 1.944 em 27 de agosto de 2009, pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tendo como princípio as ações e serviços ofertados à população masculina, acolhendo-o com integridade e equidade, evidenciando a humanização da atenção a essa população (BRASIL, 2009, COELHO; SCHWAZ; BOLSONI *et al.*, 2018).

De acordo com o Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2019 a taxa de mortalidade masculina na idade reprodutiva e de trabalho (faixa etária de 15 a 59 anos) representou 67,31% do total de mortes nesse período, ou seja, mais que o dobro do percentual de óbitos femininos (BRASIL, 2020b).

Melhorar o engajamento dos homens nos serviços de saúde é uma forma de prevenção em saúde, sendo assim o Pré-Natal do Parceiro surgiu como forma de promover ações de cuidados e bem-estar no momento em que a família está mais unida e engajada aos cuidados, saindo do binômio de mãe-filho para a tripartite mãe-pai-filho, tendo assim uma família/sociedade mais consciente e com maior qualidade de vida. Durante a consulta do pré-natal são promovidas ações dedicadas ao parceiro, onde são coletados dados e acrescentados à caderneta da gestante, como por exemplo, a solicitação dos exames sorológicos para HIV, Sífilis, Hepatite B, situação vacinal, encaminhamento para avaliação odontológica (DUARTE, 2007).

Considera-se que os exames sorológicos para o parceiro no pré-natal são de extrema relevância, visto que cada etapa possui como propósito demonstrar a importância da participação do parceiro em todas as consultas da gestante. Ademais, tal ato associa-se ao fortalecimento do elo entre o casal; propicia diagnóstico precoce de infecção sexualmente transmissível (IST), o que evita a transmissão vertical (mãe e filho); além de viabilizar esclarecimentos sobre gravidez de poder tirar suas dúvidas junto com sua parceira (DUARTE, 2007, HORTA; MARTINS; NONATO *et al.*, 2020).

Estudos demonstram que os parceiros gostariam de acompanhar suas esposas durante a consulta de pré-natal, mas não o fazem por vergonha, insegurança sobre o que os outros irão pensar sobre sua presença na unidade/consulta. Observam-se como questões para a baixa frequência do homem/parceiro na unidade de saúde: etnia, sociais/culturais, falta de recursos financeiros, medo de realizar os testes sorológicos e os possíveis resultados, os profissionais de saúde não os cativavam/acolhiam, ou nos horários de atendimentos estavam trabalhando (BRASIL, 2009, DAVIS; VAUGHAN; NANKINGA *et al.*, 2018, NASIRI; VASEGHI; MORAVVAJI *et al.*, 2019, GIBORE; BALI; KIBUSI, 2019).

Preconiza-se pela Organização Mundial de Saúde que os pais/parceiros participem das consultas como forma de melhoria nos cuidados e da assistência ao pré-natal e familiar. Destaca-se que a educação e sensibilização foi o método que mostrou maior efetividade na captação (DUARTE, 2007, DAVIS; VAUGHAN; NANKINGA *et al.*, 2018, NASIRI; VASEGHI; MORAVVAJI *et al.*, 2019, GIBORE; BALI; KIBUSI, 2019).

Pautando-se na saúde da população masculina o estudo justifica-se considerando o pré-natal um momento de fortalecimento dos laços, autoconhecimento, dedicação e fraternidade, então, devemos usar esse momento de grandes expectativas e medo para esclarecer e realizar a educação em saúde com o intuito de oportunizar a promoção da saúde e assim prevenir que a comunidade fique doente ou diminuir suas sequelas, promovendo o conforto e bem-estar. Sendo esse papel fundamental do enfermeiro como educador em saúde.

Desta forma o estudo tem como objetivo descrever os principais motivos que afastam o homem do autocuidado. Ressaltar o pré-natal como um momento de estímulo e valorização do autocuidado do parceiro, por meio de uma revisão integrativa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão da integrativa; deve-se seguir seis passos para elaboração da revisão (SOUSA; MARQUES-VIEIRA; SEVERINO, 2017), sendo:

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora;

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura;

3ª Fase: coleta de dados;

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos;

5ª Fase: discussão dos resultados e;

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa.

Optou-se por esse tipo de estudo por englobar os principais conteúdos sobre a temática o que auxilia o Enfermeiro na tomada de decisão e na prestação de cuidados, deste modo o profissional terá uma síntese de conhecimentos. O propósito geral de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um tópico, ajudando nas fundações de um estudo significativo para enfermagem. Esta tarefa é crucial para os pesquisadores (SOUSA; MARQUES-VIEIRA; SEVERINO, 2017).

1ª Fase da Revisão Integrativa: elaboração da pergunta norteadora

Definiu-se a pergunta norteadora, a qual surgiu por meio de questionamentos sobre quais os motivos que levam a população masculina a pouca adesão a prevenção de doenças e agravos, o afastando do autocuidado. Formulou-se a primeira pergunta:

1. Quais as principais razões que afastam o homem do autocuidado?

No segundo momento como o pré-natal do parceiro pode influenciar na adesão e orientações ao autocuidado e inserir o parceiro da gestante no PAISH e melhorar a qualidade de vida da população masculina. Formulou-se a segunda pergunta:

2. Como o pré-natal do parceiro, pode engrandecer o autocuidado do homem e melhorar a qualidade de vida no segmento masculino?

2ª Fase da Revisão Integrativa: busca ou amostragem na literatura

Selecionaram-se os descritores na plataforma de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) sendo eles “Parceiro” (*Partner*), e “Paternidade” (*Parternity*) e posteriormente feita à pesquisa na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), realizando o cruzamento dos descritores utilizando o *Booleano and*.

Definiu-se os critérios de inclusão e exclusão.

Estabeleceram-se os critérios de inclusão, onde foram selecionados: estudos em formato de artigo; em língua portuguesa; recorte temporal dos últimos cinco anos (2014 a 2018); artigos completos com acesso gratuito, realizado no Brasil. Dessa forma, será possível observar questões rotineiras a realidade da população brasileira.

Definiram-se os critérios de exclusão, teses, dissertações, cartas ao editor; artigos em duplicidade; fora do recorte temporal; resumo que não abordasse a participação do homem durante o pré-natal.

Representa-se por meio da letra “**A**” cada artigo, registrando distintamente cada autor.

3ª Fase da Revisão Integrativa: coleta de dados

Realizou-se a leitura dos resumos e *abstract* dos artigos, resenha dos artigos, representados através dos autores, periódico, ano, estado, país, método, nível de evidência e resultado. Descreve-se nos resultados. Conforme mostra as Figura 2-4.

4ª Fase da Revisão Integrativa: análise crítica dos estudos incluídos

Analisou-se os artigos e levantamento dos níveis de evidência. O nível de evidência é classificado em seis níveis os quais são:

- Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOUSA; MARQUES-VIEIRA; SEVERINO, 2017).

A categorização por nível de evidência será representada pelas letras “**N/E**” e o número correspondente ao nível de evidência.

5ª Fase da Revisão Integrativa: discussão dos resultados

RESULTADOS

Cruzou-se os descritores na BVS onde foram localizados vinte artigos, cinco (2014), dois (2015), quatro (2016), sete (2017) e dois (2018). Excluíram-se quatro em duplicidade, oito resumos que não abordaram a participação do homem durante o pré-natal e um que não obteve o texto completo para leitura. Totalizam-se sete artigos para a discussão e análise.

Selecionaram-se sete artigos para o estudo, estes foram desenvolvidos por 25 autores, ao total, a formação base desses profissionais são 56% (n= 14) enfermeiros, 16% (n= 4) psicólogos, 8% (n= 2) comunicação social, 8% (n= 2) pedagogos, 4% (n= 1) farmacêutico, 4% (n= 1) médica, 4% (n= 1) administrador.

Os autores utilizaram no delineamento do estudo mais de um método, descritos nos artigos pesquisados como: seis estudos utilizaram métodos qualitativos, três descritivos, dois exploratórios, um quantitativo, uma análise de conteúdo e um estudo narrativo.

Identifica-se que os estudos foram realizados nos seguintes Estados brasileiros: três no Rio de Janeiro, dois no Rio Grande do Sul, um em Mato Grosso e um em Minas Gerais.

Os periódicos de publicação foram *Ciência & Saúde Coletiva*, um artigo, (qualis da revista B1), *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental*, um artigo, (qualis da revista B1), *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, um artigo, (qualis da revista B2), *Caderno de Saúde Pública*, um artigo, (qualis da revista B1), *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, um artigo, (qualis da revista B1), *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, um artigo, (qualis da revista B3) e *Revista Enfermagem UFPE online*, um artigo, (qualis da revista B2).

Ressalta-se que, destes, cinco foram encontrados na base de dados *Literature Latino– America do Caribe* em Ciências da Saúde (LILACS) e dois no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Os níveis de evidências identificados nos artigos foram **N/E 6**: um artigo, **N/E 4**: seis artigos.

O processo de identificação e seleção dos artigos utilizados para o estudo está representado na Figura 1.

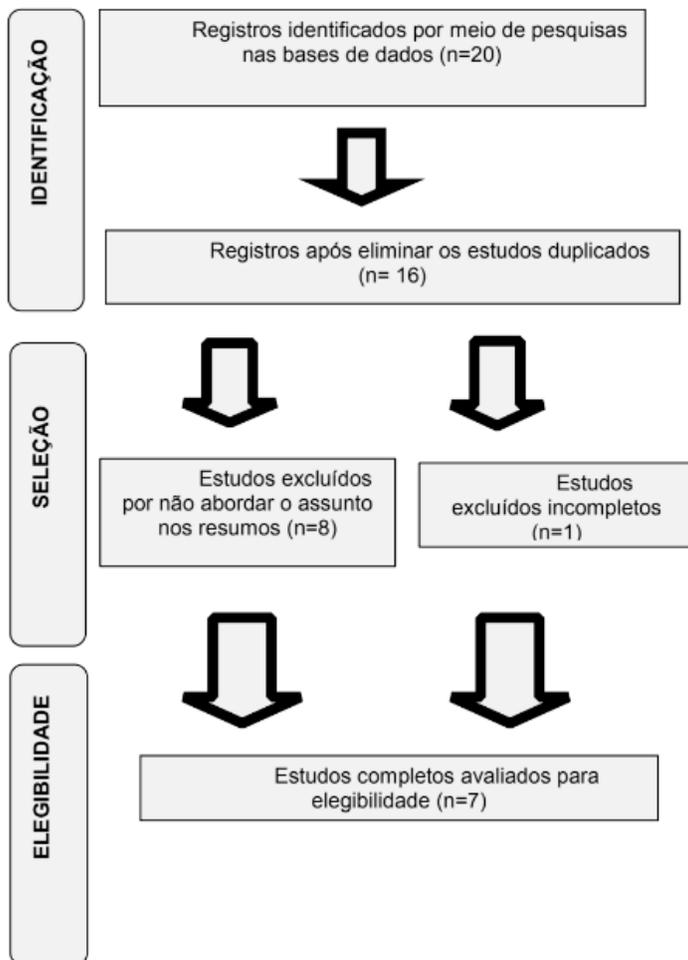


Figura 1. Fluxograma dos artigos encontrados e selecionados para o estudo.

Fonte: Adaptado de PRISMA Group 2009.

A Figura 2 demonstra dois estudos dos quais no primeiro artigo os autores concluíram que os efeitos culturais afetam as ações do homem na relação com a gestante e/ou prole, a execução da paternidade está ligada ao sustento da família e a questões de gênero, conforme os novos contextos familiares. E no segundo, os autores observaram que será necessária afetividade pelos serviços de saúde juntamente com o setor jurídico e educação para uma maior participação do homem nas rotinas de saúde.

Artigo	Autor	Periódico	Ano/Estado/ País	Método/nível de evidências	Resultados
A1	Gomes R, Albernaz L, Ribeiro CRS, Moreira MAN, Nascimento M ⁽¹⁸⁾ .	Ciênc. Saúde Colet.	2016/Rio de Janeiro/Brasil.	Estudo consiste num trabalho opinativo que parte da experiência dos autores. N/E 6: estudo de opinião.	Como resultados, são apresentados: (a) os princípios das linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, e (b) proposta de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal.
A2	Cardoso VEPS, Junior AJS, Bonatti F, Santos GWS, Ribeiro TAN ⁽¹⁹⁾ .	Rev. Pesqui. (Online)	2018/Mato Grosso/Brasil.	Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. N/E 4: descritivo qualitativo.	Das participantes do estudo, apenas uma teve acompanhamento integral do parceiro, outras cinco relataram a presença apenas na realização da ultrassonografia obstétrica. daquelas que relataram ausência, o trabalho foi apontado como principal fator, também se observou que questões de gênero influenciam nesta ausência, pois a gestação é vista como momento exclusivo da mulher.

Figura 2. Categorização estrutural dos artigos A1 e A2, através dos autores, periódico, ano, estado, país, método, nível de evidência e resultado.

Fonte: Dados obtidos pelos autores.

Observam-se na Figura 3 os artigos com a descrição de uma maior aproximação familiares mãe-pai-filho, a necessidade de efetiva interação entre profissionais de saúde na Atenção Básica, estimular e facilitar ao acesso do homem na participação das consultas de pré-natal. A necessidade de desvincular os termos sexualidade das relações sexuais e também de saúde sexual com transmissão e contágio sobre aspectos culturais sobre o homem. E proporcionar o acesso do pai desde o pré-natal até a puericultura, ou seja, em todos os momentos da criança preparando o casal durante as consultas e orientações.

Artigo	Autor	Periódico	Ano/ Estado/País	Método/nível de evidências	Resultados
A3	Caldeira LA, Oliveira LVA, Henriques BD ⁽²⁰⁾ .	Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.	2017/Minas Gerais/Brasil.	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, avaliada por meio de análise de conteúdo. N/E 4: descritivo qualitativo.	A pesquisa apontou o apoio ofertado em âmbito familiar como essencial para a gestante e a ausência do homem durante a consulta foi entendida e justificada pelo horário de trabalho do companheiro, na maioria das vezes.
A4	Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR ⁽²¹⁾ .	Cad. Casa Oswaldo Cruz	2016/Rio de Janeiro/Brasil.	Abordagens e técnicas de perspectivas qualitativa e quantitativa em um único estudo. N/E 4: descritivo qualitativo.	Os temas sexualidade masculina em associação com paternidade e cuidado à saúde ainda evocam a dimensão privada, referida aos limites da geografia da casa.
A5	Da Silva BT, Da Silva MRS, Bueno MEN ⁽²²⁾ .	Esc. Anna Nery Rev. Enferm.	2014/Rio Grande do Sul/Brasil.	Estudo exploratório qualitativo. N/E 4: descritivo qualitativo.	Por meio da análise textual discursiva e do referencial bioecológico do desenvolvimento humano, identificou-se as seguintes categorias: experiências vivenciadas na família de origem; experiências vivenciadas no microsistema familiar e experiências vivenciadas nos mesossistemas.

Figura 3: Categorização estrutural dos artigos A3, A4 e A5, através dos autores, periódico, ano, estado, país, método, nível de evidência e resultado.

Fonte: Dados obtidos pelos autores.

Na figura 4 observou-se estudos que descrevem a existência de questões que podem influenciar a participação do homem no período de pré-natal, questões como culturais, familiares e econômicas onde este parceiro está incluído. Os autores descrevem a necessidade de mudanças nos programas sobre saúde sexual e reprodutiva para impulsionar e captar o parceiro para participar das consultas de pré-natal.

Artigo	Autor	Periódico	Ano/ Estado/ País	Método/nível de evidências	Resultados
A6	Henz GS, Medeiros CRG, Salvador M ⁽²³⁾ .	Rev. enferm. atenção saúde	2017/Rio Grande do Sul/Brasil.	Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e de caráter descritivo e exploratório. N/E 4: descritivo qualitativo.	A limitação da oferta de horários de atendimento, que coincidem com os de trabalho dos homens dificulta a participação paterna. Destacou-se a importância de as gestantes encorajarem o seu parceiro a participar das atividades do pré-natal.
A7	Costa SF, Taquete SR ⁽²⁴⁾ .	Rev. enferm. UFPE (online)	2017/Rio de Janeiro/Brasil.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa. N/E 4: descritivo qualitativo.	Houve o desejo do parceiro de acompanhar as consultas do pré-natal, mas este desconhece seu direito de participar. Há limites pessoais e institucionais para efetivar a participação dos parceiros.

Figura 4: Categorização estrutural dos artigos A6 e A7, através dos autores, periódico, ano, estado, país, método, nível de evidência e resultado.

Fonte: Dados obtidos pelos autores.

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa

DISCUSSÃO

1. As principais razões que afastam o homem do autocuidado

Evidenciou-se que, no processo histórico e social cabe ao homem o papel de provedor e protetor do seu lar, visto que este tem características biológicas mais resistentes quando comparados a feminina. Cabendo a mulher o processo de cuidar do lar, ser genitora, cuidar e educar da sua prole. Como se o homem não tivesse a capacidade ou condições de cuidar do lar e do (s) filho (s) e a mulher prover o lar (DA SILVA; DA SILVA; BUENO, 2014, GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO, 2016, CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018,).

Entende-se que a população masculina ainda é representada por uma pequena parcela de usuários que frequenta a Unidade Básica de Saúde (CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Argumenta-se como justificativas usadas pelos homens para se ausentarem às consultas: estar trabalhando ou estudando, coincidindo com o horário de funcionamento da unidade. Faltar ao trabalho implicaria em sanções, descontos monetários no salário ou possíveis demissões (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Evidencia-se que a baixa escolaridade contribui para a pouca adesão ao pré-natal e o autocuidado, quanto maior a escolaridade do indivíduo maior será a sua participação e execuções nas ações educativas e de saúde. Ressalta-se que questões socioeconômicas também são relevantes, quanto menor a renda maior será a dificuldade e adesão (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017).

Observa-se que muitas mulheres não convidam seus parceiros para as consultas pré-natais, pois acreditam que é um ambiente totalmente feminino e é um momento de privacidade com o enfermeiro, o que reforça a ideologia e separação de gênero na sociedade e unidade de saúde (COSTA; TAQUETE, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Aponta-se que socialmente no período de pré-natal, a atenção e cuidado são voltados para a mulher e o homem fica isolado nas questões da gestação, o que pode gerar sentimentos de ciúmes por parte dos homens, sentimento de abandono e isolamento (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017).

Entende-se que as Unidades de Saúde estão preparadas para atender as questões ligadas com a saúde da mulher e criança. Visualiza-se que a própria apresentação da unidade é feminina, com cartazes e anúncios voltados para esse público, o que causa a impressão de feminilização do ambiente. Não tendo como foco a saúde masculina (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Observa-se que a falta de propagandas e informes voltados para a saúde do homem e do pré-natal do parceiro pode ser um fator contribuinte para que o homem não se sinta parte daquele local, não constituindo uma porta de entrada para os cuidados com a sua saúde (HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Sabe-se que os gestores têm papel essencial nas pactuações e organização do acesso às unidades de serviços de saúde. Qualificam-se os profissionais para atuarem com diferentes perfis na perspectiva de gênero (GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO, 2016).

Argumenta-se que no processo de acolhimento, conversar com o parceiro da gestante, a fim de que participe do pré-natal. Destacam-se as limitações de cada indivíduo, incluindo-o de forma singular e gradativa, respeitando as limitações de cada parceiro/casal, pois ainda se observa questões sociais quanto ao papel do homem na sociedade (GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO, 2016).

Entretanto, muitos profissionais de saúde não sensibilizam a gestante e/o parceiro para a sua participação ativa, seja pela falta de conhecimento do programa, pouco conhecimento sobre a heterogeneidade masculina ou dificuldade na abordagem da população masculina. Percebe-se que muitos dos profissionais não questionam a gestante sobre a presença do parceiro durante a (as) consulta (as) e como a participação do parceiro pode afetar na qualidade do pré-natal da mulher (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016,

HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Nos estudos de McKinlay (2009) Moreira; Gomes; Ribeiro, (2016) relatos de que a morbimortalidade entre homens e mulheres pode ser baseada em cinco fatores: especificidades biológico-genético; diferença e desigualdade sociais e éticas; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca e uso de serviços de saúde e cuidados de profissionais de saúde.

Salientam-se as linhas de cuidados que norteiam a população masculina: saúde sexual, reprodução e paternidade onde devem nortear uma problematização para a criação de cuidados ou aprimorar as ações existentes (GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO, 2016).

Constatou-se que a imposição social binária masculino-feminina coloca a heterossexualidade associada à hipermasculinidade como uma fonte de barreira para os cuidados do homem; e associação do gênero, sexo e sexualidade como se fossem único sinônimo (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017).

Entende-se que a hipermasculinidade cria a sensação de que o homem é invulnerável e, com isso, não vai adoecer ou que não será atingido por questões externas. O que faz com que esse indivíduo somente procure a assistência na emergência e/ou no serviço especializado como porta de entrada para atendimento, quando a doença já esta instalada, e em casos irreversíveis (HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017).

Abordam-se em outros estudos a diversidade quanto à homoparentalidade (casal do mesmo sexo), e a parentalidade por casais transexuais e travestis. Sabe-se, portanto que, “E, nessa diversidade, será importante que o acolhimento e a criação da criança seja vista a partir do estabelecimento de vínculos, e de uma relação de troca de bens e cuidados” (GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO, 2016, p. 1550).

Compreende-se que o objetivo da abordagem do parceiro é para facilitar e melhorar o acesso do homem ao pré-natal e posteriormente aos demais programas de saúde, realizando a promoção e a prevenção de agravos (CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

2. Pré-natal do parceiro ampliando o autocuidado e melhorando a qualidade de vida do homem

Identifica-se que o processo gestacional requer mudanças físicas na gestante, psicológicas e sociais para a formação da parentalidade e o (os) papel (is) que esse (es) pai (is) terá (ão) que assumir (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Percebe-se que a participação paterna ocorre em dois momentos: na fecundação onde este sabe a sua contribuição; e quando assumir o papel de pai somente com a chegada do filho (a). Vislumbra-se que a mulher tem essa percepção desde o momento da descoberta da gestação, esta percebe e vive todas as mudanças com seu corpo e psique (DA SILVA; DA SILVA; BUENO, 2014, CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017,

CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Deseja-se que a participação paterna ocorra a mais precoce possível, pois ajuda nos cuidados com a gestante. Cria-se o vínculo afetivo do parceiro com a paternidade, onde este traz grande benefício para a tripartite mãe-pai-filho, conseqüentemente mulheres que tiveram a participação do parceiro durante o período gestacional tiveram baixas queixas relacionadas às questões físicas e emocionais (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Enfatiza-se que os profissionais pré-natalistas (enfermeiros e médicos), devem sensibilizar a população para participação no pré-natal desmistificando a diferenciação do gênero e a importância do parceiro nas consultas e no ambiente da Unidade Básica de Saúde, incluindo o parceiro no ciclo gravídico-puerperal e no crescimento e desenvolvimento da criança (CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Sugere-se que a participação e empoderamento do parceiro ajudam na criação de um fluxo de cuidados que permeiam desde o planejamento familiar, pré-natal/intraparto/pós parto. Corroboram-se que as experiências e ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e saúde podem auxiliar na criação de políticas mais inclusivas, destacando as particularidades de cada região, mas para isso, faz-se necessário o relato dessas experiências por meio de estudos para que outros profissionais possam espelhar-se e incentivar os programas (DA SILVA; DA SILVA; BUENO, 2014, GOMES; ALBERNAZ; RIBEIRO, 2016, COSTA; TAQUETE, 2017).

Cabe ao setor de saúde orientar, estimular, oferecer o diálogo, oferta de horários para a recepção da população masculina no pré-natal e por meio das consultas solicitar exames e encaminhar para o centro de referências, conforme sua necessidade e demanda. Através desse acolhimento esse parceiro percebe que a Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para a assistência e acompanhamento da sua saúde por toda longevidade. Considera-se que, a educação em saúde deve ser realizada com os usuários para que saibam que a melhoria da qualidade de vida pode ser feita por ele através da prevenção (CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Devem-se criar leis através do poder judiciário, que possam permitir ao homem a participação nas consultas de pré-natal sem que isso lhe cause prejuízos monetários ou advertências, colocando seu trabalho em risco (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Compete ao profissional de saúde apresentar ao casal os direitos da paternidade, maternidade, do casal, respeitando cada singularidade, e a cada gestação, para que seja discutida como serão guiadas as ações de cuidados, respeitando os limites de cada um e de um todo (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

Oportuniza-se a participação do homem nas consultas onde permite ao enfermeiro a prevenção e controle de doenças, assim como identificar o diagnóstico precoce por meio

de educação/promoção em saúde, requisições de exames, solicitados durante a consulta voltada para a saúde do homem, conforme descrito na caderneta da gestante, podendo ampliar essa assistência conforme a necessidade (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017).

Cria-se na participação paterna do parceiro o sentimento de aproximação familiar acolhimento e ligação saudável. Desperta-se o sentimento de cuidador e de ser cuidado, construindo um sentimento de bem estar (CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017, CARDOSO; JUNIOR; BONATTI, 2018).

Entende-se que para a enfermagem realizar as ações é fundamental que primeiro o profissional conheça as características individuais do paciente e o contexto social ao qual ele está inserido, por meio da afinidade estabelecer uma relação de confiança (DA SILVA; DA SILVA; BUENO, 2014).

Sugere-se a criação de um espaço para o homem poder tirar suas dúvidas e ansiedades ajudando na criação de uma assistência e permitindo o compartilhamento de experiências (DA SILVA; DA SILVA; BUENO, 2014).

Compreende-se que, além de benefícios para o homem esse momento proporciona a gestante o sentimento de felicidade, acolhimento e companheirismo do parceiro. Valoriza-se que, no trabalho de parto, as gestantes relatam que a presença do parceiro ajuda na diminuição da percepção da dor e o tempo de trabalho de parto é menor. Revela-se dessa forma, período gestacional mais humanizado. Constatou-se que, transmitir apoio diminui a ansiedade e a violência doméstica (DA SILVA; DA SILVA; BUENO, 2014, CALDEIRA; OLIVEIRA; HENRIQUES, 2017, HENZ; MEDEIROS; SALVADOR, 2017, COSTA; TAQUETE, 2017).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, mesmo com a criação da política de saúde há pouca divulgação do PNAISH, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral, o que dificulta o desenvolvimento de ações de saúde, direcionadas ao homem, que objetivem diminuir as taxas de morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida, se opondo aos princípios do SUS (integralidade, equidade e universalidade). É responsabilidade dos gestores a divulgação, treinamento, incentivo e implantação dos programas cada vez mais inovadores e inclusivos.

Faz-se necessária a discussão e o treinamento dos profissionais de saúde para atender a população, masculina, em todos os contextos sociológicos, de gênero, sexo e sexualidade.

Destaca-se que o enfermeiro é um profissional habilitado para a realização da educação em saúde o que exige dele um conhecimento amplo relacionado aos programas de saúde, sobretudo para os que atuam na Atenção Básica e lidam diariamente com as

questões do indivíduo e da comunidade onde esses profissionais devem ter um olhar holístico.

Sabe-se que, os efeitos sociais ainda permeiam a população, mesmo com as ações feministas e a inserção da mulher no mercado do trabalho e na busca de posição de igualdade de gênero.

Observa-se que, um dos maiores impasses para a adesão do homem ao pré-natal ocorreu devido ao conflito de horário de trabalho e o horário de funcionalidade da Unidade de Saúde. Sugere-se uma solução que poderia minimizar esse problema flexibilizando o horário para atender população masculina e trabalhadora, considerando que é o grupo com maior incidência de morbimortalidade.

Ressalta-se que, que o momento que antecede ao nascimento de um filho (a) deve ser utilizado como gatilho para atrair a população masculina e realizar a educação em saúde, inserindo este homem no PANAISH, mesmo com todas as suas limitações, entretanto, o aprimoramento se dá pela prática contínua, remodelando as ações.

Espera-se que, esse estudo possa incentivar os profissionais e estudantes da área de saúde a refletirem sobre a saúde do homem e a procura de medidas inclusivas para oferecer um acolhimento com humanização e equidade. Sirva-se de inspiração e incentivo para discutir, buscar e desenvolver novos estudos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- _____. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA-IPEA. Atlas da Violência. . **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA**. Brasília-DF. Acesso em 16/08/2020a. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series>.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF. Acesso em 16/08/2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, 2009. Acesso em 16/08/2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.
- CALDEIRA, L.A.; OLIVEIRA, L.V.A; HENRIQUES, B.D. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, Minas-MG, v. 7, e14-17, 2017
DOI: 10.19175/recom.v7i0.141720
- CARDOSO, V.E.P.S.; JUNIOR, A.J.S.; BONATTI, F.; *et al.* A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. **Rev. Pesqui. (Online)**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n. 3, p. 856-62, jun./set. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.
- CLIMACO, L. C. C.; VILELA, A. B. A.; YARID, S.D; *et al.* Pré-natal masculino: um relato de experiência no contexto da educação em saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 2, jul. 2020.
DOI:10.21675/2357-707X

COELHO, E. B. S.; SCHWAZ, E. BOLSONI, C. C. *et al.* Política nacional de atenção integral a saúde do homem. Recurso eletrônico. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis-SC, p.66, 2018. Acesso em 16/08/2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>

COSTA, S.F.; TAQUETE, S.R. Atenção à gestante adolescente na rede SUS- O acolhimento do parceiro no pré-natal. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11(supl. 5), p. 2067-74, May 2017. DOI: 10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201118

DA SILVA, B.T.; DA SILVA, M.R.S.; BUENO, M.E.N. Significant intra and extra-family events in the fatherhood construction process. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro-RJ, v.18, n. 4, p.710-15, out./dez. 2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140101

DAVIS, J.; VAUGHAN, C.; NANKINGA J. *et al.* Expectant fathers' participation in antenatal care services in Papua New Guinea: a qualitative inquiry. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 138, p.1-13, may 2018. DOI: 10.1186/s12884-018-1759-4.

DUARTE, Geraldo. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro-RJ, v. 29, n. 4, p. 171-174, abr. 2007. DOI:10.1590/S0100-72032007000400001.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005. DOI:10.1590/S1413-81232005000100017

GIBORE, N.S.; BALI,T.A.; KIBUSI, S.M. Factors influencing men's involvement in antenatal care services: a cross-sectional study in a low resource setting, Central Tanzania. **Reprod Health**, v. 16, n. 1, p.52, May 2019. DOI: 10.1186/s12978-019-0721-x

GOMES R.; ALBERNAZ, L.; RIBEIRO, C.R.S.; *et al.* Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro-RJ, v. 21, n. 5, p.1545-52, jan. 2016.

DOI: 10.1590/1413-81232015215.26842015

HENZ, G.S.; MEDEIROS, C.R.G.; SALVADOR, M.A. inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev. enferm. atenção saúde**, Uberaba- MG, v. 6, n. 1, p. 52-66, jan./jun. 2017. DOI: 10.18554/reas.v6i1.2053

HORTA, H.H.L.; MARTINS, M.F.; NONATO, T.F. *et al.* Pré-Natal do Parceiro na Prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. APS**, Juiz de Fora-MG, v.20, n.4, p. 623-627, out/dez. 2017. DOI: 10.34019/1809-8363.2017.v20.16078

KWON, J.Y.; OLIFFE, J.L.; BOTTORFF, J.L. *et al.* Masculinity and Fatherhood New Fathers' Perceptions of Their Female Partners' Efforts to Assist Them to Reduce or Quit Smoking. **American Journal of Men's Health**, Reino Unido-UK, v.9, n.4, p. 332-339, July.2015.

DOI: 10.1177/1557988314545627

MOREIRA, M.C.N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C.R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Casa Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro-RJ, v. 32, n. 4, p. 00060015, May 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00060015

NASIRI, S.; VASEGHI, F.; MORAVVAJI, S.A.; *et al.* Men's educational needs assessment in terms of their participation in prenatal, childbirth, and postnatal care. **J Educ Health Promot**, Índia-IN, v. 8, n. 59, Mar. 2019. DOI: 10.4103/jehp.jehp_229_18

RIBEIRO, Jucélia Santos Bispo. Brincadeiras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. **Cad. Pagu**, Campinas-SP, n. 26, p. 145-168, June 2006. DOI:10.1590/S0104-83332006000100007

SOUSA, L.M.M.; MARQUES-VIEIRA, C.M.A.; SEVERINO, S.S.P.; *et al.* Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Rev Investigação Enfermagem**, Coimbra- Portugal, Ser. II, n.21, p. 17-26, 2017. Acesso em 16/08/2020. Disponível em: https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf

CAPÍTULO 6

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 04/11/2020

Marislei Sanches Panobianco

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Ribeirão Preto, SP - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4340382197424634>

Ana Carolina Sipoli Canete

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública
Ribeirão Preto, SP - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1602625472431870>

Paola Alexandria Pinto de Magalhães

Centro Universitário Padre Albino, Faculdade de Medicina de Catanduva, Faculdade de Enfermagem de Catanduva
Catanduva, SP - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5125436658398047>

Larissa Clara Nunes

Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública
Ribeirão Preto, SP - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6197823446020510>

RESUMO: Objetivo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com diagnóstico de endometriose. **Método:** estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado no ambulatório de dor pélvica de um hospital geral do interior

do estado de São Paulo, com 45 mulheres entre 18 e 45 anos, com dor pélvica devido à endometriose. Responderam ao Endometriosis Health Profile (EHP-30). Utilizada estatística descritiva, com medidas de posição (média e mediana). **Resultados:** a qualidade de vida é comprometida pelos sintomas da endometriose, dificultando atividades cotidianas e alterando a saúde geral, a vida social, as relações pessoais; dificulta a gravidez, compromete as relações sexuais, o trabalho e o cuidado/brincadeiras com os filhos. Ocorre frustração com os tratamentos. **Conclusão:** assim, a endometriose, um grave problema de saúde, causa grande morbidade física e emocional e requer atenção dos órgãos e profissionais da saúde, e daqueles que convivem com essas mulheres para apoiá-las no enfrentamento da doença e tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Endometriose, Qualidade de Vida, Mulheres, Saúde da Mulher.

QUALITY OF LIFE RELATED TO THE HEALTH OF WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS DIAGNOSIS

ABSTRACT: Objective: to evaluate the health-related quality of life of women diagnosed with endometriosis. **Method:** cross-sectional, descriptive, quantitative study, performed at the pelvic pain outpatient clinic of a general hospital in the interior of the state of São Paulo, with 45 women between 18 and 45 years old, with pelvic pain due to endometriosis. They responded to the Endometriosis Health Profile (EHP-30). Descriptive statistics it was used, with position measurements (mean and median). **Results:** quality of life is compromised by the symptoms

of endometriosis, making daily activities more difficult and changing general health, social life, personal relationships; difficult pregnancy, committed sexual relationships, work and care / play with the children. Frustration occurs with treatments. **Conclusion:** endometriosis is a serious health problem, causes great physical and emotional morbidity and requires attention from health institutions and professionals, and from those who live with these women to support them in coping with the disease and treatments.

KEYWORDS: Endometriosis, Quality of Life, Women, Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

A endometriose (EDM) é uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento e crescimento de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina. É uma condição ginecológica benigna, crônica, caracterizada principalmente por dor pélvica e infertilidade, podendo também desenvolver-se de forma assintomática ou manifestar-se por dor pélvica, o que pode acarretar erro ou atraso no diagnóstico (MARQUI, 2014; SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2016).

Uma das teorias utilizadas atualmente para explicar a origem desta doença é a teoria da menstruação retrógrada (ou de Sampson); de acordo com esta teoria descrita, a endometriose é ocasionada pela implantação pélvica de endométrio proveniente de uma menstruação retrógrada (SAMPSON, 1925).

A prevalência de EDM em mulheres já na menarca é em torno de 10%. Em mulheres no período reprodutivo a prevalência varia de 5 a 15% e fica em torno de 3% na pós-menopausa; ainda, em mulheres inférteis, pode oscilar entre 20 a 50%. Em uma proporção significativa de mulheres portadoras de endometriose, observa-se que elas são assintomáticas (3 a 22%), mas, na maioria das vezes, apresentam sintomas, sendo os principais: dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia de profundidade e sintomas intestinais e urinários cíclicos, como dor ou sangramento ao evacuar ou urinar durante o período menstrual (MARQUI, 2014).

Além dos sintomas físicos, as mulheres portadoras de EDM podem ter impacto no que se refere às questões psicossociais, como depressão, ansiedade, angústia, tristeza e irritabilidade. Como a doença e a dor são crônicas, as mulheres com endometriose apresentam uma redução da qualidade de vida apresentando ainda redução de suas atividades, o que pode gerar problemas psicossociais, frustração e isolamento, além de grande impacto econômico por redução ou perda de horas de trabalho, internações hospitalares devido a dor e necessidade de cirurgia para diagnóstico ou para avaliar recorrências (MARQUI, 2014; MENGARDA et al., 2008).

Dada a etiologia complexa da doença e da presença de aspectos multidimensionais, uma parcela das pacientes submetidas a intervenções medicamentosas e cirúrgicas não apresenta remissão satisfatória dos sintomas, permanecendo com dor o que, em geral, contribui para a redução da qualidade de vida e o aumento das pesquisas nesta temática

(MARQUI, 2014; MENGARDA et al., 2008).

Em relação à qualidade de vida, o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde é multidimensional e abarca aspectos psicossociais e físicos (COLWELL et al., 1998). Costuma ser mensurada por meio de instrumentos que avaliam o paciente levando em conta os aspectos globais de sua vida, nos quais são questionados sobre os sintomas mais recentes e o atual funcionamento físico, psicológico e social (MENGARDA et al., 2008). Nesse contexto, o uso de questionários que medem qualidade de vida permitem uma avaliação ampla que transcende os aspectos biológicos do indivíduo.

Como a EDM afeta de uma maneira abrangente a vida das pacientes, faz-se necessário avaliar sua qualidade de vida relacionada à saúde, o que poderá contribuir para um cuidado eficaz e humanizado a elas, difundir o conhecimento para outros segmentos da área da saúde, trazer subsídios para outras produções científicas e alertar para a importância da detecção e tratamento da doença.

A endometriose é considerada um problema de saúde pública no Brasil e a desinformação sobre ela, tanto pelas pacientes como pelos profissionais de saúde, pode comprometer o diagnóstico e o acesso ao atendimento às mulheres portadoras da doença (SPIGOLON, 2012). No Brasil, profissionais de enfermagem que prestem assistência às portadoras de endometriose são escassos, visto que o foco do enfermeiro especialista em saúde da mulher está mais direcionado à gestação, parto e puerpério. A enfermagem é o seguimento profissional que está diariamente próxima à paciente e tem como um dos papéis a educação em saúde, por isso é imprescindível que o enfermeiro seja detentor de conhecimento acerca da etiologia, apresentação clínica, diagnóstico e opções terapêuticas para a endometriose com a finalidade de atuar no acolhimento humanizado e na promoção da saúde, demonstrando assim a importância da avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose (MARQUI, 2014).

Além disso, estudos sobre qualidade de vida em mulheres com diagnóstico de endometriose ainda são escassos, tendo sido encontrados poucos artigos que discorressem sobre esta temática e que utilizaram o EPH-30 para avaliar a mesma.

Desta forma, este estudo, realizado por enfermeiras, tem por objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com diagnóstico de endometriose. Destaca-se a seguinte questão: como está a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com diagnóstico de endometriose?

2 | MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A população foi composta por mulheres entre 18 e 45 anos, com dor pélvica devido à endometriose e diagnóstico confirmado por videolaparoscopia, realizada há no máximo 24 meses antes do início do estudo. Trata-se de uma amostra por conveniência. Durante o período de

coleta de dados, o número de mulheres com diagnóstico de endometriose que passaram em consulta no Ambulatório de dor pélvica de um hospital geral do interior de São Paulo foi de 48, sendo que três se recusaram a participar da pesquisa, portanto, 45 mulheres compuseram a amostra deste estudo.

O critério de inclusão foi mulheres entre 18 e 45 anos, com dor pélvica devido à endometriose e diagnóstico confirmado por videolaparoscopia, realizado há, no máximo, 24 meses antes do início do estudo, que estavam em atendimento no Ambulatório de dor pélvica de um hospital geral do interior de São Paulo. Foram excluídas mulheres que apresentaram dificuldades de leitura e compreensão do questionário; mulheres submetidas a quaisquer cirurgias abdominais nos seis meses precedentes, com exceção da cirurgia necessária para diagnóstico de endometriose; mulheres com diagnóstico de doenças crônicas informadas no prontuário, que cursavam com dor que pudesse confundir a avaliação (doenças reumáticas, fibromialgia, doenças osteomusculares).

Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2018. As mulheres foram abordadas no saguão de espera para consulta e convidadas a participar do estudo. Aquelas que preencheram os critérios de elegibilidade, responderam às perguntas de um formulário, para caracterização das participantes, com questões sobre dados pessoais (idade, naturalidade, ocupação, estado civil, religião). Após isso, responderam ao questionário EHP-30. Essa etapa ocorreu em local reservado, no próprio hospital.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 79287417.6.3001.5440) e foram respeitados os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade e que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foram informadas sobre o objetivo do estudo, ressaltando sua forma de participação que é voluntária. Além disso, foi assegurado sigilo de suas identidades, direito à recusa, e a possibilidade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa e/ou tratamento.

O EHP-30 é um instrumento de autorrelato, desenvolvido no Reino Unido em 2001 e validado para o Brasil em 2008. Seu objetivo é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, especificamente para endometriose, com itens desenvolvidos a partir de entrevistas com as pacientes e com perfil psicométrico estabelecido. Consiste em um *questionário central* composto de 30 itens que avaliam cinco dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e autoimagem.

O EHP-30 constitui-se também de um *questionário modular* que pode não se destinar a todas as mulheres, sendo assim seu preenchimento de caráter facultativo em algumas divisões, pois a mulher pode não se enquadrar no contexto das questões (como não estar trabalhando ou não possuir filhos) e ela ainda tem a opção de não responder algumas seções caso julgue não as importantes. Ele é composto por 23 itens distribuídos

em seis categorias com perguntas relacionadas a trabalho, relação com os filhos, relações sexuais, sentimento em relação aos médicos que realizam o tratamento da mulher com endometriose, sentimento em relação ao tratamento, sentimento em relação à dificuldade para engravidar. Todas as perguntas, dos dois questionários são respondidas considerando-se as últimas quatro semanas.

Cada escala é transformada em um escore de 0 a 100, em que o menor escore significa melhor qualidade de vida⁽⁴⁾. Cada item do instrumento possui cinco categorias de resposta (nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre, pontuadas de 20 a 100, respectivamente). Assim, o escore da escala é igual ao escore total (soma dos escores brutos de cada item da escala), dividido pela pontuação bruta máxima possível de todos os itens da escala, multiplicado por 100 (JONES et al., 2001). A relevância do EPH-30, em relação à construção de seus itens se deve aos achados na literatura, que apontam que a avaliação realizada pelos pacientes de sua saúde e bem-estar difere da avaliação realizada por profissionais da saúde (MENGARDA et al., 2008).

Os dados foram processados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 25.0, e são apresentados por meio de estatística descritiva. A avaliação da consistência interna apresentou valores de $\alpha=0,7$ a $0,9$.

3 | RESULTADOS

Os dados descritivos foram organizados entre variáveis sociodemográficas, questionário central e questionário modular demonstrados nas tabelas a seguir, respectivamente.

A idade variou entre 23 e 45 anos, com média de 34,5 anos. A maioria das participantes era casada (60,0%); as solteiras representavam 33,0% e 6,7% eram divorciadas. 60% das participantes tinham filhos. Quanto à naturalidade, 73,3% das participantes eram do estado de São Paulo, 11,1% de Minas Gerais, 6,7% da Bahia, 4,4% do Ceará e 2,2% de Goiás.

A maioria das mulheres (71,1%) encontrava-se ativa no mercado de trabalho e apenas 2,2% estavam afastadas de suas funções; 15,6% declararam ser donas de casa; 8,9% estavam desempregadas e 2,2% eram estudantes. Em relação à religião, 46,7% declararam-se católicas, 24,4% evangélicas, 8,9% espíritas, 2,2% agnósticas, 4,4% cristãs, 2,2% candomblecistas e 11,1% informaram que não têm religião.

As medidas descritivas das dimensões do questionário central do EHP-30 (média, mediana e desvio padrão) estão apresentadas na Tabela 1. Observou-se que as maiores médias foram nas dimensões relacionadas ao *Controle e Impotência* e *Bem estar emocional*.

Dimensões	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
Dor	20,0-100,0	72,7	69,2 (18,4)
Controle e Impotência	20,0-100,0	80,0	74,2 (21,5)
Bem estar-emocional	20,0-100,0	70,0	70,0 (21,2)
Apoio Social	20,0-100,0	65,0	64,6 (20,2)
Autoimagem	20,0-100,0	60,0	60,7 (25,4)

Tabela 1 – Estatística Descritiva do Questionário Central do EHP-30. Ribeirão Preto, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Entre as características destacadas no questionário modular (Tabela 2), para todas as seções (A, B, C, D, E, F) a pontuação mínima foi de 20,0 pontos e a máxima de 100,0 pontos.

Em relação à seção A: *Trabalho*, a média foi de 55,0 pontos, e 20% das participantes não estavam trabalhando nas últimas quatro semanas. No que se refere à seção B: *Relação com os filhos*, a pontuação média foi de 55,1 (40% das participantes declararam não ter filhos). Sobre as *Relações Sexuais* (referente à seção C), 70,5 pontos foi a pontuação média e, 11,1% das participantes não consideraram importante responder às perguntas dessa sessão. Já na sessão D: *Relação com os médicos*, a média foi de 46,3 pontos. Na seção E: *Tratamento*, 59,5 pontos foi a pontuação média, sendo que 6,7% das participantes não consideraram importante responder às perguntas dessa seção, e em *Dificuldades para engravidar* (seção F), a pontuação média foi de 61,3 pontos, sendo que 31,1% das participantes também não consideraram importante responder às perguntas dessa seção.

Dimensões	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
Seção A: Trabalho	20,0-100,0	50,0	55,0(23,9)
Seção B: Relação com os filhos	20,0-100,0	60,0	55,1(27,9)
Seção C: Relações Sexuais	20,0-100,0	72,0	70,5(25,4)
Seção D: Relação com os médicos	20,0-100,0	45,0	46,3(24,1)
Seção E: Tratamento	20,0-100,0	60,0	59,5(21,9)
Seção F: Dificuldades para engravidar	20,0-100,0	66,0	61,2(27,8)

Tabela 2 - Estatística Descritiva do Questionário Modular do EHP-30. Ribeirão Preto, 2018.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

4 | DISCUSSÃO

No presente estudo, o perfil das participantes se caracterizou por mulheres ativas no mercado de trabalho, casadas, católicas, naturais do estado de São Paulo e com média de idade de 34,5 anos. Esta média vai ao encontro com estudos realizado com 152 pacientes com uma média de idade de 34,7 anos (NOGUEIRA-SILVA et al., 2015). Esses dados ainda corroboram com pesquisas de que a endometriose afeta 5% das mulheres em idade reprodutiva, com um pico de prevalência entre seus 25 e 35 anos (VERCELLINI et al., 2014).

Quanto à avaliação da qualidade de vida das mulheres deste estudo, ao aplicar o EPH-30, observamos que suas respostas ao *questionário central* alcançaram médias que indicam que sua qualidade de vida é bastante comprometida pelos sintomas da endometriose. Estes causam dificuldades nas suas atividades cotidianas e em sua vida social, alterando a saúde geral e suas relações pessoais. O impacto físico foi associado a sintomas, efeitos colaterais do tratamento e mudanças na aparência física. A dor e a dificuldade para controlá-la, em particular foi relatada como um sintoma que limita as atividades físicas diárias normais, como caminhar e se exercitar.

Autores que pesquisaram mulheres com endometriose afirmam que a doença tem impactos significativos à medida que essas mulheres convivem com ela todos os dias de suas vidas. A maioria relatou uma redução na atividade social, optou por ficar em casa e perdeu eventos devido a sintomas graves, especialmente dor, sangramento e fadiga. Os autores acrescentam que elas se utilizaram até mesmo de suas férias depois de esgotarem suas licenças médicas por causa de sua doença. Algumas mulheres também diminuíram suas atividades esportivas ou de lazer e algumas desistiram de seus esportes de rotina (MORADI et al., 2014).

Praticar esportes, caminhar e participar de eventos sociais, como festas, são interrompidos quando as mulheres se retiraram dessas atividades devido a problemas de dor crônica, problemas intestinais e urinários que exigiam acesso rápido a banheiros e fadiga. As mulheres se descreveram deprimidas, mal-humoradas, irritadas, irritadiças e sem entusiasmo às vezes (GILMOUR; HUNTINGTON; WILSON, 2008).

As portadoras de endometriose sentem que não conseguem lidar com a dor, que as deixa infelizes, deprimidas, mal-humoradas e irritadas. Elas experimentam a solidão, como resultado do isolamento social e relutam em discutir suas experiências com os outros, pois sentem que muitos não acreditam em seus relatos; ainda quanto à aparência física e a autoimagem, estas podem ser afetadas por uma série de fatores, incluindo tratamentos que causam sensação de inchaço, pele oleosa e ganho de peso (JONES; JENKINSON; KENNEDY, 2004).

Estudos quantitativos concluíram que os sintomas da endometriose podem afetar negativamente e substancialmente a qualidade de vida e atividades diárias, como

tarefas domésticas, diminuir energia, vitalidade e socialização, bem como comprometer o funcionamento físico. Estudos qualitativos sugerem que o impacto negativo da endometriose na vida diária das mulheres é complexo e multidimensional, uma vez que elas sentem que a doença controla e restringe suas vidas, deixando-as impotentes diante dessa situação (CULLEY et al., 2013).

Quanto ao *questionário modular*, começamos pela seção A, relativa aos *Efeitos da endometriose no trabalho* exercido pela mulher. Neste estudo encontramos que a média nesta seção foi de 55,0 pontos, indicando que as dificuldades, como se ausentar do trabalho ou não conseguir desempenhar as funções de maneira adequada devido à dor, diminuíram a qualidade de vida das participantes. Essa situação pode ainda ser agravada por fatos como os apontados por outro estudo, relatando que as mulheres nem sempre informam os empregadores sobre seus diagnósticos ou sintomas, por uma série de razões, incluindo as potenciais implicações disso e porque elas acham difícil discutir uma condição específica de gênero com os empregadores do sexo masculino (GILMOUR; HUNTINGTON; WILSON, 2008).

As mulheres indicam que os sintomas da endometriose interferem substancialmente nas tarefas executadas, como trabalho e escola, e provocam mudanças de humor (GONZÁLEZ-ECHEVARRÍA et al., 2019). No geral, estes resultados mostram que os sintomas da endometriose, como percepção de que a dor está controlando sua vida, humor, mudanças, sensação de que os outros não as entendem, exercem um impacto negativo em suas emoções e bem-estar, especificamente em domínios relacionados ao desempenho em trabalho/estudo. As horas de trabalho são diminuídas paralelamente com a redução em atividades sociais como uma resposta à dor e outros sintomas.

Assim, conforme análise dos resultados das respostas ao EPH-30, percebemos que mesmo utilizando um instrumento dividido em dois questionários, um questionário central e questionário modular para facilitar a obtenção de dados, podemos identificar claramente que estes se entrelaçaram e mostraram que os sintomas da endometriose acabam por incomodar e causar transtornos físicos e emocionais em várias esferas da vida da mulher.

Quando nos centramos nas questões da seção B do *questionário modular*, relacionadas à *dificuldade de brincar ou cuidar dos filhos*, a média de pontuação das mulheres aqui pesquisadas foi de 55,1 pontos, indicando mais uma vez que a endometriose causou comprometimento na qualidade de vida das participantes. Resultados de estudos apontaram que quando as mulheres têm filhos ou animais de estimação, elas descrevem que devido aos sintomas da endometriose não podem brincar com eles ou cuidar deles adequadamente (JONES; JENKINSON; KENNEDY, 2004).

Além desses comprometimentos supracitados, as mulheres com endometriose podem apresentar outros relacionados à sua sexualidade, que inclusive é um aspecto considerado no questionário modular, na seção C.

A sexualidade humana é parte integrante da personalidade de cada pessoa; é uma

necessidade básica e um aspecto dos seres humanos que não pode ser separado de outros aspectos da vida, sendo influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Em relação à interferência dos sintomas da endometriose nesse aspecto, mais diretamente ligado às *relações sexuais*, contamos com as questões da seção C do *questionário modular* do EPH-30. A média de pontuação das participantes nessa seção foi de 70,5 pontos, configurando-se como a maior entre todas e indicando que o comprometimento das relações sexuais é um dos maiores problemas que influenciam negativamente na qualidade de vida de mulheres com endometriose.

Estudos corroboram essa afirmação, quando observam que a dor incapacitante e a dispareunia têm impacto na vida sexual (FOURQUET et al., 2010). A maioria das mulheres que sentem dispareunia evitam ou limitam a relação sexual, resultando em sentimentos de inadequação e culpa (JONES; JENKINSON; KENNEDY, 2004). Di Donato et al. (2014) demonstraram que a interferência da dor pélvica com o sexo é frequentemente relatada por pacientes com endometriose (58%), enquanto afeta apenas 1% das mulheres saudáveis.

A disfunção sexual e deterioração da qualidade de vida geral parecem estar correlacionados (MONTANARI et al., 2013). Uma possível explicação é que as atividades diárias, produtividade do trabalho, esporte, relações sociais, e *hobbies*, bem como atividade sexual, são afetados pela dor incapacitante típica da endometriose. Essas restrições levam a alterações de humor, irritabilidade, isolamento social, resultando em uma alteração de condição emotiva.

Ao analisar os dados relacionados aos sentimentos das participantes em relação aos médicos (seção D), percebe-se que essa seção obteve a menor pontuação entre todas as seções, 46,3 pontos. Nessa seção, as participantes foram questionadas se sentiam que os médicos não estavam fazendo nada por elas, se percebiam que eles achavam que as queixas eram “coisas da cabeça delas” e se se sentiam frustradas com a falta de conhecimento do médico sobre o assunto.

Esses resultados podem ser explicados com as afirmações de um estudo recente: como vivem durante anos com a doença, elas são capazes de pesquisar e compartilhar suas vivências, ganhando experiência e passando a desempenhar avaliações cautelosas e adquirir critérios para a escolha dos profissionais, elencados em confiança, estabelecimento de uma relação de escuta, acolhimento e formação. Além do papel de paciente, elas se tornam avaliadoras dos serviços prestados, onde essa avaliação ganha força em termos de relacionamentos, referências e indicações, em um circuito de relações pessoais (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017).

No que se refere ao tratamento da endometriose, sabe-se que esta é uma doença hormonal crônica benigna que requer uma terapia de longo prazo que equilibre a eficácia clínica (controle dos sintomas de dor e prevenção de recorrência), com um perfil de

segurança aceitável. A escolha do tratamento mais adequado é baseada em múltiplos fatores, incluindo idade e preferência das pacientes, planos reprodutivos, intensidade de dor, gravidade da doença. Atualmente, as pesquisas estão se concentrando em encontrar novos medicamentos hormonais ou medicamentos não hormonais para o tratamento de pacientes com endometriose (FERRERO; EVANGELISTI; BARRA, 2018).

No *questionário modular* do EPH-30 consta a seção sobre os *sentimentos relacionados ao tratamento*, e a média de pontuação das mulheres que participaram do presente estudo foi de 59,5 pontos, mostrando que a frustração em relação ao andamento do tratamento, os efeitos adversos e a quantidade de tratamentos a que são submetidas interferem diretamente e negativamente na qualidade de vida das participantes.

Nesse sentido, autores comentam que não existe uma maneira de separar o que se pensa e o que o corpo expressa. O corpo deve ser considerado como uma unidade, onde várias coisas estão acontecendo ao mesmo tempo. Apoiadas nessa compreensão é que as mulheres podem ser capazes de enfrentar a doença e os sintomas mais ativamente, entendendo a influência das emoções no enfrentamento da endometriose e, assim, sentindo-se mais confiantes para vencer as adversidades do tratamento (MULLER, 2006). O principal objetivo do tratamento é reduzir os sintomas de dor, a fim de melhorar a qualidade de vida, diminuir a carga social e os custos de saúde da endometriose (SIMOENS et al., 2012).

Na seção *dificuldade para engravidar*, a média de pontuação foi de 61,2 pontos. A infertilidade é um problema comum relacionado à endometriose.

Existem várias maneiras de a endometriose causar infertilidade, incluindo distorção da anatomia pélvica devido a aderências, alteração da liberação de ovócitos devido à formação de aderências e múltiplos processos inflamatórios relacionados ao aumento da quantidade de líquido peritoneal. Esses processos inflamatórios e alterações hormonais têm mostrado alterações na foliculogênese, na motilidade dos espermatozoides, transporte e implantação de embriões. Estas consequências têm certamente grande impacto na qualidade de vida e bem-estar psicológico de mulheres afetadas e elas podem aumentar consideravelmente os níveis de estresse (EVANS; DECHERNEY, 2017).

A experiência de infertilidade pode gerar culpa e vergonha, muitas vezes produzindo um estigma social, que pode acarretar alienação e isolamento. Uma acentuada queda na autoestima, carregada de sentimentos de inferioridade, é capaz de configurar quadros importantes de depressão e de ansiedade elevada, podendo desencadear severas perturbações nas esferas emocional, da sexualidade e dos relacionamentos conjugais (FARINATI; RIGONI; MÜLLER, 2006).

Autores que realizam pesquisas direcionadas ao tema trazem que o tratamento da fertilidade interfere em outros aspectos da vida, de tal forma que importantes escolhas na área profissional ou desejos de mudança de estilo de vida podem ser adiadas ou descartadas em função do tratamento. Alguns casais acham difícil se concentrar em metas

de longo prazo, mantendo um cronograma rigoroso de medicação, de recuperação de procedimentos e lidando com flutuações de humor. Para alguns indivíduos e casais, é difícil obter perspectiva e encarar a crise atual como uma situação temporária no período de sua vida (COUSINEAU; DOMAR, 2007)

5 | CONCLUSÃO

A qualidade de vida é comprometida pelos sintomas da endometriose, dificultando atividades cotidianas e alterando a saúde geral, a vida social, as relações pessoais. A endometriose dificulta a gravidez, compromete as relações sexuais, o trabalho, o cuidado e as brincadeiras com os filhos, e causa frustração com os tratamentos, que são vários, longos e pouco efetivos.

Assim, a endometriose se mostra como um grave problema de saúde da mulher, causa grande morbidade física e emocional e requer atenção dos órgãos e profissionais da saúde, e aqui evidenciamos os profissionais de enfermagem, e daqueles que convivem com essas mulheres para apoiá-las no enfrentamento da doença e tratamentos.

REFERÊNCIAS

COLWELL, H. H. et al. **A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study**. American journal of obstetrics and gynecology, v. 179, n. 1, p. 47–55, jul. 1998.

COUSINEAU, T. M.; DOMAR, A. D. **Psychological impact of infertility**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 21, n. 2, p. 293–308, abr. 2007.

CULLEY, L. et al. **The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review**. Human Reproduction Update, v. 19, n. 6, p. 625–639, 1 nov. 2013.

DI DONATO, N. et al. **Prevalence of adenomyosis in women undergoing surgery for endometriosis**. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, v. 181, p. 289–293, out. 2014.

EVANS, M. B.; DECHERNEY, A. H. **Fertility and Endometriosis**. Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 60, n. 3, p. 497–502, set. 2017.

FARINATI, D. M.; RIGONI, M. DOS S.; MÜLLER, M. C. **Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde**. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 23, n. 4, p. 433–439, dez. 2006.

FERRERO, S.; EVANGELISTI, G.; BARRA, F. **Current and emerging treatment options for endometriosis**. Expert Opinion on Pharmacotherapy, v. 19, n. 10, p. 1109–1125, 3 jul. 2018.

FOURQUET, J. et al. **Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life**. Fertility and Sterility, v. 93, n. 7, p. 2424–2428, maio 2010.

GILMOUR, J. A.; HUNTINGTON, A.; WILSON, H. V. **The impact of endometriosis on work and social participation.** International Journal of Nursing Practice, v. 14, n. 6, p. 443–448, dez. 2008.

GONZÁLEZ-ECHEVARRÍA, A. M. et al. **Impact of coping strategies on quality of life of adolescents and young women with endometriosis.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, v. 40, n. 2, p. 138–145, 3 abr. 2019.

JONES, G. et al. **Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30.** Obstetrics and gynecology, v. 98, n. 2, p. 258–64, ago. 2001.

JONES, G.; JENKINSON, C.; KENNEDY, S. **The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, v. 25, n. 2, p. 123–133, 7 jan. 2004.

MARQUI, A. B. T. DE. **Endometriose: Do diagnóstico ao tratamento.** Revista Enfermagem Atenção Saúde. jul/dez, v. 3, n. 2, p. 97–105, 2014.

MENGARDA, C. V. et al. **Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30).** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 8, ago. 2008.

MONTANARI, G. et al. **Women with Deep Infiltrating Endometriosis: Sexual Satisfaction, Desire, Orgasm, and Pelvic Problem Interference with Sex.** The Journal of Sexual Medicine, v. 10, n. 6, p. 1559–1566, jun. 2013.

MORADI, M. et al. **Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study.** BMC Women's Health, v. 14, n. 1, p. 123, 4 dez. 2014.

MULLER, M. C. **Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose.** Psicologia, Saúde e Doenças, v. VII, n. 1, p. 57–72, 2006.

NOGUEIRA-SILVA, C. et al. **Validation of the Portuguese Version of EHP-30 (The Endometriosis Health Profile-30).** Acta medica portuguesa, v. 28, n. 3, p. 347–56, 2015.

SAMPSON, J. A. **Endometrial carcinoma of the ovary arising in endometrial tissue in that organ.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 9, n. 1, p. 111–114, jan. 1925.

SÃO BENTO, P. A. DE S.; MOREIRA, M. C. N. **A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 9, p. 3023–3032, set. 2017.

SIMOENS, S. et al. **The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres.** Human Reproduction, v. 27, n. 5, p. 1292–1299, 1 maio 2012.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. **Recomendações da Sociedade Portuguesa de Ginecologia.** Acta Obstet Ginecol Port, v. 10, n. 2, p. 162–172, 2016.

SPIGOLON, D. N. **Endometriose : impacto econômico e suas perspectivas.** Femina, v. 40, p. 130–134, 2012.

VERCELLINI, P. et al. **Endometriosis: pathogenesis and treatment**. Nature Reviews Endocrinology, v. 10, n. 5, p. 261–275, 24 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2>.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO INTERIOR DA BAHIA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 02/12/2020

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA
<https://orcid.org/0000-0002-6998-8665>

Ana Júlia Macedo Gualberto

Universidade Estadual de Santa Cruz
Arataca-BA
<http://lattes.cnpq.br/5462785948263601>

Polliana Santos Ribeiro

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ipiaú-BA
<https://orcid.org/0000-0002-8041-0231>

RESUMO: A Organização das Nações Unidas (ONU) define violência contra a mulher como qualquer ato ou ação de violência marcada por questões de gênero que acarretem ou possam acarretar danos físicos, psicológicos, financeiros ou sexuais, incluindo ameaças, privação da liberdade e coação, ocorrida em locais públicos ou privados. Sabe-se que tal fenômeno se apresenta como uma situação grave de saúde pública. Portanto, o estudo teve como objetivo geral: Conhecer as percepções de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a violência contra a mulher; e como objetivos específicos: Levantar o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF sobre violência contra a mulher; Descrever situações de violência contra a mulher experienciadas por profissionais

de saúde na ESF; Elencar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde da ESF sobre a violência contra mulher. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com equipes da ESF, no município de Itabuna-BA. A coleta de dados se deu a partir de entrevista semiestruturada, gravada em aparelho digital, sendo posteriormente analisada pela técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Notou-se nos discursos das profissionais que estas entendem o conceito de violência contra a mulher, porém possuem dificuldade para manejar os casos na atenção primária, seja pela adesão da vítima, seja pela falta de recursos humanos e/ou materiais. Conclui-se que é necessário focar no processo de formação dessas profissionais, seja na graduação ou na educação permanente dentro dos serviços de saúde de modo a subsidiar ações que minimizem ou eliminem esse fenômeno de grande impacto social.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a Mulher. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE INTERIOR OF BAHIA

ABSTRACT: The United Nations (UN) defines violence against women as any act or action of gender-based violence that causes or may cause physical, psychological, financial or sexual harm, including threats, deprivation of liberty and coercion, whether occurring in public or private settings. It is known that this phenomenon

presents itself as a serious public health situation. Therefore, the general objective of the study was: To observe the perceptions of health professionals of the Family Health Strategy (FHS) about violence against women; and as specific objectives: To raise the knowledge of health professionals of FHS about violence against women; To describe situations of violence against women experienced by health professionals of FHS; To list the strategies used by health professionals of FHS about violence against women. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out with FHS teams in the city of Itabuna-BA. Data were collected with a semi-structured interview, recorded in a digital device, and later analyzed by the thematic content analysis technique proposed by Bardin. It was noted in the speeches of professionals that they understand the concept of violence against women, but they have difficulty in handling cases in primary care, either by the victim's consent, or by the lack of human and/or material resources. It is concluded that it is necessary to focus on the process of formation of these professionals, whether in undergraduate education or in permanent courses within the health services in order to subsidize actions that minimize or eliminate this phenomenon of great social impact.

KEYWORDS: Violence against Women. Family Health Strategy. Nursing.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher apresenta-se de forma recorrente nos diversos cenários do mundo, caracterizando um grave problema de saúde pública, além de configurar violação dos direitos humanos. A Organização das Nações Unidas (ONU) define violência contra a mulher, como qualquer ato ou ação de violência marcados por questões de gênero que acarretem ou possam acarretar em danos físicos, psicológicos, financeiros ou sexuais, incluindo ameaças, privação da liberdade e coação, ocorridos ainda em locais públicos ou privados (OPAS, 2017).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) estima que, uma em cada três mulheres no mundo sofre violência física ou sexual, principalmente por parte de seus parceiros, resultando em consequências negativas no estado de saúde mental, biológica e reprodutiva da mulher que a vivencia (OPAS, 2017).

Destaca-se que, o Brasil ocupa o 5º lugar no ranking mundial de feminicídios, sendo a Bahia o estado com maior número de taxas (9,08) no ano de 2018. Por sua vez, Itabuna encontra-se no segundo lugar, perdendo apenas para a capital Salvador (BRASIL, 2019).

Objetivando coibir ou eliminar a violência contra a mulher, criou-se no ano de 2006, a Lei Maria da Penha – Lei nº 11340, com a proposta de punição e propósito de extirpação das formas de violência, a exemplo da física, moral, psicológica, sexual e patrimonial (BRASIL, 2012a).

Apesar dos grandes avanços e conquistas da Lei Maria da Penha, nota-se a dificuldade em controlar o fenômeno da violência contra as mulheres. Sabe-se que, a temática apresenta valores culturais e sociais desenhados em padrões patriarcais e de dominância do gênero masculino, dificultando a discussão, exposição e gerando

subnotificação de casos nos serviços, além da desvalorização dos conteúdos (VIANA et al., 2018).

Nessa linha de pensamento, percebe-se que, no setor saúde e em especial na atenção primária, a violência contra as mulheres permanece invisibilizada. Desse modo, a qualificação dos profissionais de saúde, torna-se elemento de grande importância para o rompimento do ciclo da violência, devido à sua aproximação com as usuárias dos serviços e conhecimento da realidade de cada vítima (HOLANDA et al., 2018).

A aproximação com a temática da violência contra a mulher se deu mediante atividades desenvolvidas durante o Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Diante disso, surgiram as seguintes indagações: Como os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) compreendem a violência contra a mulher? Quais as ações que desenvolvem no cotidiano laboral sobre situações de violência contra a mulher? Sendo assim, definiu-se como objetivo geral: Conhecer as percepções de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a violência contra a mulher; e como objetivos específicos: Levantar o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF sobre violência contra a mulher; Descrever situações de violência contra a mulher experienciadas por profissionais de saúde na ESF; Elencar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde da ESF sobre a violência contra mulher.

Dessa maneira, o estudo justifica-se pela gravidade do fenômeno da violência contra a mulher, com elevadas taxas e grande número de feminicídios em estudos nacionais e/ou internacionais, atrelado aos fatores sociais, econômicos, culturais e da desigualdade de gênero.

Sendo assim, a relevância social e científica da pesquisa centra-se na necessidade de maior compreensão sobre o assunto, a partir da ancoragem nos protocolos e práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), garantindo uma assistência efetiva, segura e de qualidade para as mulheres por parte da equipe da ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, no qual os dados foram registrados, analisados e posteriormente ordenados sem interferência das pesquisadoras, utilizando técnica padronizada de pesquisa como entrevistas. Neste tipo de estudo, o processo de análise dos dados se inicia desde a coleta. Sendo assim, permite que uma aproximação com o objeto estudado (PRAÇA, 2015).

O estudo foi realizado na USF Aurivaldo Peixoto Sampaio, USF João Monteiro, USF Mario Peixoto, USF Ricardo Rosas e USF Manoel Rodrigues, pertencentes ao município de Itabuna-Bahia. O município conta com um total de 32 Unidades de Saúde da Família (USF) e 39 equipes na ESF, nos territórios da zona rural e urbana.

Estas unidades são classificadas como referência para o atendimento integral à saúde, contemplando todos os programas no ciclo da vida, localizadas em diferentes realidades socioeconômicas e graus de vulnerabilidade. Além de compor o campo de prática e aprendizado para vários cursos de nível médio e superior, assim como para aluna(o)s da graduação de Enfermagem e Medicina da UESC, além de outros cursos na área da saúde de instituições privadas.

A escolha por esses cenários deu-se pela capacidade de autonomia, liderança e habilidade da equipe multiprofissional na assistência aos usuários, independentemente de gênero, classe, cor/etnia e geração. Além disso, o vínculo existente entre enfermeira(o)s, usuária(o)s, famílias e comunidade oportuniza uma assistência de qualidade.

A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde de nível médio e superior atuantes nas USF selecionadas, respeitando os seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo 6 meses de formação na área de saúde, ser concursada ou contratada pelo município de Itabuna, estar atuando há, no mínimo, seis meses no cenário da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estar em processo de adocimento ou de licença do serviço por qualquer outro motivo, ser recém-contratada (período abaixo de 6 meses).

A coleta dos dados ocorreu após aprovação plena do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESC sob parecer nº 3.803.789, através de um roteiro de entrevista semiestruturada com perfil sociodemográfico e perguntas abertas. Iniciou-se a seleção dos profissionais de saúde conforme critérios de inclusão e exclusão. Após a seleção, foi apresentado aos profissionais, a natureza e objetivos da pesquisa em linguagem acessível. Após entendimento sobre a pesquisa e anuência da participante de forma voluntária, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e com posterior assinatura.

Os dados foram coletados nas unidades supracitadas, em ambiente calmo, reservado e sem presença de ruídos ou demais pessoas. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital entre os meses de outubro e novembro de 2020 e serão mantidas arquivadas por cinco anos, sendo incineradas após esse período conforme preconizam a Resolução nº 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012b; 2016).

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de conteúdo temática, através de quatro etapas, utilizando-se instrumentos metodológicos que favorecessem a compreensão da subjetividade e objetividade. Sendo assim, após as entrevistas, as mesmas foram transcritas, lidas e organizadas por similaridade de ideias, momento em que foi realizada a interpretação do conteúdo, categorização e embasamento teórico (BARDIN, 2016). As entrevistadas foram identificadas por nomes de mulheres que representam a luta pelo combate à violência contra a mulher, fortalecendo suas identidades e representatividade.

1 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas treze entrevistas, sendo que a faixa etária transitou de 27 a 61 anos de idade. Das participantes, quatro eram enfermeiras (Enfa), duas médicas (Med), seis agentes comunitários de saúde (ACS) e uma psicóloga (Psico). Quanto ao estado civil, seis eram casadas, duas divorciadas, e cinco solteiras. No que se refere à religião, oito eram católicas, quatro evangélicas e uma espírita.

Após a caracterização do perfil sociodemográfico, fez-se uma leitura atenta das entrevistas e definiram-se três categorias a seguir:

1. Múltiplas dimensões da violência contra a mulher apontadas pelos profissionais de saúde da ESF

A violência contra a mulher é resultado de qualquer ato que venha causar danos, seja este físico, psicológico ou sexual, como também sofrimento, sendo assim, é considerado um grave problema de saúde pública que atinge mulheres em diferentes faixas etárias, etnias e situação cultural (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Compreender o fenômeno da violência contra a mulher (VCM) é fundamental, para tanto, os profissionais de saúde da ESF precisam estar sensibilizados sobre os impactos causados por essa problemática e devidamente capacitados para lidar com o problema, sobretudo com a vítima. Nesse sentido, percebe-se nos discursos das depoentes múltiplas dimensões sobre a VCM, conforme recortes abaixo:

[...] violência contra mulher entendo como qualquer tipo de violência: psicológica, física, qualquer coisa que torne essa mulher fragilizada de alguma forma [...] **(Leila Diniz- Enfa)**.

[...] assédio, violência física, psicológica, violência sexual, violência doméstica, violência obstétrica. Tudo que vá causar algum dano, físico, psíquico, emocional a mulher **(Aline Walker- Enfa)**.

[...] patrimonial, que venha causar algum dano a vida dessa mulher seja por outra pessoa do sexo masculino ou feminino também **(Catharine Alice Machinnon- Psico)**.

Tudo que venha agredir, tanto física como verbal **(Simone de Beauvoir- ACS)**.

Desse modo, o conhecimento ampliado acerca da violência contra a mulher torna possível que os profissionais de saúde que estão na USF, porta de entrada na atenção básica, identifiquem as usuárias que vivenciam tal situação e auxiliem nas medidas de enfrentamento.

Uma das violências mais comumente identificadas pelos profissionais da ESF é a violência física (VF), essa menção pode estar atrelada ao fato das vítimas chegarem com sintomas físicos, desde feridas, hematomas, queixas de dores abdominais e cefaleia,

facilitando a percepção por parte da equipe. Cabe destacar que, a violência física é qualquer ato violento, que se utilize da força física intencionalmente para lesar, ferir, provocar dor e/ou sofrimento a vítima, deixando marcas no seu corpo ou não. Podendo ocorrer através de tapas, empurrões, murros, chutes, queimaduras, ferimentos por arma de fogo e também mutilações (DANTAS et al., 2017).

Além disso, observa-se nos depoimentos a violência psicológica (VP) sofrida pela vítima, compreendida como uma série de atitudes ou expressões visando negar a maneira como o outro é, à maneira do outro ser, colocando a pessoa em exercício de submissão e controle por parte de quem provoca (QUEIROZ; CUNHA, 2018).

Evidencia-se ainda a violência sexual (VS), aquela que traz consequências físicas, mas também psicológicas, ocasionando marcas e lembranças que dificilmente serão esquecidas. Dessa maneira, a VS pode ser definida como todo ato ou tentativa de ocorrer a relação sexual como também comentários indesejáveis contra a vítima, de forma coercitiva. A VS é também considerada uma violência de gênero, pois denota ao homem uma posição de poder, estando vinculada a violência física e psicológica de forma simultânea (DELZIOVO et al., 2017).

Outro elemento relevante trazido pelos profissionais de saúde da ESF se refere à violência patrimonial, entendida como qualquer ato que configure retenção, destruição total ou parcial dos bens do outro, podendo ser material de trabalho, documentos, objetos pessoais, bem como recursos financeiros (ALVES, 2019). É importante destacar as demais violências apontadas pelas entrevistadas, a exemplo da violência doméstica e violência obstétrica (ROCHA et al., 2017).

Sendo assim, tem-se que a violência doméstica está relacionada a qualquer comportamento de um indivíduo no relacionamento íntimo que cause danos, sendo estes físicos, emocionais, podendo ser também moral e patrimonial a(o) parceira(o) ou ex-parceira(o), algo evidenciado pelos profissionais da ESF no seu cotidiano laboral (FRANCO; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2018).

Ainda citado por uma das depoentes, observa-se a violência verbal (VV), sendo um ato de linguagem que tem como objetivo lesar psicologicamente alguém (CHARAUDEAU, 2019). Está relacionado à desqualificar o outro, deslegitimar, ou seja, colocar a pessoa do outro em posição de desvalorização (CABRAL, 2019).

Por fim, surge a violência obstétrica (VO), aquela que acontece contra a mulher grávida, parturiente, puérpera ou ao seu bebê, praticada por profissionais da área da saúde comprometendo sua autonomia e integridade física. A VO é estabelecida desde uma demora no atendimento até maus tratos e condutas que venham causar danos a esta mulher (LANSKY et al., 2019).

Dentre as violências mencionadas pelas depoentes, verifica-se que a violência moral, a violência intrafamiliar, a violência de gênero e a violência institucional não foram elencadas dentro do rol de tipos de violência contra a mulher, denotando a necessidade

de maior conhecimento por parte dos profissionais da ESF para atuar de maneira ampla e qualificada na proteção às mulheres (MEDEIROS; FERRETE, 2020).

2. Experiências relatadas pelos profissionais de saúde da ESF sobre violência contra a mulher

Sabe-se que a mulher vítima de violência, na maioria das vezes, demonstra medo, vergonha e temor em procurar apoio nas unidades de saúde, privando-se de uma assistência qualificada, especialmente quando esta vivenciou a violência física, algo que pode revelar ao profissional que algo foi feito contra a integridade da mulher, fato perceptível no depoimento a seguir:

[...] o marido cortou a esposa com uma garrafa, mas a mulher não procurou a unidade nem para fazer o curativo. Soube por outras pessoas que contaram para a ACS, mas nem chegamos a ver **(Leila Diniz- Enfa)**.

[...] tem pacientes aqui que já teve antecedentes de amputação, já foi amputado os antebraços por ex-companheiros, já tive pacientes que tiveram 50% do corpo queimado por conta de ex-companheiros tudo isso motivado por ciúmes, por vários fatores ou pela própria índole mesmo **(Patrícia Hill Collins- Med)**.

Outra situação de violência que ocorre nas dependências dos serviços de saúde é a obstétrica, muitas vezes não reconhecida pela vítima, de modo que as intervenções danosas sequer são percebidas pela naturalidade com que acontecem e pelo poderio imposto por alguns profissionais. Mesmo entendendo que a assistência durante o ciclo gravídico-puerperal no território brasileiro é regida por normativas que asseguram a proteção à mulher, observa-se ainda a permanência de atitudes violentas (LEAL et al., 2018), algo revelado na fala abaixo:

[...] violência obstétrica a gente ouve muito, uma coisa muito comum e que as pessoas não consideram como violência e as próprias mulheres também não [...]. Tive paciente que chegou com episiotomia totalmente malfeita e ela sofreu muito, pois sentia dores [...]. Nenhum momento ela achou aquilo um absurdo, nenhum momento ela falou "olha o que fizeram comigo, com meu corpo, olha o que aconteceu aqui!" **(Aline Walker- Enfª)**.

Destaca-se ainda a violência doméstica como ação rotineira, que na maioria das vezes, está ligada a conflitos que levam ao rompimento conjugal (ALENCAR; RAMOS; RAMOS, 2018), o que pode ser visualizado a seguir:

[...] situações de mulher trancada dentro de casa em prisão doméstica que ela não pode sair, em casa trancada com as crianças o dia todo, eu fazia a visita da porta até quando a gente conseguiu descobrir e conseguimos libertá-la **(Angela Davis- ACS)**.

Além disso, nota-se uma situação de violência sexual experienciada pelos profissionais da ESF, especificamente o abuso. Ressalta-se que esta violência acontece

muitas vezes no meio intrafamiliar, cometido por algum parente ou pessoas que tenham aproximação com a vítima (SILVA, 2018), como apontado abaixo:

[...] um padrasto engravidar uma menina de 10 anos e a mãe estar de acordo. Ele ciomava muito da menina, andava com a menina na bicicleta para cima e para baixo e não deixava ela brincar com outras crianças da idade dela [...]. A mãe permitia o que acontecia, a gente veio e trouxe essa situação aqui para unidade, aí eu e uma colega começamos a ligar para o conselho tutelar. Até hoje ele (padrasto) não sabe porque isso pode causar até minha morte. Nem ele (padrasto) foi preso e a menina continuou grávida e todo mundo sabia e não aconteceu nada **(Simone de Beauvoir- ACS)**.

Tal fato denota uma base familiar desestruturada e uma ausência de efetividade na rede de proteção à criança e adolescente contra a violência, sobretudo a sexual. Ademais, familiares podem omitir determinadas situações de violência sexual, o que dificulta a notificação pela unidade de saúde e o planejamento das medidas de enfrentamento (GARCIA, 2016). Nesse sentido, nota-se uma pluralidade de situações de violência experienciadas pelos profissionais da ESF no meu território de atuação, revelando a necessidade de medidas urgentes para minimizar ou eliminar essa problemática social.

3. Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde da ESF sobre violência contra a mulher

As atribuições dos profissionais de saúde das USF são amplas e denotam muitas possibilidades de intervenção, sobretudo quando diante das vulnerabilidades em que se encontram as mulheres vítimas de violência. Nesse sentido, os profissionais utilizam as competências e habilidades que dispõem naquele momento, mesmo não tendo os recursos materiais e educacionais necessários para este tipo de enfrentamento (SANTOS et al., 2018), o que pode ser revelado a seguir:

[...] a gente trabalha com acolhimento [...]. Independente de qual for a situação, então a gente faz o acolhimento da paciente [...], essa mulher é acolhida, a gente faz a consulta, eu ou o médico da família se estiver aqui, e a gente faz a notificação [...]. Depois o pessoal da vigilância entra em contato com a gente, pode agendar uma visita ou ficar fazendo esse acompanhamento. A gente faz a notificação, a gente acolhe, a gente pede para o agente comunitário dar um pouco mais de atenção, ir lá ver como está a situação, mas o agente comunitário também tem muito receio de se expor [...] **(Leila Diniz- Enfa)**.

[...] apoio psicológico, se eu percebo que está acontecendo alguma situação eu tento falar da importância [...]. O que eu faço é orientar e se eu perceber que tem necessidade, encaminhar para serviço específico **(Rose Marie- Enfa)**.

[...] acolher sem preconceito, sem juízo de valor. É ouvir, acolher, é orientar e encaminhar, no caso da violência obstétrica a gente notifica, a gente escuta e orienta, tenta mostrar que aquilo foi uma violência, eu acho que é o papel da gente, nós como profissionais da saúde, não é uma maneira de evitar, mas

de fazer ela entender e passar para outras mulheres, pois não é uma coisa normal e comum que tem que acontecer. Nosso papel não é só encaminhar, mas também ajudar. No caso de uma violência sexual eu acolheria para estar vendo a questão das doenças, da contracepção de emergência (**Aline Walker- Enfa**).

Nota-se que, além das notificações, os profissionais preocupam-se com os dispositivos legais e psicológicos para contemplar as dimensões de um fenômeno complexo como a violência contra a mulher, como apontado na fala abaixo:

[...] a gente orienta procurar as autoridades competentes e denunciar e também procurar um psicólogo (**Jurema Werneck- ACS**).

Além das estratégias supracitadas, é essencial que os profissionais da ESF estejam preparados para acolher, referenciar, notificar, esclarecer e proteger a vítima, atuando em formato de rede assistencial, com auxílio multidisciplinar e multiprofissional, especialmente com a ação conjunta dos membros da equipe, como percebido a seguir:

[...] orientar, a gente faz o trabalho aqui na unidade de saúde de sala de espera e a gente tem atividade educativa com as mulheres [...]. Então aqui a gente tem atividade educativa, na visita domiciliar a gente tenta esclarecer a questão da violência doméstica, que não é só física [...] (**Angela Davis- ACS**).

A conduta que a gente sempre prioriza é principalmente a investigação, ou seja, investigar se realmente houve e que se a vítima tiver vínculo com o parceiro é tentar intervir com orientação, expor, explicar para ela os diferentes tipos de violência, explicar para elas que têm apoio da rede, da unidade de saúde e o próprio ato da mulher fazer a denúncia que vai lhe resguardar [...] (**Patrícia Hill Collins- Med**).

A orientação é buscar as redes de atendimento, o CREAS ou o CRAM e ver o caso de encaminhar até mesmo para psicoterapia (**Catharine Alice Machinnon- Psico**).

Desse modo, evidencia-se a importância de um atendimento integral às mulheres vítimas de violência. Respeitar a vivência de cada mulher e sua singularidade contribuirá para a ressignificação das suas dores e para o exercício da sua autonomia e empoderamento, ampliando as possibilidades de romper com o ciclo da violência (SOUZA; REZENDE, 2018).

Dentre as inúmeras dificuldades, a principal é a falta de adesão por parte das vítimas na manutenção dos atendimentos e até mesmo a realização de denúncia aos órgãos judiciais, isto se deve ao estigma social, ao medo de novas represálias por parte dos companheiros, a vergonha em expor a situação para terceiros como também por questões financeiras, devido as múltiplas dependências que possuem com relação aos seus agressores, como verificado nos depoimentos a seguir:

[...] é muito difícil de a gente conseguir colocar essa mulher na rede. Para fazer um fluxo é muito difícil, no máximo que pode chegar é até aqui [...]. A

pessoa não faz o fluxo [...] porque é a opção de ela fazer a denúncia, ela não consegue fazer o acompanhamento, até mesmo uma terapia. Não consegue fazer nada, ela só chega até aqui e aqui a gente segue o fluxo mas ela não vai para mais nenhum lugar [...] (**Leila Diniz- Enfa**).

[...] a gente não consegue porque no final elas desistem (**Patrícia Hill Collins-Med**).

Assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde da ESF atentem para as mulheres vítimas de violência que não estão comparecendo aos atendimentos, criando estratégias para sua adesão e seguimento (SOUZA; REZENDE, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que, a percepção dos profissionais de saúde da ESF sobre a violência contra mulher tem sido ampliada diariamente, mesmo com os obstáculos presentes nos serviços em que atuam, especialmente aqueles que envolvem educação permanente sobre a temática.

Realizam o acolhimento e notificação, porém encontram dificuldade em proporcionar uma continuidade nos atendimentos a essas vítimas em virtude da inefetividade da rede de atenção como também da adesão das vítimas à assistência prestada.

Assim, faz-se necessário que o processo de formação dos profissionais de saúde da ESF, seja na graduação ou na educação permanente comporte discussões sobre gênero e violência no intuito de favorecer o delineamento de novas ações para o enfrentamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, CLEMENTE SILVA. **Violência Patrimonial contra a Mulher na Constância de Relações Socioafetivas**. 2019. 64p. Monografia (Bacharelado em Direito). Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA - Campus Ceres, Goiás, 2019.

ALENCAR, Renata dos Santos; RAMOS, Edson Marcos Leal Soares; RAMOS, Maely Ferreira Holanda. Violência Doméstica nas Relações Lésbicas: Registros da Invisibilidade. **Rev Bras Segurança Pública**, v. 12, n. 1, p. 174-86, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo (SP): Editora 70, 2016. 277 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha- Lei nº 11.340/2006**. Diário Oficial da União. Brasília. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012b**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília (DF): MS. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Secretária de Políticas para as Mulheres. **Folha informativa**. 2019. Disponível em: <<http://www.mulheres.ba.gov.br/2019/02/2282/Media-mensal-de-casos-de-violencia-contra-a-mulher-cresce-24-em-um-ano.html>>. Acesso em: 18 out. 2019.

CABRAL, Ana Lúcia Tinoco. Violência verbal e argumentação nas redes sociais: comentários no Facebook. **Calidoscópico**, v. 17, n. 3, p. 416-32, 2019.

CHARAUDEAU, Patrick. Reflexões para a análise da violência verbal. **Rev Desenredo**, v. 15, n. 3, 2019.

DANTAS, Giselle de Santana Vilasboas et al. Caracterização dos casos de violência física contra mulheres notificados na Bahia. **Arq Ciênc Saúde**, v. 24, n. 4, p. 63-8, 2017.

DELZIOVO, Carmem Regina 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**, v. 33, n.6, p. e00002716, 2017.

FRANCO, Débora Augusto; MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Violência doméstica e rompimento conjugal: Repercussões do litígio na família. **Pensando famílias**, v. 22, n. 2, p. 154-71, 2018.

GARCIA, Leila Posenato. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Rev Epidemiol Serv Saúde**, v. 25, n. 3, p. 451-54, 2016.

HOLANDA, Eliane Rolim de et al. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 1, p.1-9, 2018.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-24, 2019.

LEAL, Sarah Yasmin Pinto et al. PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 1, p. 1- 7, 2018.

MEDEIROS, Alexia Thifanny Santos; FERRETE, Bruna Fernandes. A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEUS IMPACTOS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, v. 16, n. 16, p. 1- 20, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em: 18 out. 2019.

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.

QUEIROZ, Rosana Ataíde de; CUNHA, Tania Andrade Rocha. A violência psicológica sofrida pelas mulheres: invisibilidade e memória. **Rev Nupem**, v. 10, n. 20, p. 86-95, 2018.

ROCHA, Dagmar Cristina Batista da. **Análise da importância da realização do exame pericial patrimonial em crimes de violência doméstica**. 2017. 44p. Monografia (Especialização em Políticas de Segurança Pública e Direitos Humanos). Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2017.

SANTOS, Silvana Cavalcanti dos et al. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade?. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 359-68, 2018.

SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Rev Epidemiol Serv Saude**, v. 25, n. 2, p. 331-42, abr-jun. 2016.

SILVA, Mariana Martins da. Contextualização da sexualidade e violência sexual infantil: o papel da psicologia mediante casos de suspeita de abuso. **Pretextos - Rev Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 346-60, 2018.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est Interdisc Psic**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

VIANA, Aline Lopes et al. Violência contra mulher. **Rev Enferm UFPE**, v. 12, n. 4, p. 923-9, 2018.

CAPÍTULO 8

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão 06/11/2020

Diego Jorge Maia Lima

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE

<http://orcid.org/0000-0003-4708-3088>

Suely Teles Albano

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0003-0445-0490>

Francisca Janiele Martins da Costa

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0002-5467-4540>

Assunção Gomes Adeodato

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0002-5312-9815>

Érica Priscila Costa Ramos

Faculdade de Terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-7684-0813>

Nicolau da Costa

Universidade Federal do Ceará, Departamento de pós-graduação em enfermagem
<http://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

Sara Regina Tamarana da Silva

Centro Universitario Uniateneu
<https://orcid.org/0000-0002-3775-2789>

Jéssica Luzia Delfino Pereira

Escola de Saúde Pública Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-4940-6525>

Francisco Walter de Oliveira Silva

Faculdade de terra Nordeste-FATENE
<https://orcid.org/0000-0001-5349-8314>

RESUMO: estudo apresenta uma pesquisa na assistência de enfermagem na atenção primária às mulheres vítimas de violência doméstica, que é um problema da Saúde Pública no cenário brasileiro, esse tipo de violência causa grave complicações para a mulher em sua saúde física, psicológicas, mental e social. Objetivo: analisar a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência doméstica. Método: Revisão bibliográfica do tipo qualitativa foi realizada no período de abril a junho de 2020. A busca ocorreu nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), buscador acadêmico (Google Acadêmico) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Resultados: a necessidade de prover os serviços da rede com equipe multiprofissional integrada para subsidiar o enfrentamento da violência pela mulher. Os profissionais de saúde devem conversar com a agredida de forma que seja confidencial conseguindo a ética e assim dando a essa vítima a confiança e a segurança. Conclusão: A capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento mais adequado e humanizado às mulheres em situação de violência doméstica e de articulação intersetorial para o fortalecimento da mulher no enfrentamento da violência doméstica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem – Violência Doméstica – Violência contra a Mulher.

NURSING ASSISTANCE IN PRIMARY CARE TO WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: The study presents research on nursing care in primary care for women victims of domestic violence, which is a public health problem in the Brazilian scenario, this type of violence causes serious complications for women in their physical, psychological, mental and social health. . Objective: to analyze the nursing care provided to women victims of domestic violence. Method: Qualitative bibliographic review was carried out from April to June 2020. The search took place in the databases VHL (Virtual Health Library), academic search engine (Google Scholar) and SCIELO (Scientific Eletronic Library Online. Results: a need to provide the network services with an integrated multiprofessional team to support the confrontation of violence by women, health professionals should talk to the victim in a way that is confidential, achieving ethics and thus giving this victim the confidence and security. : The training of health professionals to provide more adequate and humanized care to women in situations of domestic violence and intersectoral articulation to strengthen women in the fight against domestic violence.

KEYWORDS: Nursing Care; Domestic Violence ; Violence against Women.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países do mundo a violência doméstica (VD) é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grave problema mundial e passou a tratar como questão de saúde pública, devido às graves consequências para a saúde física, psicológicas, mental e social das mulheres. A mulher violentada necessita de acolhimento nos serviços de saúde, para que se estabeleça um relacionamento de forma adequada entre o profissional e a cliente, buscando a humanização da assistência à saúde.

A violência doméstica pode ser definida como toda ação ou omissão praticada dentro ou fora de casa por algum membro da família, que praticados com intencionalidade, prejudicam, causam lesão, comprometem o desenvolvimento, privam de oportunidades e podem ser causa de morte por homicídio ou estar associado a suicídio. A violência exibe-se através de ameaça, coação ou consumação de agressão física ou psicológica (CRISTINA; RISSO *et al.*, 2019).

A violência doméstica tem suas consequências que podem acompanhar o indivíduo por todo o sua vida. As vítimas da violência doméstica possuem maior propensão ao envolvimento com substâncias nocivas, ao comportamento suicida e de automutilação, ansiedade, depressão, distúrbios de personalidade, psicose, e problemas nos relacionamentos interpessoais. Manifestando-se por meio de atitudes que objetivam o prejuízo físico, patrimonial, mental e espiritual. Por ser um fenômeno silencioso, a violência sempre se fez presente na história da humanidade, fazendo parte do cotidiano social (GOMES, 2016; LEITE, 2016).

A violência doméstica atinge todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas e afeta o ser humano em sua totalidade. Sendo assim, a violência não pode

ser vista apenas como um fenômeno da epidemiologia ou das ciências sociais, mas deve ser analisada sob o paradigma da complexidade e combatida por meio de práticas interdisciplinares. A violência é um tema muito relevante, uma vez que, no início do século XXI, atingiu proporções epidêmicas, com importância na atenção à saúde. Conseqüentemente, emergem maior número e variedade de sugestões para a aplicação de políticas públicas visando o enfrentamento da violência doméstica (LEITE; BEZERRA *et al* 2016).

Os serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) é principal porta de entrada para o atendimento das mulheres em situação de violência. Os profissionais da saúde capacitados atuam nas resoluções dos problemas, buscando medidas educativas para tentar reduzir os danos causados pela violência doméstica, contribuindo para redução do ciclo da violência, evitando que casos simples se tornem mais graves, dever conhecer as articulações dos serviços para dar maior fluidez e eficácia no atendimento a essas vítimas têm compreensão acerca da violência sofrida, no entanto não tem dimensão da complexidade do problema (SILVA *et al.*,2017).

Com recentes pesquisas sobre a Lei Maria da Penha, especialmente as que analisam as medidas protetivas de urgência, e trazem importantes dados para uma reflexão sobre as políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher (VDFCM) e após a promulgação da Lei nº 11.340 de 7 de Agosto de 2006, também denominada Lei Maria da Penha (LMP), hoje uma das principais ferramentas legais no enfrentamento a violência doméstica contra a mulher. A Lei Maria da Penha tem o objetivo de punir os casos de violência contra as mulheres (CARMEN 2017).

Nota-se que atuação do enfermeiro é muito importante já que por ele passam todas as ações da equipe de enfermagem, a prevenção tem sido vista e destacada como a melhor forma de enfrentar a problemática da violência, tornando-se necessário ter profissionais capazes de assumir tais tarefas. É essencial que durante o processo de formação, os profissionais tomem consciência da responsabilidade que terão quando assumirem suas equipes. Ao enfermeiro cabe o gerenciamento, coordenação e supervisão da unidade de saúde e do trabalho da equipe de enfermagem (OLIVEIRA; RODRIGUES *et al.* 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, 1 em cada 3 mulheres, já foi, ou será vítima de violência doméstica. O Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil revela aumento de 252% de mulheres vítimas de assassinato no país no período de 1980 a 2013. Esses dados refletem nas estatísticas de mortalidade, indicando que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil. (SANTOS *et al.*, 2018).

No Brasil a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil, a cada 2 minutos cinco mulheres são espancadas e a cada duas horas uma é assassinada. Quase 50% das mulheres já sofreram algum tipo de violência, seja espancamento, coagida ao sexo ou ainda alguma outra forma de abuso durante a vida por um agressor, que geralmente é membro de sua própria família, sendo que 27% das mulheres que afirmaram ser agredidas por companheiros ou ex- companheiros declararam ter sofrido agressão grave (GOMES *et*

al.,2016).

As mulheres são as vítimas mais notificadas de violência (162.575), representando 67,1% dos casos no ano de 2015. Nesse mesmo ano, as mulheres adultas, de idade entre 20 a 59 anos, foram as que mais notificaram violência, seguidas das adolescentes (30.989), das crianças (25.449) e das idosas (7.937). Os tipos de violência mais comuns, na população feminina, em geral, foram à violência física (48,1%), seguida da psicológica/moral (23,6%) e sexual/estupro (8,3%). Quando comparadas as taxas de mortalidade de vítimas de violência notificadas com as taxas de mortalidade geral para o sexo feminino, observou-se que em todos os casos as vítimas de violência notificadas tiveram maiores taxas de mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017).

No atendimento às mulheres vítimas de violência implica uma ação não limitada ao combate, mas também à dimensão da assistência dada as vítimas, na atuação dos profissionais de saúde na assistência das mulheres vítimas de violência domésticas permitirão aos gestores refletirem sobre a temática e buscar estratégias de ampliar o olhar sobre essa problemática.

No estudo justifica-se a importância dos profissionais na atenção primária e em sua formação. Que possam atender e conduzir os casos em suas práticas diárias, já que a violência se faz presente em todas as sociedades, nos diversos contextos, atingindo todos os indivíduos, direta ou indiretamente. Tendo como propósito de abordar o cuidado de enfermagem e o acolhimento humano, possibilitando uma relação compartilhada de valores, emoções entre o profissional e a cliente. Baseando-se no levantamento de pesquisas já realizadas voltadas para essa temática.

Torna-se relevante que o estudo alcance os acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e profissionais da saúde que trabalham na atenção primária, pois envolvem os aspectos psicossociais, tendo em vista à importância de compreender o quanto a violência doméstica pode trazer malefícios a saúde e que é de função dos profissionais da saúde atuar nesta prevenção.

O estudo tem como objetivo geral analisar a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência doméstica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo qualitativa no estudo foram seguidas as seguintes etapas: buscar dos artigos, identificação do tipo de pesquisa, objetivo do estudo, separação de descritores, seleção dos autores, avaliação dos dados e apresentação. A pesquisa bibliográfica apresenta-se um estudo capaz de colocar o pesquisador em contato direto com aquilo que já foi tornado público, permitindo um olhar mais ampliado e uma maior abrangência de informações sobre o tema a ser pesquisado, ou seja, uma revisão sistemática de toda literatura encontrada.

O estudo se baseia em uma revisão sistemática que, é aquela pesquisa que é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído por livros, revistas e artigos científicos (GIL 2010).portanto,a escolha pela revisão bibliográfica deve-se ao fato deste método permitir conhecer e determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Gil (2010)

Segundo Marconi (2010) o tipo de pesquisa abrange toda sistemática tornada pública em relação ao tema de estudo, como livros, revistas, teses, dissertações, artigos científicos, disponíveis por meio eletrônico e impresso. A principal vantagem em realizar uma pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de abril a junho de 2020. A Para a seleção dos artigos incluídos na revisão foi utilizada as bases de dados Google acadêmico, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). A busca foi realizada utilizando os descritores: Cuidados de Enfermagem – Violência contra a Mulher – Violência Doméstica. Os seguintes critérios de inclusão: Artigos completos, publicados no ano 2016 a 2020 disponíveis eletronicamente em língua portuguesa, artigos que abordem o tema em estudo, que contribua para o alcance do objetivo e artigos publicados nos últimos 5 anos. E foram excluídos artigos disponíveis que não se quadram nos objetivos.

A busca nas bases de dados resultou na identificação de 118 artigos, ao ser aplicado os critérios de inclusão, o número total de artigos foi reduzido para 28. A distribuição dos artigos selecionados e excluídos, conforme a base de dados.

Em relação aos aspectos éticos o presente estudo por ser de revisão não será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém todos os preceitos éticos estabelecidos serão respeitados no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos.

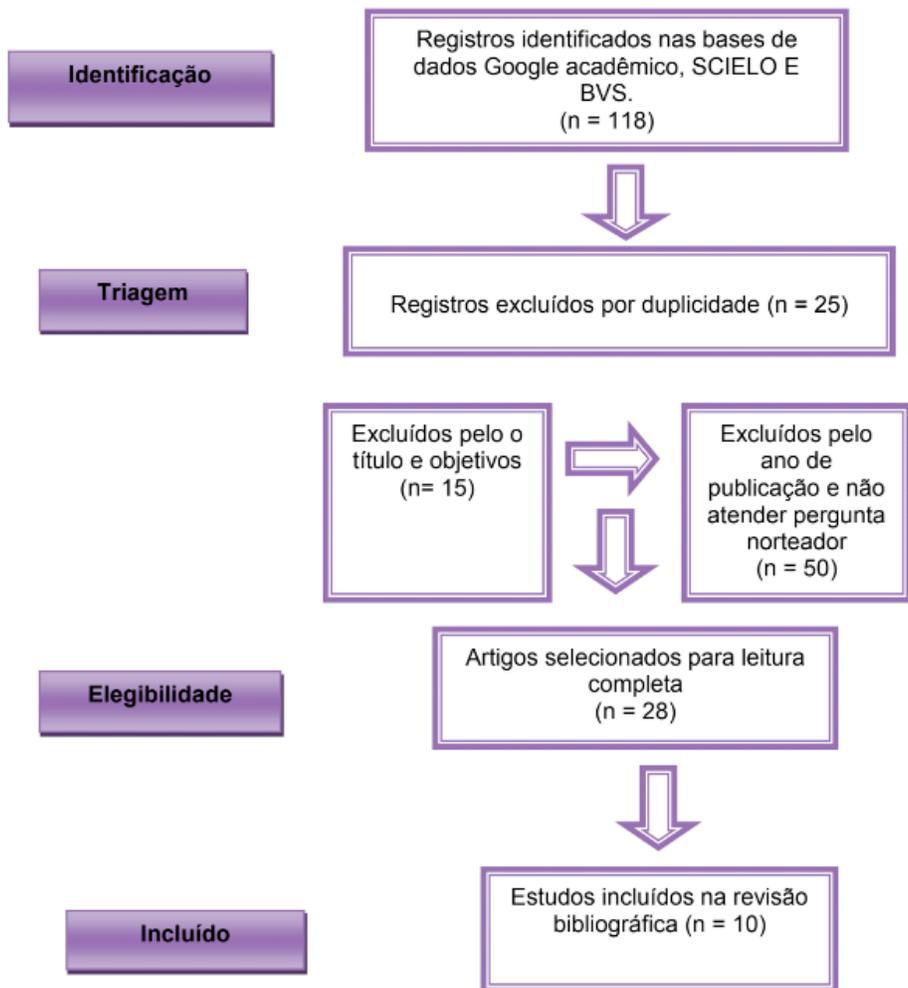


Figura - 1. Fluxograma Prisma: caracterização do número de artigos pesquisados nas bases de dados: Google Acadêmico, SCIELO e BVS – Caucaia-CE, 2020.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue a tabela descritiva com dados referente à pesquisa bibliográfica relacionando a assistência de enfermagem na atenção primária às mulheres vítimas de violência doméstica.

Nº	Autores	Título	Objetivo do estudo	Resultados	Ano
01	GOMES, V.R.; LIMA, V.L.A. <i>et al.</i>	Homicídio de mulheres vítimas de violência doméstica: revisão integrativa.	Identificar a produção científica sobre homicídio de mulheres em virtude da violência doméstica.	Devido à complexidade do tema da violência contra a mulher, culminando em homicídio, enfatiza-se a relevância de realizar e ampliar o número de estudos que valorizem a reflexão e o debate para esse problema social.	2016
02	LOPES, J.S.	Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica: revisão sistemática a partir da promulgação da lei Maria da penha.	Identificar estudos sobre acolhimento à mulher vítima de violência doméstica capazes de garantir seus direitos à saúde integral e humanizada, identificando ainda qual o papel do profissional de saúde na garantia desses direitos.	Que compreendem a cerca dos profissionais de saúde quanto à garantia do direito a saúde integral dessas vítimas.	2016
03	MARTINS, D.C.; CAMILO, L.S.S. <i>et al.</i>	Atuação da enfermagem na Atenção Primária frente à violência doméstica contra a mulher.	Refletir a respeito da concepção de violência, o contexto conjugal, os tipos de agressões, e atuação do enfermeiro no cuidado prestado a essas mulheres vítimas de violência doméstica.	Demonstram que a violência contra mulher é um problema grave, de caráter mundial.	2017
04	PAZINI, K.B.; GIULIANI, C.D.; JUNQUEIRA, M.A.B.	A atenção às mulheres vítimas de violência no contexto da atenção primária à saúde.	Analisar a literatura sobre a atenção às mulheres vítimas de violência doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).	Evidenciou-se que o acolhimento, as visitas domiciliares e a clínica compartilhada são espaços potencializados no atendimento à mulher violentada na APS; contudo a dificuldade do reconhecimento de situações de violência em suas diferentes formas, o preconceito, a ausência de protocolos específicos.	2017
05	RAMOS, E.E.; JESUS, E. <i>et al.</i>	Assistência às mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade de urgência e emergência.	Analisar a assistência prestada às mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade de urgência e emergência.	Diante as informações obtidas verificaram-se as fragilidades e potencialidades da assistência na unidade, sendo o acolhimento crucial para a qualidade e a humanização do atendimento.	2018
06	AMARIJO, C.L.; BARLEM.;E.L.D. <i>et al.</i>	Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária.	Analisar a assimilação teórica e prática acerca da violência doméstica contra a mulher (VDCM) entre profissionais de enfermagem, considerando o atendimento às vítimas em unidade de saúde da família.	Foram elaboradas duas categorias analíticas: Os componentes da VDCM: conceito, imagem e atitude e Detecção dos casos de VDCM.	2018
07	RODRIGUES, V.P.; OLIVEIRA, G.L.; <i>et al.</i>	Assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica: revisão integrativa.	Analisar a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica abordada nas produções científicas publicadas no período de 2005 a 2015.	Os estudos destacaram a necessidade de prover os serviços da rede com equipe multiprofissional integrada para subsidiar o enfrentamento da violência pela mulher.	2018
08	FELTRIN, B.; TOSO, L.S.; CHEFFER, M.H.	Ser enfermeiro e o cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica: situações vivenciadas.	Compreender a experiência vivenciada pelos profissionais enfermeiros em identificar, prestar assistência de enfermagem e encaminhar as mulheres vítima de violência doméstica aos órgãos competentes.	Foram identificadas cinco categorias: sentimentos vivenciados durante o atendimento; percepção dos enfermeiros aos casos de violência; encaminhamentos realizados; capacitação profissional e continuidade do cuidado.	2019

09	CRISTINA, I.S.; RISSO, S.; SIM, M.S.	Assistência de enfermagem Narrativa de mulheres vítimas de violência doméstica.	Descrever a experiência de mulheres vítimas quanto ao atendimento realizado por enfermeiros na sequência do episódio de violência.	Em 18 dos casos, o tempo decorrido desde a entrada na unidade de saúde até ao local seguro foi de 1 às 48h. Todas sofreram violência psicológica.	2019
10	AMARIJO, C.L.; FIGUEIRA, A.B.; MINASI, A.S.Á. <i>et al.</i>	Serviços de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.	Investigar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos serviços de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.	A busca pela Unidade de Saúde; Serviços de atenção à mulher em situação de violência doméstica; A descontinuidade do cuidado.	2020

Quadro - 1. Apresenta à organização de acordo com autores, título, objetivo do estudo, resultados e ano de publicação. Caucaia – CE, 2020.

Fonte: Autoria própria – 2020

Através da análise dos artigos tornou possível observar que a maioria dos estudos objetivou – se analisar a assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência doméstica. As publicações são recentes e o ano de 2017, 2018 e 2019 teve prevalência dos artigos selecionados. Os resultados foram divididos em subcategorias: 3.1 atendimentos humanizados a mulher Vítima de violência na atenção primária a saúde e os tipos de violência e seus impactos na vida da mulher.

3.1 Atendimentos humanizados a mulher Vítima de violência na atenção primária a saúde

Verifica-se, que profissional enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem a função de auxiliar na assistência dos casos existentes, prestando uma assistência integral e resolutiva, o que poderá favorecer a quebra do ciclo da violência. Sua intervenção envolve o contato imediato, exigindo um atendimento humanizado e imparcial diante dos seus sentimentos, em meio à necessidade de solucionar o problema do indivíduo (PERALVA; ARAÚJO *et al.* 2016).

O cuidar de enfermagem só se concretiza quando há interação no momento em que acontece o contato com o cliente ou no resgate com o ser humano, e por meio do cuidado com a pessoa, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional da enfermagem (SOUSA; ROMANO 2018).

O conhecimento frente aos casos de violência doméstica é importante para a condução dos casos, e isso envolve a necessidade do profissional enfermeiro ter conhecimento abrangente a respeito da temática, com uma visão assistencial integral, interdisciplinar, holística, humanizada e contextualizada, para que possa acolher assistir e direcionar as pessoas em situação de violência (PERALVA; ARAÚJO *et al.*; 2016).

Cuidado humanização tem sido exposto com o propósito de unir o cuidado técnico ao humano, vem destacada a prática de enfermagem técnica e científica associada ao cuidado afetivo-expressivo, provando, assim, um cuidado humanizado. Assim, o cuidar de enfermagem permite uma aproximação do ser na sua existência humana (SOUSA; ROMANO 2018).

Segundo Oliveira *et al.* (2019) o cuidar da enfermagem à mulher vítima de violência doméstica, nas dimensões da técnica de acolhimento e da existência humana. Buscando mostrar a prática de assistência ao cuidado. A mulher vítima de violência doméstica tem a preferência da atenção dos profissionais de Enfermagem com o cuidado humanizado, que possa ajudá-la atendendo as necessidades, que deve ser sentido e vivido por parte de quem cuida e de quem é cuidado.

Neste contexto, o acolhimento surge como uma dimensão do cuidar, buscando a compreensão do distanciamento do ser cuidador com o ser cuidado. Esta reflexão traz a possibilidade de realizar o cuidar em enfermagem a mulher vítima de violência sexual numa perspectiva técnica associada às ações humanizadoras, no sentido de acolher, ouvir, tocar e silenciar (OLIVEIRA *et al.*,2019).

O enfermeiro como membro da equipe saúde deve estar capacitado para perceber e enfrentar o problema, dando os devidos encaminhamentos aos órgãos da rede de proteção, realizar notificações e orientações, não só ao agredido, mas à família. É responsável por prestar cuidados diretos e ser um agente facilitador na quebra do ciclo da violência. Considera-se que o mesmo necessita ter conhecimento técnico-científico que favoreça a prestação de uma assistência adequada (PERALVA; ARAÚJO *et al.*; 2016).

De acordo com Oliveira *et al.* (2019) o primeiro contato do profissional de Enfermagem é com a vítima de violência acontece em um serviço de saúde, no qual esses profissionais realizaram o acolhimento humanizado, anamnese, coleta de materiais para exames laboratoriais, agendamento de retorno e administração de medicações, esses são os passos que garantem o atendimento humanizado.

A enfermagem busca o cuidado por meio do cultivo de sensibilidade, da autoconfiança, da promoção e aceitação dos sentimentos positivos e negativos no processo do cuidado em enfermagem, visando aliviar o sofrimento humano. Portanto, o serviço de saúde especializada do profissional de enfermagem tem a oportunidade de acolher a vítima e mostrar a verdadeira essência da sua profissão, o cuidar/cuidado (OLIVEIRA *et al.*; 2019).

3.2 Os tipos de violência e seus impactos na vida da mulher

De acordo com Santos; Almeida (2017) a violência contra as mulheres tem sido um dos temas mais relevantes no âmbito da Saúde Pública e dos direitos humanos, justamente devido aos prejuízos à saúde e ao desenvolvimento psicossocial dessas mulheres. A violência pode ser definida como o uso de palavras ou de ações que maltratam as pessoas, e também o uso abusivo ou injusto do poder ou da força resultando em lesões, sofrimento, tortura ou até mesmo a morte. Os tipos de violência contra a mulher dividiram para melhor compreensão de cada categoria, são elas:

Violência Doméstica e Familiar: é praticada por membro inserido no âmbito domiciliar do indivíduo, podendo ter uma relação parenteral ou não, envolvendo pais, irmãos, tios, vizinhos e amigos. Diante do grau de parentesco presente na maioria dos casos, há certa

dificuldade de denúncia, por medo de represálias e aceitação de que o agressor seja alguém querido da família, ou seja, a agressão permanece oculta, pois prevalece o sentimento de medo de sofrer repreensões por parte do agressor (PERALVA; ARAÚJO *et al.*; 2016).

De acordo com Santos; Almeida (2017) é a ação ou omissão que ocorre no espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas. É aquela praticada por membros de uma mesma família, aqui entendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços sanguíneos, por afinidade ou vontade expressa.

Segundo Duarte *et al.* (2019) é caracterizada por agressividade e coação dentro do contexto familiar. Com a mudança de comportamento frente ao problema nos últimos anos e a forma como é reproduzida nas relações, a violência doméstica passou a ser interpretada como uma questão de saúde pautada nas relações de gênero.

Violência de Gênero ou de Raça: a sociedade criou uma imagem que as mulheres são inferiores ou submissas aos homens. E ainda hoje vivenciamos esses maus tratos de formas mais severas, como a violência sexual contra a mulher, que não consiste só no estupro como também a mulher ao mesmo tempo e violentada psicologicamente fisicamente (SOUZA; OLIVEIRA *et al.*; 2016).

Para Souza; Oliveira *et al.* (2016) a violência de gênero significa buscar caminhos para a desconstrução dessas desigualdades no âmbito da saúde. Neste seguimento, os profissionais de saúde devem estar qualificados tanto para identificar as situações de violência contra as mulheres, quanto para construir com elas um posicionamento crítico reflexivo sobre as desigualdades de gênero legitimadas em nossa sociedade.

Violência Física: são através de tapas, murros, mordidas, queimaduras, entre outras, sendo denominada como qualquer ação ou omissão que cause danos à integridade física de uma pessoa, tendo por objetivo ferir, provocar danos de forma intencional, levando ou não a morte, onde na maioria das vezes deixam marcas aparentes (PERALVA; ARAÚJO *et al.*; 2016).

De acordo com Santos; Almeida (2017) consistem em atos de acometimento físico sobre o corpo da mulher através de tapas, chutes, golpes, queimaduras, mordeduras, estrangulamentos, punhaladas, mutilação genital, tortura, assassinato.

Violência Patrimonial: nos últimos anos, casos de violência patrimonial passaram a fazer parte do cotidiano dos brasileiros. A popularização das redes sociais tem resultado na geração contínua de dados sobre relatos, sentimentos e opiniões de seus usuários (CLARINDO; COUTINHO *et al.*; 2019).

Violência Psicológica: destacar que a violência psicológica e a negligência, apesar de não deixarem marcas aparentes, na maioria dos casos, têm uma tendência a deixar maiores sequelas nos indivíduos que a vivenciam, considerando que decorrem de situações de violência exacerbadas em longo prazo (PERALVA; ARAÚJO *et al.*; 2016).

Para Peralva; Araújo *et al.* (2016) a violência psicológica foi evidenciada pelo termo

agressão verbal, com o potencial de causar sofrimento e ser exacerbada ao logo do tempo, se não forem tomadas medidas de enfrentamento e proteção. Esse tipo de violência é definido como toda ação de intimidação, humilhação, coação, acarretando prejuízo ao psicológico e ao desenvolvimento pessoal, podendo se manifestar também através da agressão verbal.

Segundo Santos; Almeida (2017) a violência psicológica é a ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaças direta ou indireta, humilhações, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, a autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.

De acordo com Peralva; Araújo *et al.* (2016) a negligência é um tipo de violência doméstica que envolve o abandono e a falta de cuidado e proteção a qualquer indivíduo que seja dependente de outro, seja por uma deficiência física permanente ou temporária, ou por uma questão de idade, englobando maus tratos e abandono.

Violência Moral: é aquela que consiste no assédio moral, em que o patrão ou chefe agride física ou psicologicamente sua funcionária com palavras, gestos ou ações, bem como na prática de crimes de calúnia, injúria e difamação contra a mulher (SANTOS; ALMEIDA 2017).

Violência Sexual: é todo ato ou jogo sexual com a intenção de estímulo ou realização do mesmo, incluindo manipulação da genitália, pornografia, exibicionismo e ato sexual com ou sem penetração e é considerado um grave problema de saúde pública devido às sérias de consequências para o desenvolvimento cognitivo, social e familiar dos indivíduos (PERALVA; ARAÚJO *et al.*; 2016).

A violência sexual tem suas sequelas físicas e mentais, em curto e longo prazo. Entre as consequências físicas imediatas estão à gravidez, infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em longo prazo, essas mulheres podem desenvolver distúrbios ginecológicos e na esfera da sexualidade (SOUZA; OLIVEIRA *et al.*; 2016). Violência Institucional: é praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, no sistema prisional (SANTOS; ALMEIDA 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a violência doméstica está crescendo cada dia vez mais no mundo e no Brasil, vem causando um grande problema de saúde pública e os agressores são pessoas próximas da vítima ou até mesmo seus parceiros, fazendo assim com que a vítima não denuncie o abuso sofrido.

Com o estudo buscar - se uma melhoria nos atendimentos de enfermagem às vítimas de violência doméstica, de forma a minimizar os danos físicos, psicológicos e mentais

decorrentes dessa violência, esclarecer às vítimas sobre as consequências deste ato, de forma a orientá-las a buscar ajuda de profissionais capacitados. Os profissionais de saúde são de grande valia na identificação dessas mulheres para a execução da prevenção, nas intervenções no cuidado, pois a cada dia aumenta a necessidade de atendimento às vítimas de violência que chegam aos serviços de saúde.

Os profissionais da saúde na atenção primária podem identificar essas vítimas através da escuta, empatia e o vínculo no acolhimento tanto na prevenção quanto na realização do cuidado, sendo as ferramentas essenciais para um bom atendimento, por possibilitarem uma aproximação entre o profissional da saúde e a mulher que se encontra em situação de abuso ao procuram os serviços de saúde, devido às consequências que são vivenciadas por elas tanto em espaço público, privado e seguindo os princípios da ética e da humanização.

Além de existir as políticas públicas de saúde e as redes de enfrentamento para medidas a serem tomadas pelos profissionais de saúde, o enfermeiro é mencionado como peça fundamental no cuidado de mulheres em situação de violência, por ser o profissional que tem um contato direto com a vítima. Portanto percebe a necessidade de uma estratégia que melhore a formação continuada dos profissionais de enfermagem na aproximação e nas ações de atendimento às mulheres em situação de violência na Unidade Básica de Saúde para melhoria da assistência, também é necessário que o profissional conheça os serviços de encaminhamento para que essa assistência seja integral.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F, GOMES, V.L.O, OLIVEIRA D.C.; *et al.* **Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica.** Texto Contexto Enfermagem. p. 1- 9. 26(3): e6770015. Rio Grande-RS - 2017. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e6770015.pdf>

AMARIJO, C.L.; BARLEM, E.L.D.; *et al.* **Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária.** Revista Enfermagem - UERJ, V. 26: e33874. p. 1- 7. Rio de Janeiro, 2018. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33874>

AMARIJO, C.L.; FIGUEIRA, A.B.; MINASI, A.S.Á. *et al.* **Serviços de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica.** Braz. J. Hea. Rev., v. 3, n. 1, p.1306-1323 Jan./Feb. 2020. ISSN 2595-6825. Curitiba – 2020. <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7174/6257>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Violência contra mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de atenção e proteção.** Saúde Brasil 2015/2016. p. 133-154. Brasília – DF 2017. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf

CRISTINA, I.S.; RISSO, S.; SIM, M.S. **Assistência de enfermagem narrativa de mulheres vítimas de violência doméstica.** Revista Ibero Americana De Saúde e Envelhecimento (RIASE). RIASE - online 2019. Dezembro. 5(3): p. 1998–2014. Barreiro, Portugal – 2019. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/388

CLARINDO, J.P.; COUTINHO, F.; FREITAS, A.L. **Deteção de casos de violência patrimonial a partir do twitter**. Instituto de Computação – Universidade Federal de Alagoas (UFAL). p. 211- 216. Maceió, AL – Brasil – 2019. <https://sol.sbc.org.br/index.php/brasnam/article/view/6456/6352>

CAMPOS, C.H. **Lei Maria da Penha: necessidade de um novo giro paradigmático**. Rev. bras. segur. pública | São Paulo v. 11, n. 1, 10-22, Fev/Mar 2017. file:///C:/Users/usuario/Downloads/778-Texto%20do%20artigo-1910-1-10-20170315.pdf

DUARTE, B.A.R.; JUNQUEIRA, M.A.B.; GIULIANI, C.D. **Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária**. REFACS (online); 7(3): p. 401-411 V. 7, N. 3. Uberlândia, MG, Brasil - 2019. <HTTP://SEER.UFTM.EDU.BR/REVISTAELETRONICA/INDEX.PHP/REFACS/ISSUE/VIEW/222>

FELTRIN, B.; TOSO, L.S.; CHEFFER, M.H. **Ser enfermeiro e o cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica: situações vivenciadas**. Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde, V.5, N.2, p. 143- 152. Paraná - 2019. <http://saber.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/23533>

GOMES, V.R.; LIMA, V.L.A.; SILVA, A.F.; *et al.* **Homicídio de mulheres vítimas de violência doméstica: revisão integrativa**. Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro (RECOM). Set/dez; 6(3): 2439-2445 DOI: 10.19175/ v6i3. 1488. Oeste Mineiro – 2016. <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1488>

LEITE, J.T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; *et al.* **Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica**. Revista Gaúcha Enfermagem (RGE). p. 1 – 7 vol.37 n.2 , Jun;37(2):e55796. São Paulo - 2016. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200415&script=sci_arttext

LOPES, J.S. **Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica: revisão sistemática a partir da promulgação da lei Maria da penha**. Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas - V. 5 - Nº 01 - Ano 2016. p. 282- 302. ISSN I 2179-7137 Paraíba. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/28715/15310>

MARTINS, D.C.; CAMILO, L.S.S.; *et al.* **Atuação da enfermagem na Atenção Primária frente à violência doméstica contra a mulher**. Universidade Tiradentes (UNIT). Congresso Internacional de Enfermagem. V. 1, n. 1. p. 1- 3. May 9-12, 2017. <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/6139/2400>

MARCONI, M. A. *et al.* **Fundamentos de Metodologia Científica** - 7ª Ed. 2010

OLIVEIRA, P.S.; RODRIGUES, V.P.; *et al.* **Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa**. Revista Enfermagem UFPE on - line., 10(5): p. 1828-39, Maio. Recife – 2016. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13563/16350>

OLIVEIRA, A.F. S; EMANUELLE, T.; BARRETO, C.A. **O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. Revista Saúde em Foco – Edição nº 11 – p. 567- 573. Ano: 2019. http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/051_O-cuidar-da-Enfermagem.pdf

PAZINI, K.B.; GIULIANI, C.D.; JUNQUEIRA, M.A.B. **A atenção às mulheres vítimas de violência no contexto da atenção primária à saúde**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), p. 1 – 11. ISSN 2179-510X. Florianópolis, 2017. http://www.wcc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503000939_ARQUIVO_artigofloripa2017.pdf

PERALVA, T.R.; ARAÚJO, A.K.C.; BEZERRA, C.S.; *et al.* **Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência.** Faculdade de ciências e tecnologia do Maranhão (Facema). ReonFacema. Jul / Set; 2(3): 221-228. Maranhão - 2016. <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/117/54>

RAMOS, E.E.; JESUS, E.; *et al.* **Assistência às mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade de urgência e emergência.** Centro Universitário (UNIVAG). Várzea Grande, MT – 2018. <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/view/20/22>

Resolução 466/2012 do **Conselho Nacional de Saúde** (BRASIL, 2013).

RODRIGUES, V.P.; OLIVEIRA, G.L.; MACHADO, J.C.; *et al.* **Assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica: revisão integrativa.** Rev. Saúde. Com 2018; 14(1): p. 1121-1129. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Bahia - 2018. <http://observatoriodasauderj.com.br/wp-content/uploads/2018/09/538-1936-1-PB.pdf>

SILVA, N.N.F.; LEAL, S.M.C.; TRENTIN, D.; *et al.* **Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres e situação de violência.** Enfermagem Foco 2017 8 (3): p.70-74. Pará–2017. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1290/403>

SANTOS, S.C.; BARROS, P.A.; DELGADO, R.F.A.; *et al.* **Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade?** Revista Saúde e Pesquisa, v. 11, n. 2, p. 359-368, maio/agosto 2018 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206. Maringá (PR) – 2018. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6665/3241>

SANTOS, E.S; ALMEIDA, M.A.P.T. **Atendimento prestado pelos Serviços de saúde à Mulher Vítima de Violência Sexual.** Id on Line Rev. Psic. V.11, N. 35. p. 84-100. Maio/2017 - ISSN 1981-1179. Vitória da Conquista – BA, 2017. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/721/1017 file:///C:/Users/usuario/Desktop/ENFERMAGEM/TCC/artigo%20de%202017.pdf>

SOUZA, M.M.S; OLIVEIRA, M.V.P; JESUS, L.K.A. **Violência sexual contra a mulher e o papel do enfermeiro, revisão de literatura.** Ciências Biológicas e de Saúde Unit I Aracaju | v.3 | n.3 | p.257-274 | Outubro 2016 file:///C:/Users/usuario/Desktop/ENFERMAGEM/TCC/VIOLENCIA_SEXUAL_CONTRA_A_MULHER_E_O_PAP%20artigo%202016.pdf

SOUSA, L.C.L; ROMANO, J.D'. **O CUIDAR DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.** Faculdade de são paulo – fasp curso: Enfermagem. p. 09/44. São Paulo 2018.

CAPÍTULO 9

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB ANÁLISE DE SUA REALIDADE NO BRASIL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão 27/11/2020

Gercia Maria Araújo de Oliveira

Centro universitário Leão Sampaio
<https://orcid.org/0000-0001-7290-025X>

Maria Fátima Maciel Araújo

Universidade Federal do Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5473205908580693>

Nicely Alexandra da Silva

Centro Universitário UNIFAMETRO
<https://orcid.org/0000-0001-7050-7163>

Sandra Martins de Souza Guimarães

Centro Universitário UNIFAMETRO
<https://orcid.org/0000-0002-1090-2206>

Nicolau da Costa

Universidade Federal do Ceará
<http://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

Renata Soares Aguiar

Faculdade Integral Diferencial
<http://lattes.cnpq.br/5700796550152259>

Vera Lúcia Oliveira Veras Bezerra Pinheiro

Centro Universitário UNIFAMETRO
<https://orcid.org/0000-0002-5903-944X>

RESUMO: A violência obstétrica pode ser definida como uma assistência negligente, que se materializa como qualquer ato de invasão ou intervenção sem consentimento, por parte dos profissionais de saúde, direcionada a

parturiente e/ou ao recém-nascido. Objetivo: identificar na literatura disponível nas bases de dados eletrônicas evidências científicas sobre violência obstétrica e formas de enfrentamento. Trata-se de um estudo de revisão integrativa, para a síntese dos resultados de múltiplas pesquisas de forma sistemática e ordenada. O estudo evidenciou que a assistência obstétrica na atualidade por um despreparo dos profissionais de saúde, que apresentam um total desconhecimento científico de informações fundamentais, como a importância do contato e entre mãe e filho dentro de primeira hora de vida, ou dos malefícios ligados a episiotomia, que pode ser considerada uma mutilação genital, além disso, a ausência de conhecimento jurídico sobre os direitos das gestantes. Conclui-se que a violência obstétrica continua presente na prática de algumas maternidades públicas e privadas, se apresentado por meio da violência institucional, física, sexual, moral, psicológica e verbal. Essa afirmação pode ser comprovada pelos dados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” onde se observou que em 37% das mulheres participantes do estudo foi realizada manobra de Kristeller, além disso, o índice de nascimento por cesarianas no Brasil apresenta taxa de 55% de todos os nascidos vivos, onde o estipulado pela OMS seria apenas 15%. Para o enfrentamento desta realidade, mesmo que de forma discreta, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas e implementadas para que a prática da violência obstétrica dê lugar ao atendimento humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Violência Obstétrica 2. Enfrentamento 3. Parto Humanizado.

OBSTETRIC VIOLENCE UNDER ANALYSIS OF ITS REALITY IN BRAZIL AND COPING STRATEGIES

ABSTRACT: Obstetric violence can be defined as negligent assistance, which materializes as any act of invasion or intervention without consent, by health professionals, directed at the parturient and / or the newborn. Objective: to identify in the literature available in the electronic databases scientific evidence about obstetric violence and ways of coping. It is an integrative review study, for the synthesis of the results of multiple researches in a systematic and orderly manner. The study showed that obstetric care nowadays due to the unpreparedness of health professionals, who have a total lack of scientific knowledge of fundamental information, such as the importance of contact and between mother and child within the first hour of life, or the harms associated with episiotomy, which can be considered genital mutilation, in addition, the lack of legal knowledge about the rights of pregnant women. It is concluded that obstetric violence remains present in the practice of some public and private maternity hospitals, if presented through institutional, physical, sexual, moral, psychological and verbal violence. This statement can be confirmed by data from the National Survey "Born in Brazil", where it was observed that in 37% of the women participating in the study, Kristeller maneuver was performed, in addition, the birth rate for cesarean sections in Brazil has a rate of 55%. all live births, where the WHO stipulated would be only 15%. To face this reality, even if in a discreet way, some strategies have been developed and implemented so that the practice of obstetric violence gives way to humanized care.

KEYWORDS: 1. Obstetric Violence 2. Coping 3. Humanized Delivery.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma etapa de grande importância para a vida de uma mulher, onde são enfrentadas diversas mudanças físicas e psicológicas, além de compreender o desenvolvimento de um novo papel social, essa jornada que se encerra no parto, se inicia novamente tornando a gestante em mãe, devido a isso o parto é considerado um rito de passagem, e os profissionais de saúde devem, portanto garantir um ambiente tranquilo e aconchegante, já que este momento é cheio medo e insegurança (QUEIROZ *et al*, 2018; SILVA *et al*, 2014).

O termo, violência obstétrica é bastante recente tendo sido criado em 2010, quando o Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela publicou um artigo com o seguinte termo, que veio dar nome a uma luta do movimento feminista que já buscava a humanização do parto (MARIANI; NETO, 2016).

A violência obstétrica muitas vezes se apoia na cultura de que o médico é quem decide o que é melhor ou não para a gestante, se colando como detentor do conhecimento e das habilidades técnicas, desta forma realizando diversas intervenções sem seu consentimento, outras vezes apresentando-as como intervenções necessárias frente a gestantes queixosas ou pouco colaborativas, tentando transparecer como uma boa prática de parto, isto devido ao desconhecimento das boas práticas de parto por parte das

parturientes, fazendo com que as mesmas acreditem que tais intervenções e procedimentos questionáveis são necessários para garantir a sua saúde e de seu filho, levando algumas destas a incorporarem a ideia de trabalho de parto como algo naturalmente, doloroso e traumatizante, mas na verdade garantido a invisibilidade da violência obstétrica institucional (SOUZA, 2017; SANTOS; SOUZA, 2015).

Essa dominação da classe médica do processo de parturição pode ser explicada por Foucault, que exprime a ideia de que a profissão médica exerce um poder de forma indiscriminada sobre os corpos das pessoas, e sua saúde, vida e morte, todo este poder baseado em uma herança cultural e moral, principalmente porque o médico possui um poder institucional e uma legitimação social muito forte, se fazendo mais do que necessário o empoderamento feminino, para a gestante torne-se novamente a protagonista do processo de parturição (SILVA; SERRA, 2017).

A violência obstétrica atinge todas as etnias e classes sociais da sociedade, seja no serviço privado ou público, mas grupos como de mães solteiras, moradoras de rua, dependentes químicas, portadoras do vírus HIV entre outras, que já possuem um histórico de sofrer preconceito pela sociedade, tornam-se mais vulneráveis ainda a casos de violência obstétrica (SOUZA, 2017; SANTOS; SOUZA, 2015).

Diversos estudos têm buscado compreender a violência obstétrica e sua incidência, e entre estes, um estudo identificou que uma a cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência obstétrica durante o parto, e por mais que o número seja alarmante, não foi oferecido qualquer tipo assistência psicológica ou legal as mesmas, contribuindo ainda mais para a perpetuação desta prática, isto devido à subnotificação das próprias instituições hospitalares ou mesmo porque algumas parturientes não percebem que são vítimas de violência obstétrica (MATOSO, 2018; SILVA *et al*, 2014).

A violência perpetrada nos corpos femininos fere categorias universais de direitos humanos, infringindo uma série de prerrogativas asseguradas pelo Estado brasileiro, tais como: a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88) como fundamento do Estado Democrático de Direito; o direito à vida (art. 5º, CRFB/88), a igualdade (art. 5º, I, CRFB/88) que a protege de todas as formas de discriminação; à saúde (art. 6º; art. 196 CRFB/88); o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88) que assegura autonomia à mulher; e ainda a proteção à maternidade e à infância (Princípio da Beneficência - art. 6º; art. 203, I, CRFB/88) (SILVA; SERRA, 2017, p. 2431).

Segundo os dados revelados pelo Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” apenas 5% dos partos vaginais ocorrem sem nenhuma intervenção, e 25% de todas as mulheres participantes do Inquérito Nacional afirmaram ter sofrido algum tipo de violência, seja nas consultas de pré-natal ou no trabalho de parto. Além disso, 53% das mulheres que foram submetidas a procedimentos e intervenções cirúrgicas, que não apresentavam indicações para as mesmas, desta forma, expondo 23.940 mulheres a riscos absolutamente desnecessários, valendo citar também os 40% das mulheres que receberam ocitocinas e

foram submetidas à amniotomia, e os 37% das mulheres em que foi realizada a manobra de Kristeller (SANTOS; SOUZA, 2015; ZANARDO *et al*, 2017; MARIANI; NETO, 2016).

Este estudo se justifica devido aos altos índices de violência obstétrica registrados no Brasil, que apesar do crescimento da atenção do poder público para com o tema, as mudanças ainda se mantêm bastante discretas, já que a violência obstétrica se tornou uma prática comum no meio hospitalar.

Este estudo possui significativa relevância de modo que irá se somar a outros estudos relacionados à violência obstétrica, contribuindo para o maior acervo de conhecimento acerca do tema e que possa ser utilizado para reflexão de profissionais da importância do combate a violência obstétrica e para o desenho de estratégias de empoderamento das gestantes e de enfrentamento da violência obstétrica, por sua vez retomando o protagonismo da mãe do processo de parturição.

Identificar as evidências científicas sobre a realidade da violência obstétrica no Brasil, além das principais estratégias e práticas desenvolvidas para seu enfrentamento e diminuição de seus casos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. Esse método científico permite a síntese de resultados de múltiplas pesquisas de forma sistemática e ordenada, de um tema ou questão delimitada, permitindo seu aprofundamento. Buscando oferecer maior conhecimento de tema em questão e que por sua vez possam ser refletidas e debatidas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Além disso, pode reduzir alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 760).

Foram seguidas as etapas básicas para desenvolvimento de uma revisão integrativa, sendo estas a: 1. Identificação do tema e seleção da hipótese; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. Interpretação dos resultados; e 6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A delimitação do tema e do título do trabalho veio em seguida da pergunta norteadora do estudo que foi: Qual a realidade da violência obstétrica no Brasil e quais medidas vêm

sendo implementadas para seu enfrentamento. Com isso foi iniciada as buscas nas bases de dados virtuais SciELO, periódicos CAPES e BIREME. As buscas foram realizadas no período de 01 a 15 de abril de 2019, sendo utilizados os descritores: “Violência Obstétrica”; “Enfrentamento” e “Parto Humanizado”.

Os critérios de inclusão para seleção dos trabalhos científicos foram: publicações no intervalo do ano de 2014 a 2019; estarem disponíveis de forma gratuita; e estarem em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: não possuir relação com o tema almejado para o estudo; não responder à pergunta norteadora quanto à realidade da violência obstétrica no contexto nacional e as medidas desenvolvidas para o seu enfrentamento; projetos de pesquisa; manuais e artigos repetidos entre as bases de dados. Foram respeitados os aspectos éticos no que concorda a veracidade dos dados e autores encontrados nos artigos que compõem a amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo compreendeu 21 artigos científicos para formulação de revisão integrativa de literatura. Destes 08 trabalhos foram da base de dados BIREME, 07 das bases de dados SciELO e 06 da periódicos CAPES.

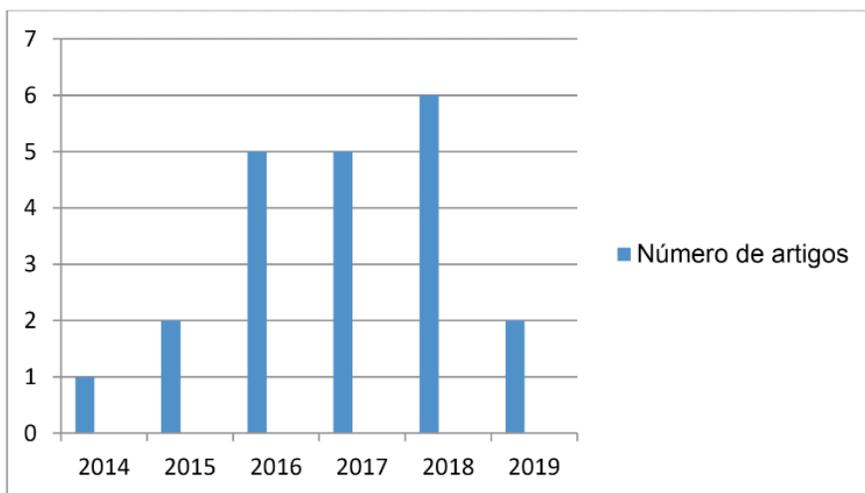


Gráfico 01- Período de publicações dos artigos

Fonte: Elaboração da autora

Observa-se no gráfico 1 Os artigos utilizados no estudo permitiram uma fiel compreensão da realidade da violência obstétrica no Brasil e das medidas para seu enfrentamento, devido a trabalhos publicados do ano de 2014 a 2019, com 01 trabalho

publicado no ano de 2014, 02 em 2015, 05 em 2016, 05 em 2017, 06 em 2018 e 02 em 2019.

Nº	Título	Objetivo	Resultados	Conclusões
01	QUEIROZ, T. C. <i>et al.</i> 2018.	Analisar a violência obstétrica numa perspectiva de gênero, além de avaliar como a humanização da assistência ao parto e nascimento contribui para uma mudança nesse contexto.	Os resultados evidenciaram que as questões de gênero, enquanto posicionamento sociais vêm influenciando na perda de autonomia da gestante, favorecendo a violência obstétrica e o uso abusivo de intervenções.	Faz-se necessária uma mudança no modelo assistencial e um investimento no processo de informatização das gestantes para o empoderamento das mesmas com objetivo de fazê-las protagonistas desse momento tão importante.
02	PHILIPP, R. R.; CUNHA, T. R. A.; CRUZ, Z. V. C. V. 2018.	O objetivo do presente artigo é refletir sobre a violência obstétrica sofrida por muitas mulheres durante o parto.	Os resultados revelaram que a violência obstétrica é mantida em silêncio e que os profissionais da saúde buscam a dominação persuasiva e invasiva do corpo e da mente das mulheres fazendo uso do modelo tecnicista, racional e desumano.	Conclui-se que o conhecimento dos direitos da mulher é a principal estratégia de enfrentamento da violência institucional obstétrica.
03	TESSER, C. D. <i>et al.</i> 2015.	O objetivo deste artigo é justificar a necessidade de prevenção quaternária frente à 'violência obstétrica' (VO), expressão que agrupa todas as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional.	A prevalência de violência obstétrica no Brasil é alta: ¼ das mulheres relata terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções desnecessárias e privação de uma assistência baseada em boas práticas, tais como parto em posição verticalizada, possibilidade de se alimentar e de se movimentar durante o trabalho de parto e presença de um acompanhante.	A prevenção quaternária frente à violência obstétrica no Brasil requer a participação dos profissionais e suas associações em duas frentes: a primeira envolve a atuação clínica no cuidado e apoio às gestantes e puérperas, bem como a elaboração participativa de planos de parto. A segunda requer suporte e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil.
04	SILVA, M. G. <i>et al.</i> 2015.	Objetivou-se relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.	Os resultados encontrados foram divididos em verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde e o despreparo institucional com ambientes desestruturados.	Concluiu-se, que por meio das falas das enfermeiras obstetras, inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho, havendo diferenças entre dois tipos de assistência ao parto: a obstétrica baseada em evidências e o modelo assistencial tradicional.
05	MARIANI, A. C.; NETO, J. O. N. 2016.	O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a existência de uma nova categoria de violência institucional e de gênero: violência obstétrica.	Essa análise descritiva-interpretativa evidencia uma carência de debate multicultural em relação ao que se pode esperar de uma maternidade segura como direito fundamental da mulher. É por meio dos direitos humanos e do Estado Constitucional que se espera uma mudança livre, justa e digna por/de/para mulheres.	A violência é uma construção social, que está presente na estrutura da sociedade em que estamos inseridos. Mas o Direito também é um importante instrumento de mudança social e as lutas no combate à violência de gênero trazem visibilidade e reconhecimento à questão.

06	SILVA, A. S.; SERRA, M. C. M. 2017.	Este trabalho objetiva analisar e discutir o fenômeno da violência obstétrica no Brasil a partir da análise dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), propondo-se ainda, fazer uma reflexão sobre a forma de atuação do judiciário diante dos casos.	O estudo é composto por 35 acórdãos, sendo 3 na esfera do STF e 32 na esfera no STJ. Para fins de enquadramento da conduta tipificada nos acórdãos como violência obstétrica considera-se os danos perpetrados tanto pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde, contra parturientes e neonatos.	A partir do estudo proposto, constatou-se que a violência obstétrica corresponde a uma forma da violência de gênero específica, tendo em vista que abrange condutas e/ou omissões perpetradas pelos profissionais de saúde no controle do corpo e da sexualidade das mulheres, além de estar dominada por significados culturais estereotipados de desvalorização e subserviência delas em um momento de vulnerabilidade emocional muito específico.
07	SOUZA, Caroline Pimenta; LUZ, Aline Pinto. 2019.	Este artigo objetiva analisar a contribuição do Cirandeiras no combate à violência obstétrica através da rede social.	A aprendizagem, nas redes, é desenvolvida em grupo, de modo a fortalecer os vínculos entre seus componentes e, sobretudo, ampliar o poder de decisão dos vários.	Após esse breve estudo, podemos concluir então, que o grupo Cirandeiras é uma demonstração do poder construtivo, da capacidade que as redes sociais têm de unir as pessoas em prol de uma causa que resulte num bem comum.
08	CARDOSO, Ferdinand José da Costa <i>et al.</i> 2017.	Avaliar os saberes e práticas sobre violência obstétrica na percepção dos profissionais da saúde.	Apenas 40% dos profissionais da saúde já tiveram ou ainda têm contato com tema violência obstétrica e apenas 15% relataram ter cometido o ato da violência obstétrica, demonstrando que o tema violência obstétrica ainda é desconhecido pelos profissionais da saúde e vários são os motivos diferentes.	A grande maioria dos profissionais se mostrou desconhecedora do tema violência obstétrica. Por meio da análise dos discursos, sugere-se que a solução do problema da violência obstétrica está na humanização da assistência.
09	MATOSO, Leonardo Magela Lopes. 2018.	O presente estudo realizado através de revisão integrativa tem por objetivo o aprofundamento do conhecimento acerca do papel do enfermeiro frente à violência obstétrica.	Os resultados apontaram que ao buscar compreender os fatores preponderantes que tem ocasionado às violências obstétricas e quais medidas a enfermagem vem adotando para prevenir e/ou amenizar essa problemática, verificou-se que o parto normal é o tipo de parto escolhido pela grande maioria das mulheres, no entanto, sua autonomia quanto à escolha é negligenciada, dando abertura para uma gama de condutas desnecessárias que decaem sobre violência verbal e física.	Diante deste estudo, percebeu-se que o processo do parto é um fenômeno circunvalado de condutas errôneas, que levam a violência obstétrica, tendo esta, forte influência na vida da mulher, podendo acarretar traumas físicos e psicológicos.
10	SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. 2015.	Este artigo tem como objetivo realizar revisão sistemática da literatura sobre a violência institucional obstétrica, no Brasil, e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.	A negligência foi a violência institucional obstétrica mais frequente, seguida pela violência verbal, e violência física, executada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem. O modelo tecnicista que prima pela racionalidade e pela ausência da humanização da assistência ainda prevalece.	Conclui-se que o conhecimento das mulheres sobre seus direitos, inclusive com a exigência da presença do acompanhante de sua escolha é a principal estratégia de enfrentamento da violência institucional obstétrica.
11	ZANARDO, G. L. P. <i>et al</i> 2017.	Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa de estudos sobre violência obstétrica. Para isso, abordou-se o histórico do parto e suas intervenções, o conceito de violência obstétrica, os marcos legais e o panorama brasileiro da assistência ao parto.	Após a revisão das pesquisas realizadas sobre o assunto, constatou-se que não há um consenso em relação ao conceito de violência obstétrica no Brasil, embora as evidências indiquem que essa prática ocorra. Os dados apontam para a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica, preferencialmente em documentos legais que a definam e criminalizem.	Consideram-se necessárias mudanças nas práticas assistenciais vigentes, visando a reduzir as intervenções desnecessárias e as violações aos direitos das mulheres.

12	SANTOS, A. L. M. <i>et al.</i> 2016.	No presente trabalho se teve como objetivo compreender como os profissionais de enfermagem percebem a violência obstétrica por meio de uma revisão narrativa de literatura.	A partir das análises dos artigos encontrados emergiram duas categorias temáticas violência obstétrica praticada por profissionais de saúde e a escolha do parto visando uma qualidade de assistência à gestante. A enfermagem pode incorporar em suas práticas de cuidado às mulheres, ações de enfrentamento e de prevenção dos agravos nas situações de violência, permitindo que as premissas do Parto Humanizado sejam respeitadas.	Percebe-se que a assistência obstétrica sem respaldo científico, agressiva e que em muitas vezes viola os direitos humanos básicos das mulheres está atrelada ao modelo de parto vigente.
13	SOUZA, A. B. <i>et al.</i> 2016.	Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura.	Diante da análise dos estudos, constatou-se que os profissionais descritos como promotores da violência obstétrica foram os médicos, equipe de enfermagem e estudantes de medicina. Os resultados encontrados foram sistematizados e discutidos por meio de cinco categorias: (1) formação dos profissionais de saúde; (2) prática de episiotomia sem recomendação clínica; (3) medicalização excessiva do parto; (4) anulação do direito ao acompanhante; (5) despreparo institucional e ritmo de trabalho alienante associado à precariedade de recursos.	Conclui-se que esta pesquisa pode contribuir para a sensibilização no processo de mudança das práticas violentas. A partir da identificação dos fatores associados à ocorrência de violência obstétrica, é possível intervir de forma diretiva e possibilitar o incentivo aos gestores e instituições para implementação de práticas de ensino humanizado e melhorias na qualidade dos serviços de saúde pública.
14	LEMOS, Taciary Alves Batista <i>et al.</i> 2019.	Demonstrar o papel do enfermeiro nesse processo de humanização da assistência.	Após breve recuperação histórica do tema, mapeiam-se o papel do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto. Caracterizar da violência obstétrica no Brasil. Discute se a complexa causalidade destas formas de violência, incluindo o papel do enfermeiro e as implicações na morbimortalidade materna.	Portanto, faz-se necessário mudanças no modelo da assistência obstétrica. Os resultados desta revisão expressam necessidade de mudanças assistenciais vigentes, com o intuito de reduzir procedimentos desnecessários e as violações dos direitos das mulheres.
15	OLIVEIRA, Lualalca Gomes Souto Maior; ALBUQUERQUE, Aline. 2018.	Discutir a violência obstétrica e a violação dos direitos humanos dos pacientes, uma vez que tais violações ocorrem sobretudo em ambiente hospitalar e analisar legislações internacionais e brasileiras abordando o direito dos pacientes e o próprio conceito de violência obstétrica.	A violência obstétrica é complexa, pois se estabelece em três tipos de relações, quais sejam, a violência no âmbito individual, institucional e estrutural. Do ponto de vista dos direitos humanos dos pacientes, a violência obstétrica infringe diversos direitos humanos, como: o direito à vida, direito de não ser submetido à tortura e tratamento cruel ou degradante, direito ao respeito pela vida privada, direito à informação, direito a não ser discriminado e direito à saúde, que serão discutidos mais adiante.	Conclui-se que a legislação brasileira não protege, de modo incisivo, a figura do paciente descrevendo seus direitos, os meios protetivos e de defesa. Em vista disso, a violência obstétrica não possui uma ferramenta legal eficaz para sua erradicação, uma vez que o paciente encontra-se desamparado no ordenamento jurídico.

16	SOUZA, S. B. A. 2017	Identificar as principais práticas de violência obstétrica realizadas pelos profissionais de saúde brasileiros e as principais formas de prevenção.	Foram encontrados doze estudos brasileiros relacionados à violência no parto. Foi possível perceber que no cenário hospitalar brasileiro o parto tem sido palco de violência obstétrica em seu cotidiano, o que geralmente ocorre por meio de palavras, procedimentos invasivos, condutas inadequadas e realização do parto cesáreo eletivo.	Torna-se necessário abordagem multidimensional para o enfrentamento desse problema, que passa por mudanças nos currículos dos cursos da área jurídica e da saúde.
17	BARASUOL, Gabriela. 2018.	Investigar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da violência obstétrica na perspectiva da redução de danos e se estes reconhecem atos de violência no serviço de saúde.	O universo deste estudo foi constituído por 10 artigos a partir do cruzamento dos descritores “violência obstétrica”, “violência institucional”, “profissionais de saúde” e “redução de danos”. A discussão levou em conta a análise temática e resultou em três categorias: 1. Violência obstétrica: definições, tipologia, impactos para a saúde materna e formas de prevenção; 2. Violência obstétrica pelo olhar dos profissionais de saúde; e 3. A violência sob a ótica das usuárias dos serviços de saúde.	A violência obstétrica constitui um problema de saúde pública grave e multifatorial com grandes repercussões sobre a saúde da mulher e do recém-nascido. A prevenção e a erradicação desta forma de violência demandam o comprometimento de todos os envolvidos com a assistência, por exigir o engajamento para a incorporação de abordagens inovadoras no que diz respeito à garantia de direitos no setor saúde.
18	PEREIRA, Desirée Marques. 2016.	Neste estudo o objetivo geral foi analisar o perfil das decisões judiciais em segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios-TJDFT relacionados a partos entre os anos de 2000 e 2014, verificando como elas se relacionam com as questões relativas à saúde da mulher e a violência obstétrica.	Dentre os 80 processos analisados, apenas quatro foram resultados de ações penais e os demais 74 foram cíveis; em 33,75% o dano ocorreu devido à negligência médica e 30% por erro médico; do total de decisões favoráveis 71% foram relacionadas aos danos no bebê, enquanto que do total de decisões desfavoráveis 52,63% foram proferidas para mulheres e em 72% dos casos analisados o tempo entre o dano ocorrido e a decisão do tribunal foi igual ou superior ao período de cinco anos.	Portanto, a população precisa estar bem informada, sobre as evidências científicas, os seus direitos e deveres, bem como sobre a violência obstétrica. Nessa direção, também deve estar o Poder Judiciário, que desde a sua primeira instância aos Tribunais devem estar sensibilizados sobre a questão da violência de gênero e da violência obstétrica, pois de acordo com esse estudo os casos aparecem, porém de forma velada.
19	ALONSO, Danielle. 2018.	A pesquisa teve objetivo de realizar uma revisão bibliográfica sobre a violência obstétrica, abordando tanto o tema em si quanto a história do parto e como ele se relaciona com o cenário atual das práticas de atenção ao parto no Brasil.	Compreendemos, então, que a violência obstétrica tem nas suas bases diferentes questões relacionadas tanto à área da saúde como ao meio social, e que são estas que a sustentam até os dias atuais.	Concluímos que para que haja um enfrentamento efetivo deste fator e uma mudança no cenário das práticas obstétricas, é preciso trabalhar e promover ações de humanização do cuidado na interface entre a saúde e os aspectos constitutivos da violência obstétrica no Brasil.
20	SANTOS, Mayara Guimarães. 2017.	O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar os significados atribuídos à violência obstétrica por médicos e enfermeiros obstetras com vínculos de trabalho na rede pública de assistência ao parto.	O material proveniente das entrevistas foi analisado por meio do Método de Interpretação de Sentidos, gerando três categorias temáticas. A primeira, “Humanização da assistência à parturiente”, a segunda, “Vivências da violência obstétrica”, e a terceira, “Conhecimento sobre o período gravídico puerperal”.	O estudo contribuiu para uma melhor compreensão dos significados atribuídos à violência obstétrica e forneceu subsídios para que ações concretas relacionadas a essa questão possam ser consideradas na elaboração de políticas públicas para enfrentamento deste fenômeno e melhoria da qualidade da assistência à parturiente.

21	VIEIRA, Raquel Santana. 2016.	O objetivo geral desse trabalho é analisar as práticas no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica dentro de uma perspectiva de direito das mulheres na literatura científica.	A amostra final para análise foi constituída por 13 artigos onde foi utilizada a técnica de análise temática através desta eles foram separados em quatro categorias: 1) A violência obstétrica em sua definição e tipologia; 2): Violência obstétrica nas percepções da equipe obstétrica; 3): Violência Obstétrica nas percepções das usuárias; 4): Leis e projetos de leis implementadas na assistência ao parto e nascimento a modo de prevenir e proteger contra a violência obstétrica.	Conclui-se, com a constatação de que apesar de a violência obstétrica vir sendo mundialmente estudada ainda se necessita de mais estudos relacionados com desenvolvimento de práticas que proporcionem mudanças na situação problema. Destacando que estas práticas precisam incluir todos os atores envolvidos nas situações de violência, ou seja, as mulheres, os profissionais; a população como um todo e as instituições. Dessa forma, para que possa transformar a forma de nascer não só no Brasil, mas em todo o mundo.
----	-------------------------------	---	---	--

Quadro 01: síntese dos resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Fonte: Elaboração da autora

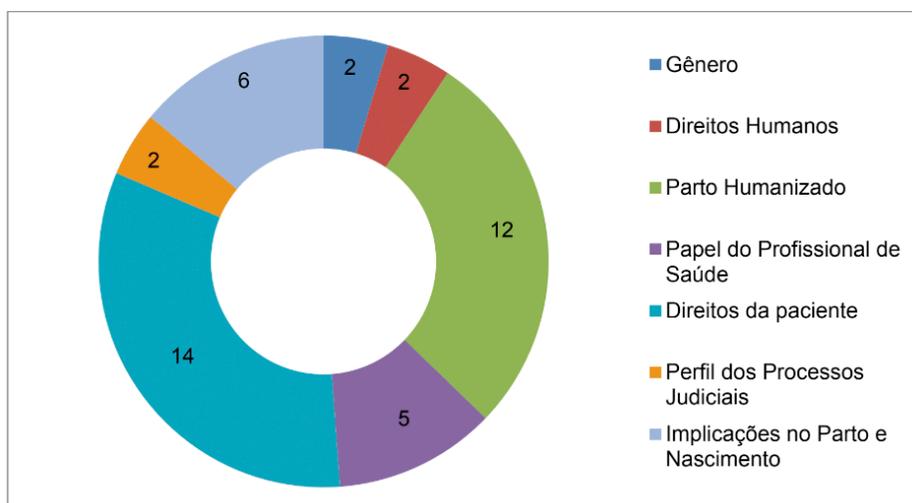


Gráfico 02- Enfoque dos trabalhos apreciados pelo estudo.

Fonte: Elaboração da autora

Nota-se no gráfico 2 os artigos selecionados apresentaram temas variados, possibilitando uma maior amplitude do estudo, de modo que alguns trabalhos abordaram mais de um enfoque, levando ao Quadro 01 apresentar em sua soma mais de 21 trabalhos, estes sob os enfoques: 1. Gênero; 2. Direitos Humanos; 3. Parto Humanizado; 4. O papel do profissional de saúde; 5. Direitos da paciente; 6. Perfil dos Processos Judiciais; e 7. Implicações no Parto e Nascimento.

Assim, para compreender melhor a violência obstétrica se faz necessário entender que esta pode ser subdividida em diferentes tipos de violência, que segundo SOUZA (2017) são: a violência institucional, física, sexual, moral, psicológica e verbal. A primeira destas caracterizada pela privação ou dificuldade de acesso a serviços de saúde a gestantes

na instituição de saúde. A violência física se evidenciando por meio da utilização de procedimentos de forma inadequada, como por exemplo, a realização de toques violentos e/ou excessivos, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, recusa da analgesia e realização de amniotomia.

A realização de toques violentos e/ou excessivos também pode ser configurada como violência sexual, além disto, existem a violência psicológica e verbal que costuma estar associadas quando a gestante é coagida por meio de discursos moralistas, ou mesmo por meio de expressões de ironia, gritos e comentário desrespeitosos. Por fim a violência moral associasse ao comportamento dos profissionais de saúde, que se apropriam do momento do parto, desconsiderando a mulher como sujeito do processo de parturição, tornando o parto de um evento natural a evento hospitalar de grande risco (SOUZA, 2017; SANTOS; SOUZA, 2015; BARASUOL, 2018).

Além destes, o Dossiê apresentado pela Rede Parto do Princípio, classifica a violência obstétrica em seis tipos, valendo o destaque para um tipo de violência diferente das citadas anteriormente, a violência midiática que se caracteriza pelo compartilhamento por profissionais de saúde de conteúdos que ridicularizem o parto normal ou façam apologia a procedimentos agressivos e sem evidências científicas, por sua vez incentivando a realização de cesarianas e violando psicologicamente as gestantes (SOUZA, 2017).

Durante a gestação a violência obstétrica pode ser caracterizada por: negar atendimento à mulher ou ainda impor a ela alguma dificuldade ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal. Ainda constituem formas de violência obstétrica as seguintes práticas: qualquer espécie de comentários constrangedores à mulher relacionados à sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição econômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc; ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família; negligenciar atendimento de qualidade; agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo simplesmente aos interesses e conveniência do médico (SILVA; SERRA, 2017, p. 2436).

A violência obstétrica pode ser definida de grosso modo como uma assistência negligente, que se materializa como qualquer ato de invasão ou intervenção sem consentimento, por parte dos profissionais de saúde, direcionada a parturiente ou mesmo ao recém-nascido, colocando-os em risco por se tratar de intervenções abusivas e desrespeitosas. (TESSER *et al*, 2015; MATOSO, 2018; SANTOS; SOUZA, 2015).

A violência obstétrica não se trata apenas da ausência da conduta humanizada ou intervenções agressivas e desrespeitosas, mas também sob a ótica da Organização Mundial de Saúde (OMS) a prática de procedimentos desnecessários, como por exemplo, uma cesariana sem a indicação necessária, expondo a gestante a um risco desnecessário, dentre tantos outros também pode-se citar o uso da ocitocina durante o trabalho de parto e o uso de fórceps (MATOSO, 2018; SANTOS *et al*, 2016).

A assistência obstétrica na atualidade é evidenciada por um despreparo dos profissionais de saúde, que apresentam um total desconhecimento científico de informações fundamentais, como a importância do contato e entre mãe e filho dentro de primeira hora de vida, ou dos malefícios ligados a episiotomia, que pode ser considerada uma mutilação genital (MATOSO, 2018; SANTOS; SOUZA, 2015).

Em uma pesquisa realizada por meio de um teste online, disponibilizada em diversos blogs que discutem temas em torno do parto, foram avaliados os cuidados recebidos pela gestante ao longo dos trabalhos de parto nas maternidades brasileiras. A pesquisa avaliou 1996 depoimentos, de início apresentou-se um dado bastante comum e esperado, o percentual de 52% dos partos serem realizados por meio de cesarianas, mas, além disso, 40% das participantes se sentiram desrespeitadas pela equipe de saúde, evidenciando que a violência obstétrica está presente na atuação de outros profissionais e não apenas os médicos, apenas 18% foram autorizadas ou incentivadas a amamentar o bebê após a primeira hora de vida, 50% não tiveram autorização de um acompanhante e por fim 75% das participantes da pesquisa afirmaram que foram impedidas de se movimentarem ou deveriam se manter deitadas durante todo o trabalho de parto, dados estes, bastante similares a de uma pesquisa realizada no Recife em que se verificou a violência obstétrica em 86,57% dos partos investigados, a administração de ocitocina e a imposição da posição litotômica para o momento do parto, em respectivamente, 41% e 39% dos partos (SOUZA, 2017).

As relações de poder dentro do espaço hospitalar são importantes para compreender a violência obstétrica, e dentro dessas relações se destaca a figura do médico, que por uma influência cultural toma o topo desse organograma de poder e autoridade não oficial, impondo suas visões e opiniões sobre questões morais e culturais, ganhando força devido a uma dependência das gestantes, de forma a atrelar a obediência a continuidade da assistência, além da utilização de expressões desrespeitosas, na maioria das vezes por eles, mas também pelos técnicos de enfermagem como: “na hora de fazer não chorou”; “se ficar gritando eu paro agora o que eu estou fazendo”; “agora aguenta, se não fizer força seu bebê vai morrer e a culpa será sua”; “fica quieta se não vai doer mais” entre tantas outras. Desta forma, essa gama de verbalizações violentas, seguido de uma falsa compreensão de poder, resulta na desvalorização da mulher no trabalho de parto, desconsiderando o atendimento humanizado (QUEIROZ *et al*, 2018; MATOSO, 2018).

A imposição do modelo biomédico é um dos responsáveis pela perpetuação dos casos de violência obstétrica, já que esse modelo enxerga o trabalho de parto sob uma ótica patológica, desconsiderando que na verdade trata-se de um processo natural, transmitindo essa visão para as gestantes, fazendo com que as próprias busquem a cesariana como único caminho para um parto seguro, além disso, devido às práticas de violência obstétrica nos partos naturais, como a manobra de Kristeller e diversas outras, as gestantes têm de escolher entre um parto vaginal traumático com diversos procedimentos desnecessários e

uma cesariana, contribuindo ainda mais para a ideia de que não são capazes de parir sem uma assistência intervencionista (QUEIROZ *et al*, 2018; PHILIPP; CUNHA; CRUZ, 2018; BARASUOL, 2018).

A atuação do enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto de baixo risco ou risco habitual tem se tornado uma alternativa segura para a redução dos casos de violência obstétrica, de forma que diversos estudos apontam que sua presença do enfermeiro no trabalho de parto é inversamente proposicional aos casos de violência obstétrica, tanto é que sua atuação com autonomia em casos de parto sem distócia, já é garantido pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2815/98, de 29 de maio de 1998, mas apenas recentemente essa prática ganhando o estímulo necessário, devido ao início dos debates sobre a violência obstétrica e por sua vez medidas para seu enfrentamento (SILVA *et al*, 2014).

Estudos apontam e defendem que a presença do enfermeiro durante o trabalho de parto pode reduzir o número de casos de excessos de outros profissionais de saúde, por sua vez evitando práticas agressivas e procedimentos desnecessários, e estimulando a adoção de práticas saldáveis para a parturiente, como a realização do parto em posição não supina e a presença de familiar ao longo do trabalho de parto, que é garantido pela lei 11.108/2005, mais conhecida como lei do acompanhante, tornando assim o trabalho de parto em um ambiente mais agradável, e como uma medida dentre tantas no pós-parto o contato direto entre mãe e filho por mais de 30 minutos, desta forma fortalecendo o elo entre mãe e filho, que também é de responsabilidade dos profissionais de saúde, já que esta ação contribui para a redução dos desconfortos físicos e emocionais, enfrentados ao longo do trabalho de parto (MATOSO, 2018; MARIANI; NETO, 2016).

Enquanto projetos ligados ao combate à violência obstétrica tramitam lentamente na Câmara e no Senado Federal, algumas organizações vêm demonstrando compromisso com a humanização da assistência ao parto, de forma que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) homologou em 2017, uma decisão já tomada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Rio Grande do Sul, em que proíbe a participação de profissionais de enfermagem na manobra de Kristeller (SILVA; SERRA, 2017).

Para uma assistência humanizada e longe da violência obstétrica se faz necessário que os profissionais de saúde envolvidos no trabalho de parto, tenham conhecimentos científicos que possibilitem a criação de instrumentos e rotinas de cuidado que garantam uma assistência humanizada, além da compreensão do quão grave é a violência obstétrica, e que ao praticá-la esta infringindo uma série de direitos humanos, estabelecidos internacionalmente como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, o Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos entre tantos outros (SILVA *et al*, 2014; SILVA; SERRA, 2017)..

Apesar da ampla difusão deste documento publicado pela OMS e outros semelhantes por diversos órgãos competentes, permanece uma insistência em práticas prejudiciais ou

ineficazes durante o trabalho parto, tendo entre essas práticas: o uso indiscriminado de ocitocina que leva ao aumento da atividade uterina, mas também aumentando os riscos de hipóxia fetal; a amniotomia com objetivo de diminuir a duração do trabalho de parto, mas na verdade aumentando a possibilidade de cesariana; a manobra de Kristeller, que é rigorosamente desaconselhada pela OMS e Ministério da Saúde devido ao grande risco fratura de costelas, hematomas, lesões dos órgãos internos, hemorragias e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal para o recém-nascido, entre diversas outras (TESSER *et al*, 2015; SILVA; SERRA, 2017; PEREIRA, 2019).

Já os direitos sexuais e reprodutivos foram garantidos inicialmente por um documento internacional, elaborado pela Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento do Cairo em 1994, convocada pela Organização das Nações Unidas (ONU), representando para o movimento feminista que teve papel fundamental nessa conquista, um avanço sem precedentes na assistência do parto, de maneira que assegura os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e garante uma série de direitos, como o exercício da sexualidade e reprodução sem discriminação, imposição ou violência, incluindo a necessidade de políticas públicas para que possam ser asseguradas (MARIANI; NETO, 2016; SANTOS; SOUZA, 2015).

Essa violência já é algo tão enraizado nas maternidades e sabido pelas gestantes, que uma assistência de qualidade e humanizada na maioria das vezes é atrelada pelas gestantes a um caso de sorte ou uma benção de Deus, sustentando a ideia de que uma assistência obstétrica de qualidade é algo raro ou que não faz parte da rotina de nenhuma maternidade (PHILIPP; CUNHA; CRUZ, 2018).

Um estudo realizado em uma cidade do estado do Maranhão investigou a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência obstétrica, ao longo da pesquisa os profissionais foram questionados sobre o contato com o tema da violência obstétrica, seja por meio de artigos científicos, cursos de atualização, livros ou mídia em geral. Foi constatado que 20% já teriam realizado alguma leitura em torno do tema, 40% já tinha ouvido falar sobre o tema, mas o que se tornou preocupante foi o percentual de que 30% que nunca antes tinha se deparado com esse tema, o que mostra que apesar dos esforços, é necessário se intensificar mais ainda o debate sobre a violência obstétrica, e mais preocupante ainda 10% dos profissionais ouviram falar sobre o tema, mas não tiveram interesse, o que demonstra quão importante é a capacitação e o treinamento desde profissionais, para que estes compreendam a importância da assistência humanizada ao parto (CARDOSO, 2017).

Realmente as capacitações e treinamentos de profissionais da saúde em torno da humanização do parto estão entre as estratégias mais eficientes de enfrentamento da violência obstétrica e com maior poder de transformação da assistência autoritária e agressiva, pautada na violência obstétrica, para uma assistência que valorize a subjetividade e o protagonismo da parturiente, a fim de que o profissional incorpore em suas práticas

diversas reflexões e ações de acordo com as diretrizes da bioética e da humanização da assistência (SANTOS, 2017; CARDOSO, 2017).

A violência obstétrica não é um drama apenas nacional, mas também mundial, que apesar de poucos registros hospitalares, em alguns casos devido a uma cumplicidade das instituições hospitalares, se trata da área médica com maior número de infrações que tenham levado a lesões corporais ou homicídios, mas partes destes verdadeiros crimes nunca são levados a júri, devido ao medo das mulheres em realizarem e sofrerem retaliação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ou pela própria instituição de saúde (PHILIPP; CUNHA; CRUZ, 2018).

Outra pesquisa que investigou casos envolvendo violência obstétrica na segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), do período de 2000 a 2014 evidenciou que como nos casos julgados no STF e STJ, os atos de violência obstétrica podem acarretar danos terríveis a saúde da mãe e do recém-nascido, inclusive podendo chegar ao óbito, como nos casos em que uma parturiente ficou em estado vegetativo, no caso em que restos placentários foram esquecidos na cavidade uterina ou quando foi realizada uma laqueadura sem autorização, relacionado aos recém-nascidos foram identificados casos de óbito, paralisia cerebral, fratura de clavícula e mesmo retardo mental, todos estes devidos a atos de violência obstétrica (PEREIRA, 2019).

Como visto, a violência obstétrica pode acarretar danos à saúde das gestantes que vão além dos físicos, como os evidenciados no estudo de PHILIPP; CUNHA; CRUZ (2018), em que gestantes afirmaram situações estressantes como escutar comentários que a barriga tem cheiro de churrasco durante a cesariana, sofrer ameaças de degolar o recém-nascido caso as imposições do médico não fossem seguidas, ou mesmo perceber a realização dos exames de forma violenta antes da entrega para a mãe, casos estes que vão além de uma assistência de má qualidade, mas uma grave violação dos direitos humanos.

Uma estratégia para o enfrentamento da violência obstétrica pouco utilizada no Brasil consiste na construção dos planos de parto, prática essa que foi iniciada em 1970 na Europa, após a reivindicação das mulheres por maior controle nos trabalhos de parto, esta estratégia favorece a comunicação da gestante de suas preferências para com a equipe de saúde, de modo que a gestante compartilhe seus medos, valores, permissividade de procedimentos e cuidados antes, durante e após o trabalho de parto, passando a ter mais controle e retomando o protagonismo deste processo (TESSER *et al*, 2015).

Um bom exemplo de boas práticas obstétricas são os sete passos propostos pela “Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos”, no qual a Enfermagem Obstétrica moderna pode se espelhar: 1) Explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela, e como ela pode colaborar. [...]; 2) Conheça e respeite as evidências científicas. Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. [...]; 3) Apesar de suas condições de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente com

uma pessoa, com o devido respeito. [...]; 4) Reconheça e promova o direito das pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto.[...]; 5) Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência; 6) Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução; e 7) Invista em você mesmo, busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar-se e reciclar-se. [...]. (SILVA *et al*, 2014, p. 826).

Para o enfrentamento da violência obstétrica, as políticas públicas de saúde reprodutivas das mulheres devem incentivar o protagonismo das gestantes, garantindo autonomia e respeito aos direitos das gestantes. Com isso, se faz necessário que haja um maior engajamento para a compreensão da assistência humanizada por parte dos profissionais de saúde, já que a realização ou não dos atos de violência obstétrica, está mais ligadas a eles do que propriamente a instituições hospitalares. Recomendando-se além da compreensão da assistência humanizada no parto a estimulação de boas práticas de atenção ao parto, como a elaboração do plano de parto, a utilização do partograma e o respeito ao direito da escolha do acompanhante (SANTOS; SOUZA, 2015; TESSER *et al*, 2015; ZANARDO *et al*, 2017).

No Brasil apenas 40% das gestantes, alegam ter recebido orientações sobre boas práticas no parto, desta forma maior parte das gestantes não conhecendo seus direitos e tão pouco como reconhecer um ato de violência obstétrica, se fazendo necessário o empoderamento das gestantes para que possam reconhecer e questionar procedimentos desnecessários, e exigir uma atenção obstétrica humanizada (TESSER *et al*, 2015).

O empoderamento das mulheres vem se tornando uma importante ferramenta no enfrentamento da violência obstétrica, de modo que algumas gestantes passaram questionar procedimentos sem a devida necessidade e exigir uma assistência humanizada que respeite seus valores, crenças e estilo de vida. Valendo destacar que o parto humanizado também pode ocorrer em uma cesariana e não exclusivamente no parto natural, já que a definição de parto humanizado pode ser resumida em uma assistência minimamente intervencionista de procedimentos e farmacologicamente, cabendo o consentimento da parturiente dos procedimentos a serem realizados, ressalvo eventualidades de maior risco (QUEIROZ *et al*, 2018; BARASUOL, 2018).

Faz-se necessário que as gestantes compreendam seus direitos, para que se manifestem quando perceberem que eles foram violados, mas também é imprescindível a compreensão dos profissionais de saúde, visto que segundo QUEIROZ *et al* (2018), quando algumas mulheres se impõem contra uma violência obstétrica praticada, é gerado um desconforto no praticante de tal ato, mas estes reagem intensificando as práticas denunciadas, por julgarem que sabem o que é melhor para a gestante, tentando se legitimarem, ou mesmo coagindo as gestantes por meio de ameaças de ser maltratada ou abandonada.

Um das formas mais simples de enfrentamento a violência obstétrica se dá ato de respeitar o direito de escolha da gestante, e principalmente do se diz respeito à escolha

da via para o parto, acatando a escolha quando por um parto natural, já que por esta via a mesma terá uma recuperação mais rápida, para a retomada de sua rotina diária, além do baixo risco quando comparada ao procedimento da cesariana que envolve um procedimento anestésico e recuperação da incisão cirúrgica (MATOSO, 2018).

A patologização do parto é uma realidade que tem se intensificado no Brasil, tanto é, que da prática da violência obstétrica chegou a ser comum nas maternidades escolas, onde se deveria prezar por um atendimento humanizado, para a formação de profissionais de saúde que valorizem a boas práticas de assistência ao parto, essa afirmação é sustentada por uma pesquisa realizada em uma maternidade escola do interior de São Paulo, que verificou diferentes formas de violência obstétrica em suas dependências, como a recusa do direito ao acompanhante em 9,3% dos partos acompanhados, falhas no esclarecimento de dúvidas em 16,3%, procedimento obstétricos sem a devida autorização em 27,3% e a realização da episiotomia em 25,5% dos partos naturais (SOUZA *et al*, 2016).

O respeito a um direito básico da gestante, como o acompanhante de sua escolha, pode trazer mais benefícios à parturiente do que se imagina, sendo comparado a uma tecnologia não invasiva, possibilitando a parturiente um amparo emocional, interferindo positivamente no trabalho de parto, ao passo que o acompanhante promove uma maior sensação de segurança, e torna o trabalho de parto mais agradável por meio do encorajamento, realização de massagens e cuidados em geral, inclusive evitando excessos de profissionais que levem a prática de violência obstétrica, devido esse sentimento de cuidado e zelo para com a parturiente (SOUZA *et al*, 2016).

A Rede Cegonha criada em 2011, trouxe uma importante estratégia de enfrentamento da violência obstétrica, em que consiste no atendimento da gestante durante o pré-natal e puerpério pela maternidade onde se realizara o parto, que faça parte da Rede Cegonha, desta forma criando um vínculo entre gestante, profissionais de saúde e instituição, essa proximidade tornando melhor a comunicação entre parturiente e equipe no momento do parto, para que o estabelecimento de confiança na equipe torne o ambiente do parto um local seguro e tranquilo (ALONSO, 2019).

Apesar destes avanços, se fazem necessários mais estratégias para que os objetivos da Rede Cegonha sejam alcançados, e que as maternidades possam garantir vagas a todas as gestantes em trabalho de parto, a adoção de boas praticas de cuidados recomendadas pela OMS, redução do número de cesarianas, eliminação da prática de episiotomia e manobra de Kristeller, a garantia de livre permanência da mãe e do pai junto ao recém-nascido em caso de internação em UTI neonatal, entre diversos outros direitos garantidos pelo Ministério da Saúde (ZANARDO *et al*, 2017).

O modelo de atenção obstétrica no Brasil demonstra estar mais inclinado a experiências profissionais que a práticas baseadas em evidências, de modo que esse desconhecimento científico é um fator determinante nos casos de violência obstétrica. Isso somado a uma repressão de profissionais que discordem do modelo intervencionista, centrado no médico

(ZANARDO *et al*, 2017; SANTOS *et al*, 2016).

“Nesse modelo dominante do parto “o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial””.

(PEREIRA, 2019, p. 29).

Mesmo após a episiotomia, a violência obstétrica pode continuar por meio da episiorrafia, sob alegação dos profissionais de saúde que estariam fazendo um favor para ao marido, já que sem esse “ponto do marido” o mesmo perderia o interesse sexual em sua companheira, confirmado mais ainda a ideia de um atendimento patriarcal, subjugando a mulher na assistência ao parto, ao ponto da realização de um procedimento sem sua autorização e sem evidencia real de necessidade, em virtude do que seria melhor para o companheiro, e não para a parturiente que deveria ser a figura central do cuidado (SILVA; SERRA, 2017; PHILIPP; CUNHA; CRUZ, 2018).

Diversas pesquisas evidenciam a dificuldade de profissionais da saúde em se perceber como praticantes da violência obstétrica, de forma que percebem seus atos como brincadeiras ou apenas exercício de sua autoridade profissional, sendo confirmado pelos próprios profissionais atos preconceituosos como a dificuldade no atendimento de “gestantes pobres e ignorantes”, que não compreendem o que é dito por eles, também a necessidade de ameaçar e coagir parturientes “escandalosas” para que possam “colaborar” com o parto, o compreendendo como um evento hospitalar que necessita de colaboração das gestantes ou no caso em que o profissional questionou a preocupação de gestantes com a violência obstétrica alegando que quiserem o parto ao seu jeito, que façam ao seu jeito longe, no canto delas (BARASUOL, 2018; SANTOS, 2017; CARDOSO, 2017).

Estudos apontam que a violência institucional é desencadeada pela precariedade dos serviços e do próprio sistema de saúde, que vezes reconhece procedimentos desnecessários, agressivos e sem respaldo científico como violência obstétrica e outras vezes apenas como condutas necessárias para o exercício profissional. Assim, essa violência institucional toma forma devido à estrutura inadequada das maternidades, a ausência de capacitação dos profissionais de saúde, diretrizes institucionais em desacordo com as boas práticas para humanização do parto e ausência de punição para casos de violência obstétrica (SANTOS *et al*, 2016; MARIANI; NETO, 2016).

Em uma pesquisa que foi realizada com diversos profissionais da saúde, onde foi questionado o porquê da violência obstétrica ser uma realidade comum nas maternidades brasileiras, os mesmos afirmaram que essas práticas se dão por inúmeros motivos, mas principalmente pela escassez de médicos e enfermeiros obstetras capacitados para atuação no parto humanizado, pela ausência de capacitação e atualização profissional, pelas rotinas com excesso de carga horária, ou como afirmado por alguns, pela falta de caráter do indivíduo, mas de uma forma geral a violência obstétrica se dá devido à precariedade do sistema de saúde, que é fruto de baixos investimentos públicos e privados em infraestrutura, recursos materiais e humanos das instituições de saúde (SANTOS, 2017).

O desconhecimento das gestantes acerca de seus direitos e sobre o que caracteriza a violência obstétrica pode ser utilizado indevidamente por profissionais não comprometidos para a assistência humanizada, se apropriando indevidamente do corpo feminino ao passo que realizam procedimento sem autorização previa da parturiente. A partir disto, percebe-se quão determinante são as estratégias que levem ao fortalecimento da autonomia da parturiente, o empoderamento e protagonismo de seu processo reprodutivo (SANTOS, 2017).

Uma moderna ferramenta de comunicação que possui potenciais gigantescos no enfrentamento a violência obstétrica, esta nas redes sociais, redes estas que recriam hábitos naturais dos indivíduos em compartilhar entre si conhecimentos, opiniões e debater ideias, mas diferentemente, as redes sociais possuem um alcance muito maior, fazendo com que temas como a violência obstétrica esteja acessível a mais pessoas, e que diversas gestantes possam compreender que o parto humanizado é um direito, tornado a rede social uma plataforma para o aprendizado coletivo, troca de experiências e empoderamento, para que parturientes possam identificar assistências desumanizadoras e exigir seus direitos (SOUZA; LUZ, 2019).

A enfermagem cada vez mais tem se destacado por uma prática empoderadora e emancipatória na assistência ao parto, principalmente por profissionais de enfermagem especialistas em obstetrícia, mas algumas vezes a não interferência na prática violenta de outros profissionais por motivos hierárquicos e de relações de poder, os torna cúmplices, como evidenciado em uma pesquisa em que 63,6% dos profissionais participantes afirmaram ter presenciado uma prática de violência obstétrica que 42,8% destes atos tinham na equipe um profissional de enfermagem (BARASUOL, 2018).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a enfermagem tem importância fundamental na garantia dos direitos da parturiente no processo do parto, devido ao contato frequente da enfermagem desde o pré-natal até a assistência de enfermagem pré-parto, parto e puerpério, de modo que cabe a todos os profissionais de saúde, mas em especial a enfermagem o zelo para que sejam respeitados os direitos da parturiente e que a mesma os conheça. Além disso, contata-se a necessidade de que mais estudos abordem a temática da violência obstétrica e os direitos das gestantes.

De acordo com o evidenciado no estudo, a violência obstétrica está continua presente na prática de algumas maternidades publicas e privadas, se apresentado por meio da violência institucional, física, sexual, moral, psicológica e verbal. Essa afirmação pode ser comprovada pelos dados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” onde se observou que em 37% das mulheres participantes dos estudo foi realizada manobra de Kristeller, além disso o índice de nascimento por cesarianas no Brasil apresenta taxa de 55% de todos os

nascidos vivos, onde o estipulado pela OMS seria apenas 15%. Outro dado extremamente relevante evidenciado no estudo é que profissionais de saúde vêm apresentando dificuldade em se perceberem como praticantes de atos de violência obstétrica, buscando variados motivos para justificar tais práticas.

Para o enfrentamento desta realidade, mesmo que de forma discreta, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas e implementadas para que a prática da violência obstétrica dê lugar ao atendimento humanizado, onde se valorize a subjetividade, os desejos da parturiente e que as mesmas se sintam valorizadas e respeitadas, entre algumas evidenciadas no estudo, pode-se destacar o desenvolvimento de legislação específica para o combate a violência obstétrica de algumas cidades e estados, além de estratégias de empoderamento das gestantes para que possam exercer suas individualidades e cobrar seus direitos ao longo do trabalho de parto, e incentivo estadual e federal para a formação e capacitação de profissionais da obstetrícia.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Danielle. **Violência obstétrica: conceituações e considerações sobre sua implicação no parto**. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, p. 44. 2018.

BARASUOL, Gabriela. **Redução de danos e violência na atenção obstétrica: uma revisão integrativa de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade de Brasília, p. 25. 2018.

CARDOSO, Ferdinand José da Costa *et al.* Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 9, p. 3346-3353, 2017.

FREIRE, Paulo Reglus Neves. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz & Terra, 1997. 144 p.

LEMOS, Tacyany Alves Batista *et al.* Humanização como forma de superação da violência obstétrica: papel do enfermeiro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. 01-07, 2019.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos Da Escola De Direito**, V. 2, N. 25, P. 48-60, 2016.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 11, n. 1, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

OLIVEIRA, Lualica Gomes Souto Maior; ALBUQUERQUE, Aline. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, v. 22, n. 75, 2018.

- PEREIRA, Desirée Marques. **Violação ao direito à saúde das mulheres no parto: uma análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia do TJDFT sob a ótica da violência obstétrica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, p. 44. 2016.
- PHILIPP, Rita Radl; CUNHA, Tânia Andrade Rocha; CRUZ, Zoraide Vieira. Breve discussão sobre a violência obstétrica contra as mulheres: “na hora de abrir as pernas ninguém reclama”. **Revista NUPEM**, v. 10, n. 21, p. 110-123, 2018.
- QUEIROZ, Thayná Caixeiro *et al.* Violência Obstétrica e suas Perspectivas na Relação de Gênero. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 2, p. 65-72, 2018.
- SANTOS, Amália Lucia Machry *et al.* Violência obstétrica: uma revisão narrativa. **Disciplinarum ScientiaSaúde**, v. 17, n. 1, p. 163-169, 2016.
- SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde.** 2017. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, p. 115. 2017.
- SANTOS, Rafael Cleison Silva; SOUZA, Nádia Ferreira. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.
- SILVA, Artenira Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 4, p. 2430-2457, 2017.
- SILVA, Michelle Gonçalves *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, 2014.
- SOUZA, Aline Barros *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, v. 25, n. 3, p. 115-128, 2016.
- SOUZA, Caroline Pimenta; LUZ, Aline Pinto. Parto humanizado como enfrentamento a violência obstétrica: um estudo das redes sociais utilizadas pelo grupo cirandeiras em Vitória da Conquista–BA. **Temática**, v. 15, n. 1, 2019.
- SOUZA, Scarlarte Bruna Alves. **Violência Obstétrica Praticada contra Parturientes nos Hospitais Brasileiros.** Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, 2017.
- TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.
- VIEIRA, Raquel Santana. **Violência obstétrica-práticas no processo do parto e nascimento: uma revisão integrativa.** Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, p. 69. 2016.
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

CAPÍTULO 10

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 06/11/2020

Daniela Sayuri Misawa

Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/5381375959164972>

Michele Malta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Florianópolis – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/7846115028134224>

Maria Lucia Bom Angelo

Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/7539641361221695>

Eliana Claudino de Lima

Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/0070705696344962>

Cristiane Barreto Almada

Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/2776385291557069>

RESUMO: Introdução: A preocupação com Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. com Hipócrates pronunciando “Primeiro, não causar dano”. Em 1999, publicado relatório “*To*

Err is Human” reconhece-se que profissionais de saúde cometem erros. Em 2004, Aliança Mundial para Segurança do Paciente lançada pela Organização Mundial de Saúde uniu responsáveis mundiais pelas políticas de saúde pública em prol à segurança do paciente. No Brasil, em 2013, Ministério da Saúde lança Portaria 529 e Programa Nacional de Segurança do Paciente enquanto Agência Nacional de Vigilância Sanitária publica RDC 36 e determina criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde para executar as ações relacionadas a Segurança do Paciente. Objetivo: Implementar plano de segurança do paciente (PSP) em Hospital Público do Município de São Paulo. Método: Projeto de intervenção em hospital público gineco-obstétrico de grande porte, para implementação do PSP. O NSP foi instituído em 2014 com um profissional exclusivo. Estruturação da Comissão Multiprofissional de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente com setores assistenciais, de apoio e alta direção. Iniciada disseminação da cultura da segurança do paciente, com sensibilização dos funcionários por meio de divulgações, treinamentos e participações em eventos e reuniões científicas. Elaborado formulário para sistema de notificação de incidentes. Resultado: Elaborado PSP por meio de *brainstorming* e baseado na ferramenta 5W2H para direcionar o plano de ação. Conclusão: Mesmo diante de dificuldades inerentes a instituição pública, obteve-se êxito nas atividades propostas: treinamentos e atividades de sensibilização visando às práticas seguras, melhoria em processos de trabalho e política de notificação de

incidentes. Diante da tendência mundial com foco na segurança do paciente e da missão do hospital como Hospital de Ensino com Residências Médicas e Multiprofissional, destaca-se necessidade da inserção do tema na formação dos profissionais de saúde, ampliando conscientização e promovendo mudança efetiva da cultura de segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; gestão de riscos; assistência hospitalar; saúde materno-infantil; qualidade da assistência à saúde

IMPLANTATION PROJECT OF A PATIENT SAFETY PROGRAM IN A PUBLIC MATERNITY AT SÃO PAULO CITY

ABSTRACT: Introduction: Concern for Patient Safety has existed since 460 BC with Hippocrates pronouncing “First, do no harm”. In 1999, a published report “To Err is Human” recognizes that health professionals make mistakes. In 2004, the World Alliance for Patient Safety launched by the World Health Organization brought together global policy makers for public health to promote patient safety. In Brazil, in 2013, the Ministry of Health launched Ordinance 529 and the National Patient Safety Program as the National Health Vigilance Agency publishes RDC 36 and determines the creation of the Patient Safety Nucleus (PSN) in health services to carry out actions related to Patient safety. Objective: Implement a patient safety plan (PSP) in a public hospital in the city of São Paulo. Method: Intervention project in a large public gynecological obstetric hospital, for the implementation of the PSP. PSN was established in 2014 with an exclusive professional. Structuring of the Multiprofessional Commission for Risk Management and Patient Safety with assistance, support and senior management sectors. Dissemination of the patient safety culture was initiated, with employee awareness through divulgation, training and participation in scientific events and meetings. Form for incident notification system developed. Result: Elaborated PSP through brainstorming and based on the 5W2H tool to direct the action plan. Conclusion: Even in the face of difficulties inherent to the public institution, there was success in the suggestion activities: training and awareness raising activities aiming at safe practices, improvement in work processes and incident notification policy. In view of the global trend with a focus on patient safety and the hospital’s mission as a Teaching Hospital with Medical and Multiprofessional Residencies, the need to insert the theme in the training of health professionals is highlighted, increasing awareness and promoting an effective change in the safety culture.

PALAVRAS-CHAVE: Patient safety; risk management; hospital assistance; maternal and child health; quality of health care.

1 | INTRODUÇÃO

Diante dos avanços da tecnologia, os cuidados de saúde têm se tornado cada vez mais complexos, elevando o risco para ocorrência de incidentes, erros ou falhas (REIS, 2014). Os problemas relacionados à segurança do paciente têm sido amplamente divulgados nas últimas décadas, levando as organizações de Saúde investigar suas causas e a propor medidas de conscientização aos profissionais para redução dos riscos relacionados a prováveis danos aos pacientes.

Há relatos da preocupação com atos inseguros na assistência à saúde desde o

século IV A.C. Hipócrates, considerado o pai da medicina, já demonstrava inquietação com a segurança nos atos assistenciais quando dizia: *“Primum non nocere”*, traduzido como *“primeiro não cause dano”*. No século XX, uma enfermeira inglesa chamada Florence Nightingale que auxiliou nos cuidados dos feridos na Guerra da Criméia, introduziu conceitos e ideias bem à frente do seu tempo. Ela escreveu no seu livro *Notes on Hospitals*, onde diz: *“Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”*. Nightingale era dotada de um vasto conhecimento em diversas áreas, tais como: em ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia. Por meio de suas pesquisas, ela constatou que existiam falhas nas condutas profissionais e introduziu conceitos simples de higiene e alimentação dos soldados que resultaram em uma diminuição significativa do número de mortes e de infecções (BUENO, FASSARELLA, 2012; TRINDADE, LAJE, 2014).

O movimento global em prol da segurança do paciente teve um marco com a publicação do relatório do Instituto de Medicina Americano intitulado *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*, revelando que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos devido aos erros na assistência prestada nas instituições de saúde (IOM, 1999).

Na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2002, já havia uma grande preocupação com a segurança do paciente. E em maio de 2004, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, foi criada uma aliança internacional para melhorar a segurança do paciente, e em outubro do mesmo ano, foi lançada oficialmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o intuito de unir todos os responsáveis mundiais pelas políticas de saúde pública para criarem diretrizes universais relacionadas à segurança do paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a segurança do paciente pode ser alcançada através de três pilares complementares, são eles: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis para reflexão e discussão e mitigar seus efeitos com intervenções eficientes. A OMS criou programas com o objetivo de diminuir os danos causados aos pacientes, através da Global Patient Safety Challenge, que engloba temas de riscos relacionados com a assistência à saúde, considerados relevantes para os países membros da OMS. O primeiro tema selecionado foi infecção associada à prestação de serviço em saúde, seguido de segurança dos cuidados cirúrgicos, tendo como objetivo prevenir erros, evitar danos e salvar vidas. Os eventos adversos têm estimativa de ocorrência em 4 a 16% de todos os pacientes hospitalizados, sendo que mais de metade se refere aos cuidados cirúrgicos. Em países industrializados, as complicações ocorrem em 3 - 16% dos procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes internados, com taxa de mortalidade entre 0,4 - 0,8%. Estudos realizados em países em desenvolvimento estimam uma taxa de mortalidade de 5 a 10% em pacientes submetidos à cirurgia de maior porte (MOURA, MENDES, 2012).

O tema segurança do paciente no Brasil começou efetivamente ser abordado no

ano de 2002, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a criação e a capacitação de uma rede de hospitais, denominada Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. Esta rede foi composta por hospitais de ensino e/ou alta complexidade, que atuavam como observatórios ativos do desempenho e segurança de produtos de saúde sob vigilância sanitária regularmente usados. O sistema de informação do projeto é composto por quatro subitens: tecnovigilância, hemovigilância, farmacovigilância e queixas técnicas de medicamentos. O principal objetivo do projeto foi promover o gerenciamento de risco dos hospitais participantes para atender uma necessidade da própria Agência em obter informações qualificadas sobre reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, mas também teve o intuito de criar um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, com ganhos significativos de qualidade para os serviços e pacientes (ANVISA, 2002).

Os eventos adversos (EA) são uma realidade bastante preocupante nos Hospitais Brasileiros. Um estudo realizado em três hospitais públicos de ensino localizados no Estado do Rio de Janeiro constatou que a incidência de eventos adversos foi de 7,6% sendo que destes, 66,7% eram evitáveis. O centro cirúrgico foi o segundo local de maior frequência de EA, onde ocorreram 34,7% dos casos (MENDES, MARTINSM, ROZENFELD, TRAVASSOS, 2009).

Com o intuito de implementar as ações voltadas à segurança do paciente nos serviços de saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicaram seis protocolos básicos de segurança do paciente, são eles: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e prevenção de quedas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 01 de abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Este Programa tem como objetivo promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Neste mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que determina a criação do Núcleo de Segurança do Paciente nos serviços de saúde com o objetivo de implementar efetivamente as ações voltadas à segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA, 2013).

2 | OBJETIVO GERAL

Implementar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) num Hospital Público do Município de São Paulo.

2.1 Objetivos específicos

- Fortalecer as ações do Núcleo de Segurança do Paciente;
- Promover o envolvimento da alta liderança e dos gestores;
- Disseminar a cultura de segurança do paciente na instituição;
- Criar estratégias para sensibilização dos funcionários;
- Reforçar e divulgar os protocolos elaborados;
- Criar novos indicadores para avaliação dos protocolos;
- Fortalecer os treinamentos multiprofissionais através de metodologia ativa de ensino aprendizagem;
- Incentivar e promover a divulgação do fluxo de notificação, destacando a participação dos envolvidos com o feedback aos notificadores e aos gestores envolvidos;
- Priorizar ações direcionadas às metas internacionais de identificação do paciente e de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde;
- Avaliar a cultura de segurança do paciente.

3 | MÉTODO

Trata-se de um projeto de intervenção relacionado a implementação de um Plano de Segurança do Paciente no Hospital Maternidade Pública do Município de São Paulo. O Hospital é especializado, subtipo Maternidade, da esfera da administração pública, com administração direta da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Subordina-se em última instância ao Ministério da Saúde, atendendo clientela 100% usuária do Sistema Único de Saúde - SUS.

Na área assistencial atua na atenção médico-hospitalar de níveis secundário e terciário de complexidade, com foco na saúde da mulher e do recém-nascido, com ênfase na assistência às gestantes de alto risco e seus bebês e nas especialidades da ginecologia, oncologia pélvica e mamária, planejamento familiar e atenção à mulher vítima de violência sexual. É credenciado, desde 2010, como Hospital de Ensino, seguindo os requisitos da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.400, de 2 de Outubro de 2007.

Com o objetivo de compreender as práticas de segurança do paciente, foram realizadas no período entre Março e Abril de 2014, cinco visitas de benchmarking sendo três em hospitais públicos e duas em hospitais privados que possuíam programas de Gerenciamento de Risco em funcionamento. Essas visitas foram documentadas em formulário próprio para visitas externas, com intuito de servirem de base para a formatação

do serviço desta instituição.

Após as visitas externas, estudo das documentações pertinentes e reuniões intrasetoriais, foi instituída pela Diretoria do Hospital a Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, com publicação em Diário Oficial da Cidade de São Paulo em março de 2014 e sua composição com membros multiprofissionais foram indicados também pela Diretoria Técnica.

Visando a comunicação e divulgação oficial sobre a criação do NSP, a Diretoria de Departamento Técnico do Hospital apresentou a responsável pelo Núcleo durante reunião da Comissão Técnica Administrativa – CTA, da qual participam a alta direção, gestores das áreas assistenciais, administrativas e de apoio. Na ocasião, foi ministrada aula expositiva sobre o serviço, conceitos, estratégias para a prática segura, divulgando as seis metas internacionais de segurança. Também foi apresentado o impresso de notificação de incidentes padronizado na Instituição e informado sobre o processo de notificação com a instalação de urnas de coleta de notificações nas áreas assistenciais.

Conforme exigência da RDC nº 36/2013, foi realizado o cadastro da Instituição, do responsável legal e do gestor de segurança no sistema da ANVISA (NOTIVISA) com o objetivo de notificar os eventos adversos e óbitos no prazo determinado.

Para difundir, sensibilizar e despertar a curiosidade e a inquietação nos colaboradores sobre o tema Segurança do Paciente, foi realizada uma campanha para promoção das práticas seguras no Hospital. E logo após foram iniciados os treinamentos “in loco” nos diversos setores, com intuito de divulgar sobre a criação do “Núcleo de Segurança do Paciente”. Esses treinamentos abordavam os seguintes itens: finalidade da nova estrutura, desmistificação da culpa e punição, destaque para a cultura de segurança, falhas nos processos, e a participação ativa dos colaboradores com a possibilidade de notificar os eventos adversos e circunstâncias notificáveis no novo formulário padronizado. Também foi apresentado o fluxo de tramitação da notificação e tratativa envolvendo a análise e classificação desta, para elaboração de medidas corretivas e preventivas.

Seguindo os ditames da RDC nº 36 foi elaborado o Plano de Segurança do Paciente, utilizando as ferramentas de qualidade *Brainstorming* e *5W2H*.

Também conhecida como Plano de Ação, o *5W2H* é utilizado para identificação das ações, definindo as responsabilidades, setores, prazos, justificativa, métodos e custos para a tomada de decisão sobre os principais elementos que orientarão a implementação do plano (MORAES, TRANQUITELLI, JERONIMO, 2013).

O Plano de Segurança do Paciente da Instituição procurou estabelecer um diagnóstico das ações já desenvolvidas e das estratégias necessárias para mitigar os riscos relativos à:

- I. identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II. integração os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos

- serviços de saúde;
- III. implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
 - IV. identificação do paciente;
 - V. higienização das mãos;
 - VI. segurança cirúrgica;
 - VII. segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
 - VIII. segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
 - IX. segurança no uso de equipamentos e materiais;
 - X. manutenção de registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
 - XI. prevenção de quedas dos pacientes;
 - XII. prevenção de úlceras por pressão;
 - XIII. prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - XIV. segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
 - XV. comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
 - XVI. estimulação da participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
 - XVII. promoção do ambiente seguro.

Tratamento semelhante foi realizado focando as 6 metas internacionais, sobre as quais foi feito um diagnóstico situacional, verificando se a implantação de cada uma delas havia sido realizada, se todos os funcionários foram treinados a respeito, se existiam protocolos em forma de documento, se existiam indicadores relacionados, se havia forma de notificação de incidentes, se havia plano de ação e quais os setores envolvidos (ANEXO I).

4 | RESULTADO

A elaboração do Plano de Segurança do Paciente do Hospital foi realizado por meio de uma análise utilizando a metodologia de *Brainstorming* para identificação dos avanços e adequações e as oportunidades de melhorias, entre a situação real e o que propõe a RDC nº36/2013 relacionado às ações de gestão de risco para as 17 atividades descritas nessa Resolução. As oportunidades de melhoria foram organizadas como plano de ação utilizando a ferramenta 5W2H, determinando ações a curto, médio e longo prazos, identificando as ações, definindo as responsabilidades, setores, prazos, justificativa, métodos e custos para a tomada de decisão.

Diante da análise do PSP, diagnóstico situacional e dados gerados pelo Núcleo de Segurança do Paciente, percebeu-se que em um ano e meio de existência, o NSP obteve vários avanços, como elaboração e implementação de vários protocolos de segurança, treinamentos, sensibilizações, a condução da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente, a construção conjunta do Plano de Segurança do Paciente, a implantação do formulário de Notificação de eventos com as devidas análises, classificações e planos de ação, o cadastro no NOTIVISA, entre outros.

5 | CONCLUSÃO

Diante das evidências, a mobilização mundial em prol da Segurança do Paciente despertou maior preocupação para práticas seguras, que prevenissem danos ao paciente e custos desnecessários.

No processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em uma Maternidade Pública da cidade de São Paulo, foram evidenciadas através da análise das notificações de incidentes muitas dificuldades relacionadas à estrutura física, mudanças relacionadas a cultura de segurança, o qual a falha ainda era tratada de forma punitiva, o que demora um tempo para sua efetivação, pouco envolvimento de algumas equipes, déficit no quadro de funcionários, alta demanda, morosidade dos processos referentes a compras de materiais de consumo, permanentes e contratos que contemplem manutenção preventiva dos equipamentos e serviços terceirizados.

Obteve-se resultados favoráveis no que se refere as atividades realizadas no processo de implantação do NSP, como treinamentos e atividades de sensibilização visando às práticas seguras, melhoria em processos de trabalho e política de notificação de incidentes.

Diante da tendência mundial com foco na segurança do paciente, e considerando a missão do hospital em ser um Hospital de Ensino com Residências Médicas e Multiprofissional, destaca-se a necessidade da inserção do tema na formação dos profissionais de saúde, a fim de ampliar a conscientização e promover a mudança efetiva da cultura de segurança, como proposto na literatura e legislações brasileiras vigentes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Rede Sentinela/Histórico**.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância de Saúde; 2013.

BUENO, A.A.B.; FASSARELLA, S.F. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**, v.6, n.1, p.01-09, 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care of America. **To err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, D.C, 1999.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. International Journal for Quality in Health Care 2009; 21:279-284.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

MORAES, M.S.; TRANQUITELLI, A.; JERONIMO, R.A.S. **Gestão de Qualidade Enfermagem**. São Paulo: FMU – Curso de Enfermagem, 2013.

MOURA, M.L.O; MENDES, W. **Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro**. Rev. bras.epidemiol., v.15, n.3, p.523-535, 2012.

REIS, C.T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014. Vol. II Cap. 04, p. 75-99.

TRINDADE, L.; LAGE, M.J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EAD/ENSP, 2014. Vol. I Cap. 02, p. 39-56.

ANEXO I – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS 6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PROTOCOLOS DE SEGURANÇA - 6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA - HMEC - SETEMBRO - 2015

PROTOCOLOS DE SEGURANÇA	PROTOCOLOS IMPLEMENTADOS		TODOS OS FUNCIONÁRIOS RECEBERAM TREINAMENTO		O PROTOCOLO EXISTE EM FORMA DE DOCUMENTO		INDICADORES RELACIONADOS	NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS		EXISTE PLANO DE AÇÃO		SETORES E/OU EQUIPES DIRETAMENTE ENVOLVIDOS NO PROCESSO
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO		Descriva	SIM	NÃO	SIM	
Identificação	X		X parcialmente		X		% IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOS FORMULÁRIOS DO PRONTUÁRIO	X		X		Setores assistenciais de internação e recepção
Comunicação		X		X		X	SEM INDICADOR	X		X		Todos os setores do hospital, administrativo e assistencial
Medicação	X		X parcialmente		X		INCIDÊNCIA DE ERRO DE MEDICAÇÃO Nº de erros relacionados à administração de medicação x 100 Nº de pacientes/dia	X		X		Setores assistenciais e setor de farmácia
Cirurgia	X		X parcialmente		X		REALIZAÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA Nº de cirurgias com check list completos x 100 Nº de cirurgias	X		X		Recepção, setores de internação, CCO, Recuperação, Ambulatório, Logística, Anatomia e Engenharia
Higiene das mãos	X		X		X		CONSUMO ÁLCOOL GEL Quantidade de álcool gel (ml) Nº pacientes/dia	X		X		Todos os setores do hospital, administrativo e assistencial
Queda	X		X parcialmente		X		INCIDÊNCIA QUEDA PACIENTE Nº de quedas x100 Nº de pacientes/ dia	X		X		Todos os setores de internação e PSO
Úlcera por pressão	X		X parcialmente		X		INCIDÊNCIA DE UP Nº de casos novos de pacientes com UP x 100 Nº de pessoas expostas ao risco de UP no período	X		X		Todos os setores de internação

CAPÍTULO 11

EXPOSIÇÃO CORPORAL DAS PACIENTES EM TRABALHO DE PARTO EM UM SETOR DE PRÉ-PARTO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva

Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)
Recife – Pernambuco (PE)
<http://orcid.org/000-0003-3710-851X>

Eliana Lessa Cordeiro

Mestre em Neurociência pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife – Pernambuco (PE)
<http://orcid.org/0000-0001-7305-9431>

Gládyston Gydione Bezerra da Silva

Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO)
Campus Recife
Recife – Pernambuco (PE)
<http://lattes.cnpq.br/2678806664440911>

Simone Schmitt Pereira

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
Recife – Pernambuco (PE)
<http://lattes.cnpq.br/2315242648157156>

Zilma Gomes Luz

Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO)
Campus Recife
Recife – Pernambuco (PE)
<http://lattes.cnpq.br/5657456127795072>

Edivaldo Bezerra Mendes Filho

Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)
Recife – Pernambuco (PE)
<http://orcid.org/0000-0002-9471-7736>

Cristina Albuquerque Douberin

Universidade Estadual da Paraíba
Universidade de Pernambuco (UEPB/UPE)
Recife, Pernambuco (PE)
<http://orcid.org/0000-0003-0023-0036>

Clarissa Silva Pimenta

Instituto Raul Soares (IRS)
Matozinhos – Minas Gerais (MG)
<http://orcid.org/0000-0002-4329-9992>

Jasna Mariane Soares Cavalcante

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)
Universidade de Pernambuco (UPE)
Recife – Pernambuco (PE)
<http://orcid.org/0000-0002-6552-5751>

RESUMO: Introdução: Pensar numa mulher em trabalho de parto num setor de pré-parto, nos remete a ideia de invasão de espaço corporal. Acredita-se que os profissionais de saúde, muitas vezes mecanizados pelo dia-a-dia, invadem sem perceber o espaço dessas pacientes. **Objetivo:** Identificar a percepção das parturientes sobre a exposição corporal durante o trabalho de parto em uma maternidade de referência do Recife, PE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A população foi composta por parturientes, com faixa etária entre 18 e 40 anos, com diagnóstico de trabalho de parto, totalizando uma amostra de 32 parturientes. Os dados foram coletados através de entrevista com um roteiro estruturado. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva

simples e absoluta, e sendo apresentados em formas de tabelas. **Resultados:** A análise dos dados permitiu identificar que a maioria da amostra (56,2%) teve o corpo exposto, sendo que o procedimento que mais expôs foi o toque vaginal (60,9%). No que diz respeito, aos sentimentos vivenciados pelas parturientes durante a exposição, (42,9%) descreveu não sentir incômodos. Com relação aos cuidados dos profissionais de saúde, foi evidenciado que a maioria (78,1%) preocupou-se em não expor o corpo da paciente, e que a conduta mais utilizada por estes foi a utilização de biombos com (47,1%). Ao se tratar da necessidade de ter o corpo exposto na realização dos procedimentos, foi identificado que a maioria (56,2%) acha necessário ter o corpo exposto. **Conclusão:** Desta forma, o estudo traz que as pacientes estão tendo o corpo exposto, porém os profissionais estão se preocupando e utilizando meios de não exporem o corpo das parturientes.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Trabalho de Parto; Obstetria.

BODY EXPOSURE OF PATIENTS IN LABOR LABOR IN A PRE-BIRTH SECTOR

ABSTRACT: Introduction: Thinking about a woman in labor in a pre-delivery sector, reminds us of the idea of invasion of body space. It is believed that health professionals, often mechanized by day-to-day life, invade without realizing the space of these patients. **Objective:** To identify the perception of parturients about body exposure during labor in a reference maternity in Recife, PE. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory field study with a quantitative approach. The population was composed of parturients, aged between 18 and 40 years, diagnosed with labor, totaling a sample of 32 parturients. Data were collected through interviews with a structured script. The results were analyzed using simple and absolute descriptive statistics, and presented in table forms. **Results:** Data analysis allowed to identify that the majority of the sample (56.2%) had the body exposed, and the procedure that most exposed was the vaginal touch (60.9%). With regard to the feelings experienced by parturient women during exposure, (42.9%) described not feeling uncomfortable. Regarding the care of health professionals, it was evidenced that the majority (78.1%) was concerned with not exposing the patient's body, and that the most used procedure by them was the use of screens with (47.1%). When it comes to the need to have the body exposed when performing the procedures, it was identified that the majority (56.2%) thinks it is necessary to have the body exposed. **Conclusion:** In this way, the study shows that patients are having their bodies exposed, but professionals are concerned and using means of not exposing the body of parturients.

KEYWORDS: Pregnant Women; Childbirth Work; Obstetrics.

1 | INTRODUÇÃO

Ainda na década de 1990, discussões realizadas em vários países e dados fundamentados em pesquisas resultaram na publicação de um guia prático com recomendações para assistência ao parto, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando fornecer meios para combater as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal. Essa publicação teve impacto global e motivou inúmeros governos a adequarem a assistência ao parto, buscando a redução dos índices de mortes por causas evitáveis

(Carvalho et al., 2015).

Mesmo o trabalho de parto sendo considerado como parte fisiológica da vida da mulher (Santana et al., 2015), observa-se que afazeres simples como tomar banho, alimentar-se, fazer suas necessidades fisiológicas, são modificados com a internação da parturiente na Unidade de Saúde. No intuito de tornar o trabalho de parto menos traumático e doloroso, a enfermagem tende a desenvolver sua assistência no sentido de equilibrar os fatores ambientais do pré- parto, tais como os sons, os procedimentos invasivos e a quantidade de pessoas na observação da mulher, sendo conferida aos profissionais de saúde essa responsabilidade (WALBER e VIEIRA, 2019).

O paciente normalmente se submete a essa invasão de privacidade que é feita pelos profissionais de saúde, por acharem que o “saber” que lhes é conferido, lhes dá o direito de manipular seus corpos. Mas Resende et al. (2020), em seu estudo afirma que a cliente tem o direito ao respeito, à atenção e proteção da saúde, que inclui segurança, privacidade, tratamento digno, confidencialidade, opinião e conforto.

Walber e Viera (2019) citam que no processo de assistência hospitalar oferecido a mulher em trabalho de parto, foi observado uma mudança importante entre os hábitos da parturição domiciliar, que agregam aconchego, privacidade e familiares próximos, para uma assistência hospitalar limitadora e expositiva.

Ao ser observado que a nudez e a invasão de privacidade do corpo da mulher durante o trabalho de parto constitui um problema a ser enfrentado pela enfermagem, surgiu a motivação para esse estudo, que busca reconhecer como a parturiente é assistida, e se essa assistência enfoca os cuidados com a exposição corporal.

Existem métodos assistenciais que previnem a invasão excessiva do corpo feminino, contribuindo assim para um parto menos traumático, menos doloroso e mais eficaz. Tentamos identificar neste estudo se a equipe de saúde está utilizando estes métodos.

Sendo assim, buscou-se através deste trabalho, investigar como as parturientes, veem-se e sentem-se na hora do trabalho de parto ao chegarem em uma Unidade de Saúde referência em obstetrícia e como a enfermagem pode contribuir para prevenir essa exposição, de forma que se preserve a sua integridade física e emocional e proporcione a ela e ao neonato um trabalho de parto tranquilo e saudável.

O presente estudo tem como objetivo Identificar a percepção das parturientes sobre a exposição corporal durante o trabalho de parto em uma maternidade de referência do Recife, PE.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias e a exploração de aspectos de uma situação (GIL, 2002).

Os dados foram coletados no Hospital Agamenon Magalhães (HAM), de caráter público, referência estadual de gravidez de alto risco e com um dos bancos de leite mais bem equipado da rede pública de saúde, situado na Estrada do Arraial, 2723, bairro de Casa Amarela, Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco (PE). Foi encontrado uma grande população de parturientes com gestação de alto risco, sendo mais sensíveis e vulneráveis a riscos, necessitando mais de atenção e cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto.

A população foi composta por parturientes, na faixa etária de 18 a 40 anos, com diagnóstico de trabalho de parto, totalizando uma amostra de 32 parturientes, perfazendo 80% da amostra, no período de 27 de agosto a 21 de setembro de 2009.

A população foi composta por mulheres, que estavam em trabalho de parto efetivo no momento da coleta de dados, e atendiam aos seguintes critérios:

- Estavam com diagnóstico de trabalho de parto;
- Possuíam idade entre 18 e 40 anos.

A coleta de dados teve início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HAM, sendo aprovado em: 29 de setembro de 2009; e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do representante legal pelo HAM, através de um termo de autorização para pesquisa.

Esta pesquisa cumpriu os aspectos éticos e legais de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que considera que toda pesquisa envolvendo seres humanos, envolve riscos.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário com perguntas objetivas, de fácil interpretação para a entrevistada, onde foram abordados os temas contidos nos objetivos específicos deste projeto. O questionário foi aplicado no setor de expectativa da Maternidade Agamenon Magalhães, logo após terem sido realizados os cuidados de rotina da instituição, sem interferir assim na sua rotina. Para avaliar a sensibilidade do instrumento, foi realizado o estudo piloto com três parturientes no setor de pré-parto do HAM onde não houve alterações do instrumento, sendo então descartado estas três participações após o referido estudo.

As informações obtidas foram categorizadas manualmente. Em seguida, os dados foram digitados e processados através do Microsoft Office® Word e Excel 2019. A partir daí os resultados foram analisados através de estatística descritiva simples e absoluta, e sendo apresentados em formas de tabelas.

3 | RESULTADOS

Na Tabela 1, é possível verificar a caracterização social das parturientes, os dados revelam que a maioria possui idade entre 18-22 anos (37,5%) e 23-28 anos (37,5%),

enquanto 12,5% possuíam 25-34 e a mesma porcentagem eram >34 anos. No que diz respeito a escolaridade, os dados mostram que a maioria (37,5%), possuíam o ensino médio completo, enquanto apenas 3,2% da amostra eram analfabetas. Analisando quanto a ocupação, a grande maioria (53,1%) não trabalhavam, 18,7% classificavam-se como do lar, 9,4% como doméstica e o mesmo número como trabalhando em serviços gerais, 3,1% eram autônomos e 6,3% trabalhavam na área de educação.

Variáveis	n.º 32	%
Idade (anos)		
18 - 22	12	37,5
23 - 28	12	37,5
29 - 34	4	12,5
> 34	4	12,5
Escolaridade		
Analfabeta	1	3,2
Fundamental incompleto	5	15,6
Fundamental completo	6	18,2
Médio incompleto	4	12,5
Médio completo	12	37,5
Superior incompleto	2	6,5
Superior completo	2	6,5
Ocupação		
Não trabalha	17	53,1
Do lar	6	18,7
Doméstica	3	9,4
Serviços gerais	3	9,4
Autônoma	1	3,1
Educação	2	6,3

Tabela 1: Caracterização social das parturientes atendidas na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2009.

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito a caracterização obstétrica e de paridade das parturientes ao se referir ao número de filhos, os dados revelam que a grande maioria (71,9%), possuíam de 0-2 filhos, enquanto 18,7% possuíam de 3-4 filhos e 9,4% possuíam de 5 ou mais filhos. Ao se tratar do número de gestações, os dados mostram que a maioria (56,3%), tinham entre 0-2 gestações, 28,1% entre 3-4 gestações e 15,5% tiveram 5 ou mais gestações. Ao se tratar do número de partos, a grande maioria (75,0%) estavam entre 0-2 partos, 15,6% de

3-4 partos e 9,4% de 5 ou mais partos. Quanto as vias de parto 60,7% referiram ser parto cesáreo e 39,3% ser parto vaginal (Tabela 2).

Variáveis	n.º	%
Número de filhos (n.*= 32)		
0-2	23	71,9
3-4	06	18,7
5 ou +	03	9,4
Número de gestações (n.*= 32)		
0-2	18	56,3
3-4	09	28,1
5 ou +	05	15,6
Número de partos (n.*= 32)		
0-2	24	75,0
3-4	05	15,6
5 ou +	03	9,4
Vias de parto (n.*= 28)		
Vaginal	11	39,3
Cesáreo	17	60,7

n.* = Respostas Múltiplas.

Tabela 2: Caracterização obstétrica e de paridade das parturientes atendidas na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2009.

Fonte: Elaboração própria

Com relação à exposição corporal das parturientes durante o internamento, os dados coletados revelam que 56,2% das parturientes foram expostas durante os procedimentos e 43% não foram expostas. É válido destacar que 56,2% da amostra, julga ser necessário esta exposição, enquanto 43,8%, relata o oposto (Tabela 3).

Ao se tratar dos procedimentos que mais expuseram as parturientes, destaca-se o toque vaginal com 60,9%, em seguida, tricotomia passagem de sonda vesical de demora, ambos com o percentual de 13,0%, logo após, higiene íntima com 8,7% em seguida a lavagem intestinal 4,4% (Tabela 3).

Variáveis	n.º	%
Exposição corporal (n.*= 32)		
Apresentou exposição	18	56,2
Não apresentou exposição	14	43,8
Necessidade de exposição (n.*= 32)		
Necessário	18	56,2
Não necessário	14	43,8
Procedimentos (n.*= 23)		
Raspagem de pelos	03	13,0
Toque vaginal	14	60,9
Higiene	02	8,7
Lavagem intestinal	01	4,4
Sonda vesical de demora	03	13,0

n.* = Respostas Múltiplas.

Tabela 3: Exposição corporal e procedimentos realizados pela equipe de saúde da maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2009.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados dispostos na Tabela 4, ao se referir aos sentimentos vivenciados pelas parturientes durante a realização dos procedimentos, afirma um percentual significativo de 42,9% de que as parturientes sentem-se normal, em seguida, com 37,1% da amostra, apresenta constrangimento, logo após, violada com 8,6%, e confusa e envergonhada com o percentual de 5,7%.

Variáveis	n.º 35	%
Violada	3	8,6
Confusa	2	5,7
Constrangida	13	37,1
Envergonhada	2	5,7
Indiferente	15	42,9

n.* = Respostas Múltiplas.

Tabela 4: Sentimentos vivenciados pelas parturientes durante a realização dos procedimentos na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2009.

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 5 revela que 78,1% dos profissionais se mostraram preocupados quanto a exposição do corpo das parturientes e 21,9% não demonstraram preocupação. Destaca-se também que dentre as respostas múltiplas 47,1% dos profissionais utilizaram biombo para não expor o corpo das parturientes, 23,5% utilizaram lençóis, 17,6% levaram a uma sala separada e 11,8% fecharam a porta.

Com relação a exposição corporal causada pelas vestimentas usadas pelas parturientes no momento da internação, os dados coletados revelam que a grande maioria (75,0%), sentem-se expostas e que 25,0% não se sente exposta.

Variáveis	n.º	%
Sentimentos (n.*= 32)		
Preocupou-se	25	78,1
Não preocupou-se	07	21,9
Formas de cuidado (n.*= 34)		
Colocou biombo	16	47,1
Ficou em sala separada	06	17,6
Utilizou lençóis	08	23,5
Fechou a porta	04	11,8
Vestimentas no setor (n.*=32)		
Expões	24	75
Não expõe	8	25

n.* = Respostas Múltiplas.

Tabela 5: Sentimentos e cuidados realizados pela equipe de saúde na prevenção da exposição corporal das parturientes da maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM). Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2009.

Fonte: Elaboração própria.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou identificar a percepção das parturientes sobre a exposição corporal durante o trabalho de parto em uma maternidade de referência do Recife. Dentro da população estudada foi detectado que a maioria da população de mulheres entrevistadas (75%) tinham entre 18 a 28 anos. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Falavina et al., (2018) confirmou esses números ao demonstrar um aumento do número de atendimentos obstétricos nessa faixa etária em seus estudos.

No que tange a caracterização obstétrica e de paridade das parturientes os

resultados mostraram que 71,9% das entrevistadas possuíam de 0-2 filhos, 56,3% tiveram de 0-2 números de gestações e 75% tiveram de 0-2 números de partos. Esses números vão ao encontro dos índices revelados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na projeção da população em torno de 2018 onde informa que a taxa de fecundidade do Brasil atingirá o nível) de 1,77 filho por mulher (IBGE, 2018).

Quando questionadas sobre a necessidade de exposição e procedimentos realizados pela equipe de saúde durante o internamento, 56,2% das entrevistadas relataram que ocorreram exposição corporal, mas foi necessário. Estes resultados estão em concordância com Macedo et al. (2005), os quais afirmam que o fato das puérperas acreditarem e aceitarem a realização dos procedimentos invasivos e achar benéfico para si, mesmo sendo causa de dor e sofrimento, é decorrente do processo de medicalização e dominação do corpo da mulher por parte dos médicos. Soares e Dall'Agnol (2011) também destacam que, a privacidade e a exposição do corpo são condições importantes para o ser humano, que expor o corpo durante os procedimentos é uma necessidade, mas nem sempre é respeitado.

O toque vaginal é importante para a avaliação do trabalho de parto, mas ainda assim é considerado um fator de incômodo e constrangimento para a mulher (LOPES et al., 2019), que muitas vezes acontece de forma excessiva, sendo considerada uma violência obstétrica (PASCOAL et al., 2020). Talvez por isso, 60,9% das entrevistadas, citaram ele como o procedimento que mais expõe o corpo.

É interessante refletir que, apesar de 42,9% das entrevistadas terem revelado sentimento de normalidade durante a realização dos procedimentos, 37,1% delas revelaram constrangimento. O fato de referirem indiferença quanto à exposição corporal pode ser explicado, pois a maioria possuía passado obstétrico, não sendo uma situação desconhecida para elas. Ceroni et al., (2015) constatou que sentimentos negativos como constrangimentos, se intensificam quando a exposição envolve partes íntimas, mas o profissional deve procurar manter e proteger a privacidade do cliente e ajudá-lo a lidar com a sua perda.

Ao serem perguntadas sobre a preocupação dos profissionais em evitar a exposição corporal, 78,1% das entrevistadas responderam que os mesmos se preocupam, e a forma de cuidado mais utilizada é o biombo com 47,1% das respostas. Esses resultados são confirmados por Almeida et al., (2020) em seu estudo, onde o apoio da equipe a puérpera, o direito à privacidade durante o trabalho de parto, de uma forma holística, permite que essas parturientes cooperem e se preparem para o momento do parto, enquanto que em um modelo intervencionista essas parturientes não cooperam, estão apavoradas e tensas, dificultando assim o desenrolar do trabalho de parto.

É válido acrescentar que uma Sistematização da Assistência nesse momento nos direciona a lidar com um diagnóstico de medo evidenciado por sentimento de medo, temor, apreensão relacionado a incerteza de gestação, perda de controle e a resultados

imprevisíveis secundários a hospitalização, procedimentos invasivos, e a nossa meta será fazer com que a parturiente relate aumento do conforto psicológico e fisiológico, segundo Picão et al. (2020).

Valendo ressaltar que a roupa usada no momento do trabalho de parto foi referenciada como positiva, com um percentual de 75% das respostas. Neste contexto, Picão et al., (2020) em seu estudo, destaca que o bem-estar psicológico da paciente é fator preponderante para um trabalho de parto tranquilo e seguro não só para ela quanto para o recém-nascido, onde ficou evidenciado nos relatos das parturientes o ambiente como bom, acolhedor, organizado e confortável e uma delas, inclusive, relatou ser melhor que alguns ambientes de atendimento particulares.

Picão et al., (2020) ainda relatam que a equipe de enfermagem deve estar atenta aos cuidados fisiológicos e técnicos e deve ser capaz de determinar as suas necessidades físicas e emocionais, individualizando o cuidado com a parturiente. Sendo assim, a equipe deve voltar a atenção às suas necessidades e tomar providências no sentido de melhorar a qualidade da assistência dada na Unidade de Saúde.

5 | CONCLUSÃO

A análise dos dados referente a percepção das parturientes sobre a exposição corporal durante o trabalho de parto possibilita aos autores terem as seguintes conclusões:

- Acerca da idade, a maior parte da amostra estavam na faixa etária de 18 a 28 anos (75%), destas, 37,5% possuíam o ensino médio completo, e 53,1% da amostra não trabalham, podendo alguns desses fatores influenciar na opinião das parturientes quanto a exposição;
- Quanto ao fator obstétrico e de paridade, um grande percentual (71,9%), demonstrava que a maioria das entrevistadas possuíam de 0 a 2 filhos, que 56,3%, tinham de 0 a 2 gestações, 75% possuíam de 0 a 2 partos, e 60,7% teve como via de parto o cesáreo, desta forma, estes fatores demonstram que a experiência obstétrica vivenciada pelas entrevistadas de certa forma pode está influenciando os sentimentos durante a exposição corporal vivenciada na maternidade;
- Em relação a exposição corporal, o estudo revelou que 56,2% relatou ter seu corpo exposto, e que as mesmas revelaram achar necessário sofrer esse tipo de exposição, talvez essas respostas foram dadas pela ideia formada de que não existe parto sem exposição;
- Ao se tratar dos procedimentos que mais expõem o corpo das pacientes, o toque vaginal foi o mais citado (60,9%), talvez pelo fato de ser este um procedimento invasivo, necessário para avaliação do trabalho de parto e pertinente ao âmbito hospitalar;

- Acerca dos sentimentos por elas vivenciados, 42,9%, relatam sentir-se normal, entretanto 37,1% da amostra relataram algum constrangimento, o que nos demonstra que mesmo com algum passado obstétrico, as gestantes ainda se constrangem com a exposição corporal que sofrem durante o andamento do trabalho de parto;
- Quanto a demonstração de preocupação vivenciados pelos profissionais, os estudos revelam que 78,1%, preocupa-se em não expor o corpo das parturientes, e que o cuidado mais utilizado por eles foi a utilização de biombo. Esse resultado é positivo e mostra que os profissionais de saúde estão se preocupando em utilizar os dispositivos disponíveis pela instituição para prevenir a exposição corporal da parturiente;
- Em relação a roupa utilizada no momento, os estudos destacam que 75% acham que as deixam expostas, pois deixam áreas do corpo descoberta. Esse resultado mostra que medidas precisam ser tomadas no sentido de se padronizar um vestuário que exponha menos o corpo da parturiente;
- O ato de ajudar impõe tarefas como doar seu tempo, saber, competência, interesse, e capacidade de escuta e compreensão. Desta forma, não se pode separar a relação de ajuda, das intervenções de enfermagem, visto que cuidar é ajudar;
- Um simples olhar diferenciado, ouvir suas angústias, medos e anseios, tocar no sentido de confortar e tentar modificar, mesmo que em vão, fazem uma enorme diferença para essa parturiente que nesse momento sofre uma infinidade de sentimentos, por muitas vezes sem pronunciar uma única palavra;
- O profissional de saúde precisa conhecer a situação da parturiente para poder interpretar e compreender seu sofrimento e para então, desenvolver estratégias adequadas à resolução dos seus problemas;
- O conjunto destes resultados indicam que a maioria das parturientes sentem-se normais com as exposições, mas grande parte ainda sentem-se constrangidas; os profissionais de saúde estão se preocupando em não expor o corpo das parturientes, e estão utilizando intervenções para alcançar a privacidade, mais existem alguns procedimentos inevitáveis da obstetrícia que acabam expondo as parturientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. da S. S. de et al. **Puerperal women's experiences regarding the nursing team performance during labor.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 12, p. 345–349, 2020.

CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. **Adesão às boas práticas de atenção ao parto normal: construção e validação de um instrumento.** Rev Esc Enferm USP. v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015.

CERONI, P. et al. **Patient's body exposure through the look of the nursing academic.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 4, p. 3148, 2015.

FALAVINA, L. P. et al. **Hospitalization during pregnancy according to childbirth financial coverage: A population-based study.** Revista da Escola de Enfermagem, v. 52, p. 1–8, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 2002, p. 22.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Painel de indicadores.** [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores>.

LOPES, G. D. C. et al. **Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after network stork.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, 2019.

PASCOAL, K. C. F. et al. **Violência obstétrica na percepção de puérperas.** Revista Nursing (São Paulo), v. 23, n. 265, p. 4221-4226, 2020.

PICÃO, V. DOS S. et al. **Sentimentos e vivências do parto: uma abordagem metodológica interpretativa.** Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 9, n. 3, p. 382–393, 2020.

RESENDE, M. T. DOS S.; LOPES, D. S.; BONFIM, E. G. **Perfil da assistência ao parto em uma maternidade pública.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., v. 20, n. 3, p. 871–878, 2020.

SANTANA, F. A.; LAHM, J. V.; SANTOS, R. P. **Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 123–127, 2015.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. **Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, n. 5, p. 683–688, 2011.

WALBER, H.; VIEIRA, D. **Práticas assistenciais no pré-parto, parto e pós-parto imediato: experiência de uma enfermeira residente em obstetrícia.** Revista de Divulgação Científica Sena Aires, p. 348–355, 2019.

CAPÍTULO 12

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FALCIFORME: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 03/12/2020

Maria Juliana Rodrigues Dantas

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Maria Santos Galdino Barros

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Kamila Adeilda dos Santos

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: Introdução: Anemia falciforme é uma doença genética hereditária comum no Brasil e que vem sendo alvo de vários estudos sobre sua patologia. **Objetivo:** O estudo analisou informações sobre a anemia falciforme em pacientes gestantes. **Métodos:** O trabalho científico foi realizado através de uma pesquisa descritiva, exploratória, bibliográfica, do tipo revisão integrativa. Foram utilizados trabalhos publicados nas bases de dados, Scielo e LILACS durante os anos de 2006 à 2020, conforme o respectivo tema desse trabalho. **Resultados:** Os achados identificados mostraram que apesar dos avanços, muito precisa ser feito para que técnicas mais seguras e eficazes sejam realizadas em detrimento da enfermagem na assistência para

gestantes com anemia falciforme. **Conclusão:** Considerando a importância desta doença para a população e de seus complicadores no processo gestacional justifica-se a necessidade do seu estudo, na busca da melhoria da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia Falciforme; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem Centrada no Paciente; Atendimento Básico.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE TO PREGNANT WOMEN WITH FALCIFORM ANEMIA: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introducion: Sickle cell anemia is a common hereditary genetic disease in Brazil and has been the subject of several studies on its pathology **Objective:** The study analyzed information about sickle cell anemia in pregnant patients. **Methods:** The scientific work was carried out through descriptive, exploratory, bibliographic research, of the type integrative review. Works published in scientific journals, Google academic, and the Virtual Health Library between the years 2006 to 2020 were used, according to the respective theme of this work.

Results: The scientific work was carried out through descriptive, exploratory, bibliographic research, of the type integrative review. Works published in the databases, Scielo and in the Virtual Health Library between the years 2006 to 2020 were used, according to the respective theme of this work. **Conclusion:** Considering the importance of this disease for the population and its complications in the gestational process, the need for its study is justified, in the search for

improving the quality of life.

KEYWORDS: Anemia; Pregnant; Patient-Centered Care; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A anemia falciforme é uma doença genética hereditária comum no Brasil e que vem sendo alvo de vários estudos sobre sua patologia. Apesar de sua incidência prevalecer em indivíduos da região africana, estudos populacionais têm demonstrado a presença da hemoglobina S em indivíduos descendentes de populações do Mediterrâneo, Caribe, América Central e Sul, Arábia e Índia.¹ O Brasil apresenta uma população com diferentes origens étnicas e com diversificados graus de miscigenação indicando que a presença da anemia falciforme é decorrente da imigração de indivíduos originários principalmente do continente africano.²

Segundo o Ministério da Saúde³, a gravidez é uma situação potencialmente delicada para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e para o recém-nascido. Uma gravidez bem-sucedida depende do crescimento do feto num ambiente intra-uterino saudável, seguida por trabalho de parto e parto, quando a vida extra-uterina pode ser mantida. Um ótimo crescimento fetal é assegurado pelos substratos maternos liberados pela placenta.

As doenças falciformes acometem vários órgãos e têm importância na gestação pelos efeitos adversos sobre a mãe e o feto. No passado, as gestantes com doença falciforme apresentavam altos índices de mortalidade materna e perinatal⁴, problemas esse que vem sendo estudados a fim de proporcionar um melhor tratamento para as gestantes portadoras da doença. O atual cenário dessas doenças, principalmente da anemia falciforme, vem apresentando outro perfil. Embora, apesar da gravidez trazer riscos maternos e fetais, o avanço que a medicina tem proporcionado sem dúvidas está contribuindo para melhores resultados gestacionais em mulheres portadoras de anemia falciforme, uma vez que, possibilita um maior controle nas mulheres portadoras.

Rajab et al⁵, afirmam que as ações e cuidados direcionados às gestantes devem ser significativas e eficientes e, a atenção pré-natal deve ser considerada um momento de construção singular e que sofre influência do contexto social, familiar e dos profissionais que atuam junto à mulher. Ressaltando que, uma das características dessa doença é a sua variabilidade clínica, enquanto alguns pacientes têm um quadro de grande gravidade e estão sujeitos a inúmeras complicações e frequentes hospitalizações, outros podem apresentar uma evolução mais benigna, em alguns casos quase assintomáticos, tanto fatores hereditários como adquiridos contribuem para esta variabilidade clínica.

De modo geral, além da anemia crônica, as diferentes formas de doenças falciformes caracterizam-se por numerosas complicações que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas, com expressiva morbidade, redução da capacidade de trabalho e

da expectativa de vida.⁶ Considerando a importância desta doença para a população e de seus complicadores no processo gestacional justifica-se a necessidade do seu estudo, na busca da melhoria da qualidade de vida, contribuindo fortemente para disseminar o seu conhecimento. Nesse sentido, a relevância do presente trabalho está em fazer um estudo detalhado da doença sobre o organismo humano e seu significado para a saúde.

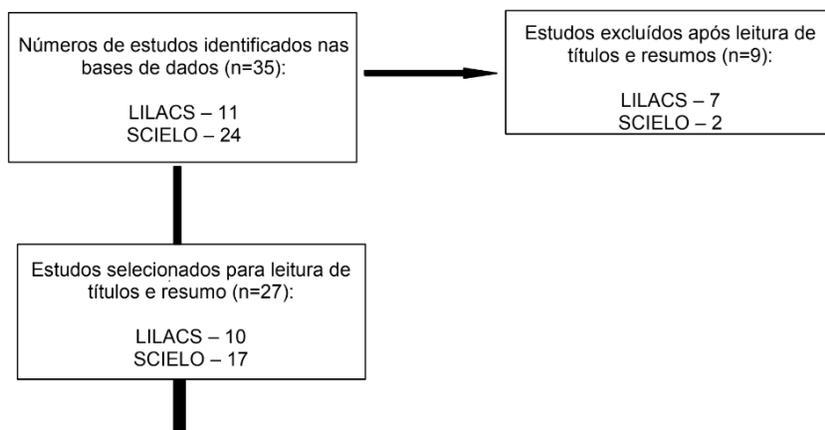
2 | MÉTODOS

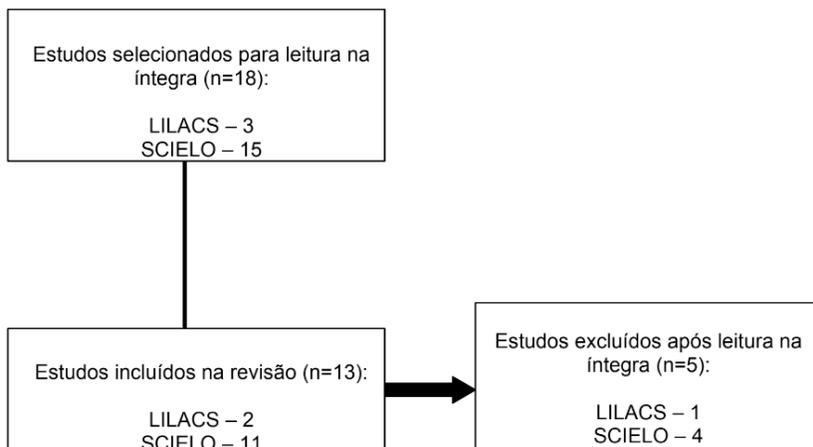
O presente estudo caracterizou-se através de uma revisão bibliográfica integrativa sobre as gestantes portadoras de anemia falciforme, com ampla abordagem metodológica referente às revisões dos artigos.

A investigação das produções científicas foram realizadas nas base de dados Scielo e LILACS com o uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com a seguinte combinação: Anemia falciforme AND Gravidez de Alto Risco AND Enfermagem Centrada no Paciente AND Atendimento Básico no “título, resumo, assunto”. Para a seleção utilizou-se os critérios de inclusão: a) artigos publicados em texto completo; b) artigos publicados no período de 2004 a 2020; c) artigos indexados no idioma português e inglês; d) com abordagem em Assistência na Gestação de pacientes com Anemia Falciforme. Dessa forma, o corpus documental deste trabalho é constituído de seis artigos científicos.

A partir dessa estratégia, identificou-se 35 artigos, sendo 27 aceitos para leitura de título e resumos, dos quais, 18 foram selecionados para leitura na íntegra e após a leitura apenas 13 artigos foram admitidos no estudo. Os dados coletados foram agrupados em um instrumento ilustrativo elaborado pelas autoras onde contém: autores, ano, título, objetivo e principais resultados (Quadro 1).

3 | RESULTADOS





Autores	Título/Ano	Objetivo	Principais resultados
Santos ⁷ Surita Pereira	Resultados maternos e perinatais em portadores de anemia falciforme (2012).	Avaliar as complicações materno-fetais apresentadas pelas gestantes portadora de anemia falciforme.	As sete mulheres apresentaram alterações no quadro clínico durante a gestação, contudo não foram registradas mortes maternas ou perinatais.
Monken et al ⁸	Situações de urgência na gestante com doença falciforme (2010).	Discutir as principais complicações que podem levar a situações de urgência durante a gestação da paciente com doença falciforme.	Na gravidez ocorre aumento da morbimortalidade materno-fetal. Sendo assim, requer atenção médica para com a saúde materno-fetal, em instituições capazes de intervir convenientemente em todas as instâncias.
Lira ⁹	Análise da Assistência ofertada às gestantes com Doença Falciforme, em Salvador/BA: O Racismo nas Tramas e Enredos das Redes do SUS (2015).	Analisar a assistência ofertada as gestantes com DF em Salvador/BA.	Evidente fragilidade nos sistemas de informação sobre pessoas e gestantes com DF, implicando por sua vez num planejamento por demanda e não baseado em evidências
Guedes ¹⁰ Dária Isaac	Intervenções de enfermagem durante crises algólicas em portadores de Anemia Falciforme (2017).	Evidenciar quais ações e intervenções podem ser realizadas pela equipe de enfermagem a fim de minimizar a dor nesses pacientes.	Os achados revelaram que é necessário ao enfermeiro conhecimento dos processos fisiológicos e da dor, bem como os fatores desencadeantes das crises. A atuação do profissional de enfermagem visa afastar esses fatores desencadeantes de crises, a orientação e educação do paciente e focar onde ocorre a dor, aplicando a intervenção necessária a cada situação.

Bacelar et al ¹¹	Assistência de enfermagem a gestante com Anemia Falciforme (2020).	Apresentar a atuação da enfermagem frente a gestantes com Anemia Falciforme, classificando seus pontos mais importantes através de levantamento bibliográfico.	A gestante com anemia falciforme deve ter o acompanhamento do pré-natal especializado e iniciado o mais precoce possível, de preferência com uma equipe multidisciplinar qualificada para diminuir a incidência e tratar adequadamente as complicações, visando reduzir a mortalidade materna e perinatal.
Dutra ¹² Soares Escobal	A Assistência De Enfermagem No Pré-Natal: Uma Análise Da (Re) Produção Das Políticas Públicas Vigentes (2018).	Conhecer a prática da Consulta de Enfermagem realizada na assistência ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família.	Percebeu-se que as políticas públicas vigentes no município de Pinheiro Machado-RS-Brasil, especificamente a Rede Cegonha, orientam a Consulta de Enfermagem e a assistência ao pré-natal contudo, alguns nós críticos são reconhecidos, fazendo-se necessário uma gestão municipal mais participativa e Reflexiva.
Pereira ¹³ Cruz Passos	Assistência de enfermagem na prevenção de infecções em pacientes falcêmicos (2016).	Identificar os modelos de assistência de enfermagem em detrimento da prevenção de pacientes com Anemia Falciforme.	Para tratar e oferecer uma assistência aos pacientes com anemia falciforme é importante um trabalho multidisciplinar envolvendo todos os níveis de atenção a saúde.

Quadro 1 – Corpo documental acerca da Assistência na Gestação em portadora de Anemia Falciforme.

4 | DISCUSSÃO

A partir dos dados a literatura aponta para números desfavoráveis tanto para gestantes como para os recém-nascidos de mulheres com anemia falciforme, a casuística apresentada nesse estudo mostrou resultados satisfatórios nessa população. Salientado, que a gravidez de pacientes com Anemia Falciforme associa-se com riscos de complicações que necessitam de cuidado imediato e são minimizadas com orientação correta e cuidados médicos precoces. Em seu estudo, Santos¹⁴, comprova que durante o período gestacional, as mulheres portadoras de anemia falciforme possuem risco de pré-eclâmpsia e trombose venosa profunda mais elevada.

Enfatizando as necessidades advindas desse problema é onde a assistência de saúde à gestante com Anemia Falciforme está inserida, Araujo¹⁵, aborda que a doença falciforme não é impeditiva da gravidez, contudo, pelo seu potencial de gravidade, a gestação em pessoas com doença falciforme é considerada de alto risco e, portanto, a gestante e o feto necessitam de atenção muito especial. uma vez que as complicações possíveis para a gestante com anemia falciforme, deve ter o acompanhamento do pré-natal diferenciado e iniciado o mais precoce possível, a realização desse acompanhamento se dá através de uma equipe multidisciplinar qualificada (obstetras, clínicos, hematologistas, enfermeiros, nutricionistas, entre outros) para diminuir a incidência e tratar adequadamente

as complicações visando reduzir a mortalidade materna e perinatal.

Diante de toda a assistência preconizada, a participação da família na assistência pré-natal na maioria das vezes é mínima, o que, a princípio, não parecia ser visto com preocupação pela equipe, a julgar pelos relatos das entrevistadas, que pouco abordaram a temática e pelas observações das consultas, quando não se evidenciou questionamentos e orientações quanto à importância da presença dos familiares no pré-natal, bem como, de alguns consultórios não oferecerem acomodações para os familiares.

5 | CONCLUSÃO

Em virtude das complicações existentes de uma gestação em paciente com anemia falciforme o presente estudo mostrou a importância do pré-natal de alto risco ser realizado adequadamente, para que assim, a enfermagem adentre com seu papel de acompanhamento, esclarecendo dúvidas e auxiliando a gestante durante todo o período. Toda mulher com anemia falciforme, em idade fértil e sexualmente ativa deve ser informada sobre os riscos da gestação, porém, que os riscos serão minimizadas se as mulheres forem bem orientadas a procurarem cuidados médicos precocemente.

É necessário ainda, que a enfermagem esteja sempre atualizada quanto aos fatores de riscos de uma gestação, pois o enfermeiro obtendo um olhar crítico e minucioso a respeito da Anemia Falciforme poderá auxiliar a gestante para uma gravidez tranquila e sem grandes agravantes. Sendo assim, depois de enormes leituras através de estudos científicos acerca do tema, obteve-se um vasto conhecimento sobre a patologia, seus agravantes durante a gestação, baseado no tratamento e nas intervenções de enfermagem frente ao acompanhamento, o que permitiu como ferramenta a elaboração deste estudo.

REFERÊNCIAS

MANFREDINI V, et al. A fisiopatologia da anemia falciforme. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, v. 19, n. 1/2, p. 3-6, 2013.

FLINT J., et al. The population genetics of haemoglobinopathies. *Baillieres Clin. Haematol.* v.6, p. 215-262, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias: Aconselhamento, orientação e informação genética em doença falciforme. SAS (MS): Brasília; 2009.

NOMURA RMY., et al. Resultados maternos e perinatais em gestações complicadas por doenças falciformes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 8, p. 405-411, 2010.

RAJAB KE, Issa A, Mohammed AM, Ajami AA. Sickle cell disease and pregnancy in Bahrain. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;93(2):171-5.

TAVARES DS, et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 31, p. e1255-e1255, 2019.

SANTOS SN, Castro FGS, Pereira, BG. Resultados maternos e perinatais em portadores de anemia falciforme. Revista de Ciências Médicas, v. 14, n. 5, 2012.

MONKEN FV, et al. Situações de urgência na gestante com doença falciforme. Revista medicina Minas Gerais, v. 20, n. S2, p. 73-7, 2010.

LIRA, AS. Análise da Assistência ofertada às gestantes com Doença Falciforme, em Salvador/BA: O Racismo nas Tramas e Enredos das Redes do SUS, Bahia, 2015.

GUEDES, S; Dária, M; Isaac, R. Intervenções de enfermagem durante crises algícas em portadores de Anemia Falciforme. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, pp.327-330, 2017.

BACELAR, LFF et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM ANEMIA FALCIFORME. ÚNICA Cadernos Acadêmicos, v. 3, n. 1, 2020.

DUTRA, C; Soares, MC; Escobal, APL. A Assistência De Enfermagem No Pré-Natal: Uma Análise Da (Re) Produção Das Políticas Públicas Vigentes. Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp, Bajé,p. 405-419, 2018.

PEREIRA, LP; Cruz, RRP; Passos, SC. Assistência de enfermagem na prevenção de prevenção de infecções em pacientes falcêmicos. Revista Repositorio.Bahiana, Bahia, 2016.

SANTOS, ACC. Autocuidado de mulheres grávidas com doença falciforme: construção de um protocolo de enfermagem. 2015.

ARAÚJO, PIC. O autocuidado na doença falciforme. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia, v. 29, n. 3, p. 239-246, 2007.

A IMPORTÂNCIA DO TESTE RÁPIDO REALIZADO PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Data de aceite: 22/01/2021

Vanda Veridiana Cezar Parode

Faculdade Integrada de Santa Maria
Curso de Graduação Enfermagem
Santa Maria

Pré-projeto apresentado como requisito básico para a Avaliação final, Faculdade Integrada de Santa Maria, Disciplina de Metodologia da pesquisa em enfermagem.

RESUMO: Este trabalho tem como base meu estágio de 7º semestre realizado na faculdade integrada de santa maria na unidade básica walter aita mozzaquatro no ano de 2017. Este projeto intitula-se "a importância do teste rápido realizado pelo enfermeiro para diagnosticar a sífilis congênita. A sífilis é sistêmica, bacteriana, exclusiva do ser humano, curável, bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas descoberta em 1905, é transmitida na relação sexual desprotegida e na hora do parto pelo canal vaginal, pode causar parto prematuro, baixo peso no RN, aborto, óbito do feto. Orienta-se o uso de preservativo durante a relação sexual para evitar a recontaminação, a gestante deve realizar o tratamento junto com o parceiro, caso este se negue deve-se realizar a busca ativa e a notificação do caso.

ABSTRACT: This work is based on my 7 th semester internship at the integrated faculty of santa maria in unit 2017 carried out. At the basic health unit walter aita mozzaquatro, this

projeto is entitled "the importance of the rapid test performed by nurses to diagnose congenital syphilis, syphilis is a systemic, curable bacterial infection, exclusive to humans, caused by trepanema palladium, a gram-negative bacterium of the spirochetes group discovered in 1905, is transmitted by unprotected sexual intercourse and during delivery through the vaginal canal, it can cause abortion at the beginning of pregnancy, it cause death to the baby during pregnant, woman and her partner should be treated and guidance on the use of condoms to only the pregnancy, in case of only the pregnant woman doing the treatment should make an active search for the partner for the proper treatment.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada pelo Trepanema Pallidum, uma bactéria gram negativa do grupo das espiroquetas descoberta em 1905 (SOUZA,2005).

A infectividade por transmissão sexual é maior (em 60%) nos estágios iniciais (1º e 2º), e diminui gradativamente com o passar do tempo (3º).

A gestante não tratada ou tratada inadequadamente transmite para o feto por transmissão vertical intra útero 70 a 100% ou pela passagem do canal do parto. A transmissão da sífilis congênita para o feto é influenciada pelo estágio da sífilis da gestante e pela exposição

fetal, o risco é maior nos estágios 1º e 2º, podendo causar abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas, precoces e tardias ou até mesmo a morte do RN.

A sífilis não tratada pode evoluir para estágios que comprometam pele e órgãos internos, como coração, fígado, sistema nervoso central, surdez neurológica e mal formação congênita. (BRASIL, 2006).

Os fatores relevantes na transmissibilidade da sífilis podem estar relacionadas a aspectos sociais, biológicos, culturais e comportamentais que influenciam a ocorrência da doença na população vulnerável (gravidez na adolescência, uso de drogas, baixa escolaridade, múltiplos parceiros, sexo sem o uso de preservativo.). Tendo em vista que a sífilis tem as fases assintomáticas e latente, com uma diversidade de sinais e sintomas que levam a confusão diagnóstica com várias outras doenças, o diagnóstico laboratorial se reveste de grande importância as vezes a única maneira de diagnosticá-la, exames como aos testes treponêmicos: FTA-Abs e TR (teste rápido), são os primeiros a se tornarem reagentes e confirmarem o diagnóstico, podem permanecer positivos mesmo após o tratamento, não são indicados para monitoramento de resposta ao tratamento.

Os testes não treponêmicos: VDRL tornam-se reagente de 1 a 2 semanas após o aparecimento do cancro duro. O resultado expressa em títulos (1:2, 1:4, 1:32, 1:64...) importante para o monitoramento do tratamento pois a queda do título indica sucesso terapêutico. As gestantes devem fazer o TR no 1º, 2º, 3º trimestre. O teste rápido é muito importante para o diagnóstico de sífilis e outras ISTs, pois há parturientes que não realizaram pré-natal ou que não tem acesso ao resultado ou tratamento durante o pré-natal (MIRANDA, et al.2007).

O teste rápido surgiu como forma de detectarção precoce da doença com diagnóstico rápido (em até 15 minutos) contribui para a tomada de decisão clínica imediata quanto a necessidade de tratamento e notificação; maior sensibilidade e especificidade, possibilita a triagem quanto a confirmação da sorologia e monitoramento, controle, tratamento (PINTO, et al.2010). O tratamento na gestante infectada é com penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões UI em cada glúteo) o parceiro da gestante também deve fazer o tratamento para evitar reinfecção pela bactéria. O parceiro muitas vezes se nega a fazer o tratamento a unidade se movimenta para fazer a busca ativa do parceiro para evitar a reinfecção.

O tratamento do RN é ao nascer com penicilina endovenosa, incluindo consultas mensais até o 6º mês e bimensais do 6º ao 12º mês de vida e semestral até 24º mês. Realizar VDRL sérico, com titulação com 1,2,3,6,12,18 e 24 meses de idade ou interrompendo com dois VDRL negativos. Realizar FTA-Abs após 18 meses de idade para confirmação da infecção.

Recomenda-se ao RN o acompanhamento oftalmológico, fonoaudiológico, neurológico, odontológico, dermatológica e de um otorrino semestral por 2 anos. Se os títulos do VDRL estiverem baixando nos primeiros 3 meses e negatvarem entre o 6 a 18 meses de vida, a criança foi tratada de maneira correta.

A reação de Jarisch-Herxheimer é mais comum e pacientes que recebem tratamento na fase secundária da sífilis geralmente vem acompanhada de febre, artralgia e mal-estar, gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de parto pré-termo, pela liberação de prostaglandinas em altas doses (seguir os protocolos para inibição de parto prematuro). Essa reação não configura alergia a penicilina pois a alergia acontece após a 1º dose apresentando exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido que vai regredir após 12 a 24 horas (BRASIL,2006).

1.1 Problema de pesquisa

Quais as evidências estratégicas utilizadas para facilitar a adesão ao tratamento da sífilis congênita no pré-natal?

1.2 Objeto

A prevenção da sífilis congênita por meio do teste rápido na Atenção básica.

1.2.1 Objetivo específico

- Analisar as evidências de estratégias para facilitar a adesão ao tratamento.

1.3 Justificativa

A gestante com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequadamente transmite ao feto por transmissão vertical intra-útero 70 á 100% ou pela passagem do canal do parto. A transmissão da sífilis congênita é por influenciada pelo estágio da sífilis da gestante e pela exposição fetal, o maior risco são nos estágios 1º e 2º, podendo causar abortamento, parto prematuro, manifestações congênitas precoces e tardias ou até mesmo morte do RN (MIRANDA, et al.2007). Os resultados registrados na UBS confirmam a importância do teste rápido para diagnóstico de doenças infectocontagiosas, controle, tratamento adequado, redução de casos de sífilis congênita, redução de IST's.

Após os testes rápidos em gestantes pode-se controlar a transmissão vertical da bactéria *Treponema Pallidum*, observando o comportamento e o controle e a realização da notificação do caso. Observa-se a resistência do parceiro ao tratamento, sendo necessário várias investidas da unidade de saúde para a inclusão ao tratamento, se não tratado acontece a reinfecção da gestante para que isso não aconteça deve-se tratar o casal e diminuir o número de parceiros (PINTO, et al.2014).

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sífilis Congênita

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pela bactéria gram negativa *Treponema Pallidu*, transmitida pela gestante por via intra-útero ou por canal do parto maior

infectividade nos estágios 1º e 2º (BRASIL,2006).

Conforme o Ministério de Saúde a síndrome clínica da sífilis congênita precoce poderá surgir até 2 anos após ao nascimento podendo ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica pelo histórico materno e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo, sendo a maioria das crianças assintomática ao nascimento podendo ter os sinais discretos ou pouco específicos. Necessitando ressaltar exames laboratoriais sendo a base para o diagnóstico da sífilis na criança.

A prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características dessa síndrome são, excluídas outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemóide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia.(BRASIL, 2006)

De acordo com o Ministério de Saúde a síndrome clínica da sífilis congênita tardia surgirá após o 2 anos de idade. Seguindo os mesmos critérios que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Deve-se estar atento na investigação para a possibilidade da criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual. As principais características dessa síndrome incluem: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágadas periorais, mandíbula curta, arco palatino no aprendizado.(BRASIL, 2006)

Define-se natimorto por sífilis todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada. É considerado aborto por sífilis toda perda gestacional, ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor a 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis não foi devidamente tratada durante a gestação.

2.2 Atuação do enfermeiro no tratamento, prevenção e controle da sífilis congênita

A prevenção da sífilis deve ser feita com orientações sobre a doença infectocontagiosa, a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, diminuir o número de parceiros, realizar teste rápido para monitoramento, diagnóstico de sífilis e outras IST's, controle, tratamento adequado, após diagnóstico positivo realizar notificação,

orientar o pré-natal para a gestante e o tratamento adequado, fazer busca ativa do parceiro para aderir ao tratamento se este se negar ao tratamento explicar a necessidade de um tratamento adequado tanto para a gestante como para o parceiro, evitando a recontaminação (BITTENCOURT.2012).

3 I METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Natureza

Será um estudo de revisão integrativa serão necessários recursos, conhecimento e habilidades para planejar a condução desse método (protocolo ou projeto da revisão), conduzir a busca de estudos primários, analisar os resultados e divulgar as evidências encontradas (GALVÃO, et al, 2014). Os métodos de revisão são relevantes tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica e vem oferecendo alguns benefícios entre os quais: identificação de lacunas do conhecimento para investimentos na condução de pesquisas; quadro teórico ou conceitual; exploração de métodos de pesquisa utilizados com sucesso; reconhecimento dos profissionais que produzem na área investigada; além de manter o grupo de pesquisa atualizado, promovendo mudanças na prática clínica, melhorando o resultado.(GALVÃO, 2014).

3.2 Forma de abordagem

Qualitativo: O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem, pensam. (MINAYO, et al, 2007).

3.3 Produção de dados

O projeto de pesquisa trata-se de uma pesquisa qualitativa, estudo de revisão integrativa de literatura utiliza método sistemática e explícito para o desenvolvimento da revisão, desde a etapa de planejamento, de execução até a de apresentação.(GALVÃO, et al, 2014).

* O planejamento remete á necessidade de desenvolver a revisão.

* Na etapa de execução, localizam-se as unidades de análise (estudos primários indexados em base de dados), selecionam-se os estudos, extraem-se os resultados que respondam a pergunta de revisão, avalia-se a força das evidências da produção científica e sintetizam-se o conhecimento. Por fim, para apresentar e divulgar os resultados, compõe-se o relatório e as recomendações e transferem-se as evidências encontradas para a prática clínica. Portanto, a execução do estudo de revisão integrativa deve seguir passos pré-definidos.

* Formulação da pergunta.

* Amostragem.

- * Extração de dados dos estudos primários.
- * Avaliação crítica.
- * Análise e síntese dos resultados da revisão.
- * Apresentação da revisão integrativa.

Serão realizadas buscas bibliográficas de artigos dos bancos eletrônicos disponíveis gratuitos da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura Latino América e do Caribe em Ciências), com o idioma português, a busca será realizada em artigos dos anos de 2005 à 2017 que respondam a questão de pesquisa. **“Quais as evidências estratégicas utilizadas para facilitar a adesão ao tratamento da sífilis no pré-natal?”**

Os descritores que serão utilizados na pesquisa AND “pré-natal” AND “sífilis congênita” e AND “sífilis congênita “AND “teste rápido”; o método de inclusão: Serão selecionados artigos com resumos completos que respondam a questão de pesquisa, disponíveis gratuitamente no banco de dados online; o método de exclusão: artigos que não respondam a questão de pesquisa e com resumos incompletos ou sem resumo. (MARCONI et al,2010).

3.4 Questões éticas

Durante o processo de elaboração do projeto de pesquisa serão considerados os aspectos éticos legais que correspondam as Normas e citações da ABNT NBR 14724 define assim esses modelos de trabalhos acadêmicos documento que apresenta o resultado de estudo, devendo expressar conhecimento do assunto escolhido, que deve ser obrigatoriamente emandado da disciplina, módulo, estudo independente, curso, programa, e outros ministrados. Deve ser feito sob coordenação de um orientador (ABNT/NBR 14724, 2011,P.4) e a Lei nº9.610 de Fevereiro de 1998. “Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Art.1º: Esta Lei regula os direitos autorais, entendendo-se sob esta denominação os direitos de autor e os que lhes são conexos”. Neste estudo serão respeitados os direitos autorais, toda e qualquer produção de um determinado pesquisador. Por isso é preciso seguir os preceitos da Resolução nº 510/15, com o intuito de preservar e respeitar as ideias, os conceitos e as definições dos autores analisadas, as quais devem ser apresentadas e fidignamente descritas e citadas (BRUM et al,2015).

4 | CRONOGRAMA

Etapa/mês	01	02	03	04	05	06
Escolha do tema de pesquisa	x					
Revisão de literatura (bibliográfica)	x					
Justificativa, objetivos, problematização		x				
Metodologia		x				
Coleta de dados						x
Tabulação, análise dos dados e elaboração da síntese					x	
Elaboração da síntese e conclusão da análise dos resultados				x		
Ajustes metodológicos, conceituais e analíticos			x			
Redação final, revisão lingüística; formatação conforme normas da ABNT		x				
Entrega do trabalho final	x					
Preparação para apresentação	x					

5 | ORÇAMENTO

Pessoal:

- Passagens - \$ 400,00;
- Alimentação - \$ 250,00

Material:

- Papel – folha de ofício - \$ 450,00
- Canetas - \$ 50,00
- Datilografia - \$ 150,00
- Xerox - \$ 370,00
- Encadernação - \$ 50,00
- Pastinhas - \$ 40,00

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT.R.R.PEDRON.C.D. **Sífilis:abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal**, J Nurs Health,Pelotas,RS,vol.1, nº2, p.09-17,Janeiro-Junho. 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Diretrizes para controle da sífilis congênita:Manual de bolso.2 ed.** Brasília. 2006. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> acesso em mai. 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretária de saúde. Programa Nacional de DST e Aids.** 2006.

BRASIL, Mikael Lima. et al.**Contribuições da rede cegonha para o acompanhamento do pré-natal por enfermeiras da Atenção Básica.** 2011.

BRUM, Crhis Netto de, et al. **Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento de enfermagem.**2015

GALVÃO, Cristina Maria. Et al. **Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde.**p.55, 2014.

MARCONI, Mariana de Andrade, et al.**Técnicas de pesquisa**, 7 ed.ex.3, p.57, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.**10.ed.ex.1,p.5, 2007.

MIRANDA, Angélica Espinosa. et al. **Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo.** 2007.

NORMAS ABNT. **Regras para TCC e Monografias.** Disponível em : <<https://www.normaseregras.com/normas-abnt/>>. Acesso em: 17 de abr. 2017.

PINTO, Valdir Monteiro. et al. **Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido.** 2014.

SECRETÁRIA DE SAÚDE. **Protocolo gestante com sífilis.** 2006. disponível em:<<http://saude.sp.gov.br/resources/crt/eliminação-do-transmissão-vertical-do-HIV-e-sífilis/eliminação>> acesso em 20 jun. 2017.

SOUZA, Elemir Macedo de. **Há 100 anos a descoberta do Treponema Pallidum.** 2005. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005000600017&script=sci_arttext&lng=pt> acesso em 10 mar. 2017.

CAPÍTULO 14

SUPRESSÃO DA LACTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV PÓS PARTO: VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS DE MÃES

Data de aceite: 22/01/2021

Kivia Kessia Moura de Abreu

Centro Universitário UniFacema
Caxias - MA
<http://lattes.cnpq.br/9711407798471395>

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário UniFacema
Caxias - MA
<http://lattes.cnpq.br/6560552273096253>

Ari Pereira de Araújo Neto

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/5250506586079549>

Carlos Eduardo Pereira Conceição

Hospital Guarás
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/9105670614491869>

Liane Batista da Cruz Soares

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/5465614014176538>

Maria Gizelda Gomes Lages

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí
Teresina - PI
<http://lattes.cnpq.br/3302781322654527>

Simone Nunes Leal Chagas

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/2255138899266626>

Francilidia Oliveira Vitorino de Assunção Conceição

Hospital materno Infantil da Universidade
Federal do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/6527300759392543>

Feliciano Santos Pinheiro

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/2070446441534231>

Ana Maria Almeida Silva Carvalho

Universidade Federal do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/6267012263211531>

Wilma Karlla dos Santos Farias

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/260885340562364>

Christyann Lima Campos Batista

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/2798882196781725>

RESUMO: O aumento exponencial da AIDS entre as mulheres desencadeou o crescimento dos casos de crianças com o vírus, e na grande maioria essa transmissão aconteceu de maneira vertical, onde o vírus é transmitido de mãe para filho durante a gestação, parto ou durante a amamentação, no entanto, a impossibilidade de supressão da amamentação pode trazer sentimentos e experiências negativas para as

mães. O objetivo deste estudo foi descrever as vivências e sentimentos das mães diante da supressão da lactação como estratégia de prevenção da transmissão do HIV/AIDS no pós-parto. Trata-se de uma revisão da literatura, a busca de dados nas bases PubMed, BIREME e CINAHL se deu a partir da estratégia PICO com a associação dos descritores: HIV/AIDS, lactação e Mãe. Dentre as amostras pré-selecionadas foram selecionados um total de 09 publicações. Os resultados foram categorizados para o cumprimento do objetivo proposto, a partir da análise e discussão destaca-se que o processo de supressão da lactação é uma estratégia eficaz na prevenção da transmissão do HIV no pós-parto, entretanto, desencadeia vivências e sentimentos depressivos e depreciativos nas mães afetadas pela supressão do aleitamento materno. Conclui-se que a política que atende o público materno-infantil soropositivo necessita ser revisada para que as necessidades das famílias pobres sejam melhor consideradas, principalmente no contexto psicológico mães afetadas pela supressão do aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/AIDS. Sentimentos. Supressão da amamentação. Transmissão vertical.

SUPPRESSION OF THE LACTATION TO PREVENT THE TRANSMISSION OF HIV AFTER DELIVERY: EXPERIENCES AND FEELINGS OF MOTHERS

ABSTRACT: The exponential increase in AIDS among women triggered the growth of cases of children with the virus, and in the vast majority this transmission occurred in a vertical manner, where the virus is transmitted from mother to child during pregnancy, childbirth or during breastfeeding, in However, the impossibility of suppressing breastfeeding can bring negative feelings and experiences to mothers. The aim of this study was to describe the mothers' experiences and feelings regarding the suppression of lactation as a strategy to prevent the transmission of HIV / AIDS in the postpartum period. This is a literature review, the search for data in the PubMed, BIREME and CINAHL databases was based on the PICO strategy with the association of the descriptors: HIV / AIDS, lactation and Mother. Among the pre-selected samples, a total of 09 publications. The results were categorized to fulfill the proposed objective, from the analysis and discussion it is highlighted that the process of suppression of lactation is an effective strategy in the prevention of HIV transmission in the postpartum, however, it triggers depressive experiences and feelings and derogatory actions in mothers affected by the suppression of breastfeeding. It is concluded that the policy that serves the HIV-positive maternal and child public needs to be revised so that the needs of poor families are better considered, especially in the psychological context of mothers affected by the suppression of breastfeeding.

KEYWORDS: HIV/AIDS. Feelings. Suppression of breastfeeding. Vertical transmission.

1 | INTRODUÇÃO

O vírus do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o causador da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), que ataca o sistema imunológico. A principal célula atingida por esse vírus são os linfócitos T CD4+, na qual é alterado o DNA e com a alteração, o vírus replicasse, onde o HIV faz cópias de si mesmo, com isso, há rompimento

dos linfócitos e o vírus continua a replicar-se levando a uma infecção (AYRES et al., 2014).

A Imunodeficiência Humana tipo 1 (HIV-1), é uma infecção causada pelo vírus, apresenta um vasto aspecto clínico, da fase inicial ao final da doença. Nos infectados que não recebem o tratamento adequado, do contágio à doença evoluem-se por volta de aproximadamente dez anos (MARQUES, 2013). As características nas semanas iniciais após o contágio, é compreendida como infecção aguda, pois nessa fase surgem os anticorpos anti-HIV, que comumente ocorre a partir da quarta semana pós infecção. Nessa etapa, surge a viremia plasmática, que se refere ao indivíduo eminentemente infectante (JOAO et al., 2014).

No início da epidemia do HIV, os grupos contaminados se limitavam a homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, com o correr do tempo esse grupo foi se modificando e hoje tem-se um quadro bem diversificado, passando progressivamente por um processo de feminilização e pauperização, além do entendimento do termo comportamento de risco e não grupo de risco. A feminização incide sobre as gestantes e, assim, sobre parte da população infantil, pois as gestantes infectadas, pela Transmissão Vertical (TV) têm a possibilidade de contaminar o filho durante a gestação, parto e pós-parto, este último, por meio da amamentação (AYRES et al., 2014).

O Brasil conta com uma das políticas públicas de prevenção e atenção às pessoas com HIV/AIDS reconhecida no mundo por sua eficacidade. Essas ações tem resultados positivos, com um grande número de participação de pessoas no enfrentamento ao vírus da AIDS (JOAO et al., 2014). Não se pode deixar de mencionar que o aumento exponencial da AIDS entre as mulheres, desencadeou o crescimento dos casos de crianças com o vírus, e na grande maioria, essa TV, onde o vírus é transmitido de mãe para filho (BRASIL, 2014).

Diante disso, o número de gestantes infectadas é preocupante, pois essa taxa tem aumentado, por exemplo de 2010 para 2015, passando de 2,1 para 2,7. Em contrapartida, o número de crianças menores de 5 anos infectada no mesmo período reduziu de 3,9 para 2,5 casos, correspondendo a 36% nos últimos seis anos, indicando uma diminuição na TV, essa é uma problemática enfrentada, uma vez que a mulher tem uma participação direta na transmissão para crianças através do período gravídico, no parto e no aleitamento. Assim, a taxa de TV do HIV $\leq 2\%$ e incidência de HIV em crianças $\leq 0,3$ caso/1.000 em nascidos vivos (JOAO et al., 2014).

Estima-se que em 50% dos partos de mulheres com o vírus é administrado a zidovudina, e, ainda que existam dificuldades, no Brasil a quantidade de crianças infectadas tem diminuído em virtude de ações assim. Ademais, é sabido que o Brasil possui programa específico de diagnose e recursos terapêuticos de maneira efetiva e gratuita, sendo preconizada a substituição artificial do aleitamento materno a fim de evitar a TV da infecção (BRASIL, 2015).

Neste enfoque estabeleceu-se a problemática: Quais os sentimentos e vivências das mães com HIV/AIDS em relação à supressão da lactação, segundo a literatura? Haja visto,

a possibilidade da TV do HIV pode causar disfunção em processos biológicos, emocionais, psicológicos e sociais nas mães que contraíram este vírus, chegando ao ponto de muitas vezes, interferir na criação do vínculo afetivo com o filho.

Este estudo tem como objetivo geral descrever conforme a literatura as vivências e sentimentos das mães diante da supressão da lactação como estratégia de prevenção da transmissão do HIV/AIDS no pós-parto. Assim, justifica-se esta pesquisa, tendo em vista o elevado número de mães portadoras do vírus HIV/AIDS, tornando-se dessa forma um elevado risco para o aumento do número de crianças infectadas, acreditando-se que através da amamentação a TV ocorrerá.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura, este procedimento foi escolhido por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema “SUPRESSÃO DA LACTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV PÓS PARTO: vivências e sentimentos de mães”.

A revisão integrativa de literatura é um método que traz resultados sistemáticos e combinação de dados da literatura existente, proporcionando maior compreensão do tema de interesse. Sua elaboração está estruturada em seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, pré-seleção e seleção de estudos, categorização dos estudos, análise e interpretação dos resultados, e por fim, a síntese geral do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Esta revisão foi construída a partir da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente (P), Interesse (I), Contexto (Co), respectivamente os acrônimos são: “Mãe” (P); “HIV/AIDS” (I); “Lactação” (Co), onde foi utilizada a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências científicas sobre os sentimentos e vivências de mães com HIV/Aids quanto a supressão da lactação?”

Para a localização dos estudos relevantes, consultou-se por meio de descritores e palavras-chave as bases de dados PubMed da *National Library of Medicine*; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME e composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS, como LILACS, Medline e outros; e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).

Como critérios de inclusão utilizaram-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos últimos seis anos, de 2013 até 2018, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos. A análise para seleção dos estudos foi realizada em duas fases, a saber: na primeira, os estudos foram pré-selecionados segundo os critérios de

inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados.

Na segunda fase os estudos foram analisados quanto ao potencial de participação no estudo, avaliando o atendimento à questão de pesquisa, bem como o tipo de investigação, objetivos, amostra, método, desfechos, resultados e conclusão, resultando em nove (9) artigos que atenderam a questão norteadora e foram adicionados ao estudo.

Na análise e interpretação dos resultados as informações coletadas nos artigos científicos possibilitaram a criação de categorias analíticas que facilitou a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização foi realizada de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo. A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos da pesquisa quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

3 | RESULTADOS

Quanto ao perfil amostral em todos os artigos, os estudos avaliaram as gestantes portadoras de HIV que devem realizar a supressão da lactação como forma de prevenção da transmissão do vírus no pós-parto, no mais, há mães portadoras do HIV descrevendo seus sentimentos de culpa e perda.

Os resultados abordam ainda, os sentimentos de mulheres grávidas portadoras do HIV, relatando como se sentem em relação ao fato de não poder amamentar seus filhos, aderindo à prática da supressão da lactação como forma de evitar a TV ao filho. Os estudos retratam os diversos sentimentos que estas mulheres passam ao longo da sua gestação e após o parto, sendo que grande parte só descobre que são portadoras do vírus quando iniciam seu pré-natal.

Autores e Ano	Título do estudo	Método do estudo	Objetivo do estudo	Conclusão do estudo
Greene et al., 2015	“Por que você não está amamentando?”: Como as mães que vivem com o HIV falam sobre a alimentação infantil em um mundo de “mama é melhor”.	Determinantes Sociais da Saúde da Mulher	Demonstrar uma série de sentimentos sobre não amamentar, equilibrando sentimento de perda e auto-culpa com a visão de responsabilidade e “boa mãe” sob as diretrizes atuais do Canadá.	Embora tenha havido um aumento nos apoios clínicos e sociais disponíveis para as mulheres soropositivas que desejam engravidar, o HIV continua a ter um impacto nas experiências perinatais das mulheres soropositivas.
Kleinübing et al., 2014	Puérperas soropositivas para o HIV: como estão vivenciando a não amamentação.	Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa.	Conhecer como puérperas soropositivas para o Human Immunodeficiency Vírus estão vivenciando ou vivenciaram a orientação de não amamentar.	Sentimentos de tristeza e angústia estiveram presentes nos relatos, entretanto, a decisão de não amamentar está atrelada à proteção e amor pelo bebê. A enfermagem precisa se preparar promover a saúde e a felicidade das pacientes soropositivas, mesmo nas situações mais difíceis e complexas.

MacCarthy et al., 2013	“Eu não me sentia mãe”: o sucesso e os desafios remanescentes para a fórmula exclusiva de alimentação entre mulheres HIV positivas no Brasil.	Estudo qualitativo	Explorar as experiências de mulheres que tentam alimentar exclusivamente com fórmula (EFF) em países com acesso livre e universal à HAART.	As mulheres soropositivas aderiram às diretrizes nacionais que recomendam o FEP; esse fenômeno provavelmente contribuiu para o declínio das taxas de transmissão vertical no Brasil. Apesar desse sucesso, muitas mulheres passaram por desafios com o EFF. Maiores serviços de apoio podem melhorar o Brasil.
Onono et al., 2014	Soroestado e divulgação do HIV: implicações para a prática de alimentação infantil no sul rural de Nyanza, Quênia.	Estudo qualitativo	Determinar os efeitos do conhecimento sobre o HIV/AIDS e outros fatores psicossociais na prática do AME entre mulheres grávidas e puérperas na área rural de Nyanza, no Quênia.	Os profissionais de saúde e conselheiros precisam receber apoio para melhorar as habilidades necessárias para diagnosticar, monitorar e gerenciar aspectos psicossociais do atendimento de mulheres grávidas e soropositivas, incluindo facilitar a revelação a parceiros do sexo masculino a fim de melhorar os resultados de saúde materna e infantil.
Paula et al., 2015	Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamenta.	Estudo qualitativo	Conhecer os sentimentos e as dificuldades de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) frente à não amamentação e à assistência oferecida.	O cuidado a esse grupo específico deve privilegiar uma assistência individualizada que auxilie, especialmente, nos conflitos emocionais no processo da não amamentação, assim como nos problemas mamários.
Rodriguez et al., 2014	Percepção da mulher HIV-positivo acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério: revisão integrativa.	Revisão integrativa	Identificar a contribuição dos estudos envolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção das mulheres HIV-positivo acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério.	Há necessidade de realização de novos estudos, no sentido de aprofundar estas questões que podem contribuir na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.
Tariq et al., 2015	“Dói-me porque, como mulher, você tem que amamentar o seu bebê”: tomada de decisão sobre alimentação infantil entre mulheres africanas vivendo com HIV no Reino Unido.	Estudo qualitativo	Explorar, em detalhes, a tomada de decisões sobre alimentação infantil entre mães vivendo com HIV, com referência específica a mulheres africanas migrantes.	A decisão de evitar a amamentação teve um custo emocional considerável para os participantes. Os profissionais devem estar cientes das dificuldades encontradas pelas mulheres soropositivas para se absterem de amamentar, especialmente as das comunidades africanas migrantes onde a amamentação é culturalmente normativa.
Tuthill, McGrath e Young (2014)	Aspectos comuns e diferenças nas atitudes e práticas de alimentação infantil no contexto do HIV na África Subsaariana: uma metassíntese.	Estudo qualitativo	Identificar temas abrangentes, semelhanças e diferenças nas escolhas de alimentação infantil entre os estudos qualitativos com mães HIV + na SSA.	A consistência de metáforas-chave em diversos contextos geográficos, econômicos e culturais sugere a importância de abordar a alimentação infantil de forma holística, no contexto do conhecimento materno, do apoio à saúde, dos recursos familiares e das expectativas culturais.

Tuthill et al., 2017	Promoção exclusiva da amamentação entre mulheres infectadas pelo HIV na África do Sul: uma intervenção piloto baseada em modelo de Habilidades Comportamentais de Motivação de Informação.	Estudo qualitativo	Projetar e implementar uma intervenção piloto para promover o AME entre mulheres infectadas pelo HIV.	Apoiar o comportamento de amamentação por meio de programas que incluem componentes tanto em nível individual quanto em multi-sistemas direcionados ao papel de profissionais de saúde, família e comunidade que valorizam e apóiam o comportamento de AME.
----------------------	--	--------------------	---	---

Quadro 1 – Distribuição das publicações segundo o autor e ano de publicação, título, método, objetivo e conclusão do estudo.

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador. Caxias-MA, Brasil, 2018.

4 | DISCUSSÃO

Afim de atender o objetivo proposto neste estudo, optou-se em dividir a discussão dos dados em duas categorias onde buscam analisar o processo de supressão da lactação de mães reagente como estratégia de prevenção da TV do HIV no pós-parto, destacando as vivências e sentimentos das mães afetadas pela supressão do aleitamento materno.

Fatores do processo de supressão da lactação de mães reagentes como estratégia de prevenção da TV do HIV no pós-parto

De acordo com Paula et al. (2015) e Tuthill et al. (2017), a amamentação envolve um risco considerável de TV do HIV, mas ao mesmo tempo, a não amamentação representa um risco importante para a sobrevivência e/ou bem estar infantil, sobretudo em países em desenvolvimento. As mulheres que praticam aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses pós-parto têm menor probabilidade de transmitir o HIV aos seus bebês do que as mulheres que praticam a alimentação mista.

Para mais, as atuais diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre práticas de alimentação infantil para mulheres HIV-reagentes, recomendam que em comunidades onde a amamentação é a norma, as mulheres devem praticar Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por 6 meses, seguida pela introdução de alimentação complementar a partir de então (ONONO et al., 2014).

A transmissão do HIV através do leite materno, segundo Tariq et al. (2015), criou-se um dilema para as mães soropositivas, os benefícios da amamentação e os riscos de não amamentar devem ser pesados, considerando o risco de TV do HIV através da amamentação. Embora a amamentação exclusiva seja essencial para o bom desenvolvimento e saúde infantil, a descoberta de que o HIV está presente no leite materno levou a uma reavaliação dos benefícios do aleitamento nos casos de mães HIV-positivo, sendo recomendado como estratégia de prevenção da TV do HIV a suspensão do aleitamento materno.

Nos Estados Unidos, embora a não amamentação tenha sido recomendação padrão nos últimos 30 anos visando evitar a TV do HIV, muitas mulheres optam por amamentar seus filhos. O conflito das mulheres por não poderem proporcionar a seus filhos o leite materno, podem estar associados a outros problemas, como sofrimento psicológico, problemas mamários, culturais e sociais (PAULA et al., 2015).

Kleinübinge et al. (2014) retrata que o Brasil foi um dos pioneiros na implantação de programar medidas que buscava prevenir TV. Um estudo realizado por este autor, revela que na região noroeste da Etiópia mais de 90% de casos de AIDS infantil estava diretamente associado a TV, demonstrando que o tratamento realizado pela gestante soropositiva ao HIV era inexistente ou insatisfatório, sendo os países subdesenvolvidos os mais afetados.

Rodriguez et al. (2014) destacam a presença do déficit de conhecimento da mulher quanto aos seus direitos, dentre estes o sexual e reprodutivo, cuidados no pré-natal, parto e puerpério quando HIV-positivo, bem como o descaso por parte dos gestores públicos e profissionais de saúde, tal realidade obteve mudanças simplórias a partir do ano de 2000, quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que contemplava dentre seus elementos a humanização dos serviços de saúde para mulheres HIV-positivo.

Vivências e sentimentos das mães afetadas pela supressão do aleitamento materno

As mães HIV-positivas sofrem menos quando são aconselhadas e acompanhadas por profissionais da saúde em suas experiências e sentimentos do processo de supressão do aleitamento materno, os sentimentos das mães e gestantes sororreagentes tem impacto positivo com o aconselhamento antes e depois do parto, o que também possibilita a prevenção da TV do HIV de mãe para filho e manutenção da saúde infantil por meio da educação em saúde das mães (MACCARTHY et al., 2013).

Greene et al. (2015) esclarecem que a gestante se confronta com a possibilidade de que a infecção da AIDS se manifeste nela e/ou em seu filho, caso se dê a infecção pela ineficácia das medidas profiláticas tais como: realização de cesárea eletiva, quando a gestante utilizou, profilaticamente, apenas a monoterapia com AZT ou apresente, no último trimestre gestacional uma carga viral desconhecida ou ≥ 1.000 cópias/ml. Diante desta possibilidade de infectar o filho, as expectativas sobre a maternidade diminuem, a sensação de perda da saúde e frustração, resultam num estado de ansiedade, desequilibrando emocionalmente a gestante.

Onono et al. (2014) relatam que as mulheres grávidas que são sororreagentes para o HIV são particularmente propensas ao sofrimento psicológico, até mesmo o surgimento da ideação suicida, particularmente por existir muito estigma e discriminação associados ao HIV/SIDA. Estudos feitos em Angola e Zâmbia estabeleceram que as mulheres que descobrem a infecção por HIV durante a gravidez têm mais probabilidade do que outras de desenvolver desordens afetivas, especificamente depressão e outros distúrbios somáticos

do que aquelas que não têm HIV ou aquelas que sabem do seu estado de HIV antes da gravidez.

Tariq et al. (2015) complementam que a assistência à mulher soropositiva durante a gravidez, deve ser feita por meio de um acompanhamento psicológico ocasionado pela maternidade ou unidade responsável pelo pré-natal, pois trata-se de uma assistência fundamentada na perspectiva da humanização materno-infantil.

Nestes casos, os enfermeiros, responsável pelo início do pré-natal das Unidade Básicas de Saúde, além das orientações e intervenções clínicas segundo os protocolos de saúde, deve promover uma relação interpessoal, baseada no acolhimento das vivências subjetivas positivas e negativas da gestante e encaminha-las para a assistência psicológica (KLEINÜBING et al., 2014).

A finalidade dessa relação, seja pelo aconselhamento ou apoio psicológico, é a promoção de um processo de escuta que favoreça a expressão e elaboração das angústias que emergem em função da descoberta da contaminação por HIV, e, concomitantemente, da possibilidade de transmissão para o filho. Não se trata, então, de estratégias que visem apenas ao convencimento de realização de uma prática profilática para TV ou de autocuidado, o que, muitas vezes acontece, ou, pelo menos, é enfatizado nos serviços de saúde (PAULA et al., 2015; GREENE et al., 2015).

Tuthill, McGrathet e Young (2014), esclarecem que as mães reagentes sentem melancolia e culpa de maneira mais intensa porque acreditam que estão privando seu bebê e sendo privada da dimensão afetiva que envolve a amamentação, pois, social e subjetivamente, a função nutriz do ato de amamentar é ressignificada, satisfazendo não só a fome de alimento, mas, principalmente, a de amor e estabelecimento de um laço fraternal. O ato de cuidar e proteger o filho é também um ato de autoafirmação materna, em tal contexto, a privação dessa função pode ser percebida como um entrave ao vínculo afetivo mãe-filho.

Portanto, Greene et al. (2015) ressaltam a importância dos profissionais de saúde identificarem sinais e sintomas de sofrimento psicológico no início da gravidez de mães soropositivas. Nos países em desenvolvimento, onde o HIV é prevalente, não há profissionais de saúde suficientes e muito menos profissionais de saúde mental para lidar com problemas emocionais na gravidez e após o parto. Este estudo destaca que estas mulheres, no mínimo, precisam ter acesso prioritário ao aconselhamento em saúde mental, integrando ao aconselhamento de rotina a prevenção da TV.

As vivências das mães reagentes, demonstram certa expectativa ansiosa diante dos familiares e amigos, pois estes, se a perceberem em condições de amamentação, sem o fazê-lo, emitem repreensões por sua recusa, o que exige a revelação da soropositividade ou um maior esforço para ocultá-la. Numa e noutra situação, haverá uma condição de ansiedade, todavia a possibilidade de revelação parece intensificar o temor da discriminação, ocasionando uma expectativa negativa sobre o processo de amamentação (Rodriguez et al. (2014).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário examinar mais profundamente os fatores que influenciam a prática do aleitamento materno exclusivo em ambientes com alta prevalência de HIV, incluindo o aconselhamento no acompanhamento de saúde das pacientes HIV positivas, levando mais conhecimento sobre o HIV, antecipações dos estigmas a serem vivenciados no pós-parto, retratando experiências e sentimentos de mulheres que já passaram pelo período pós-parto e supressão da lactação como estratégia de prevenção da TV do HIV, incluindo os aspectos que levam as mães soropositivas ao adoecimento mental.

Independente das políticas para a prevenção da TV, e em particular sobre as melhores práticas de amamentação infantil, as necessidades psicossociais das mulheres grávidas com HIV positiva devem ser consideradas e satisfeitas. A alta incidência de estigma antecipado e sintomas depressivos no pós-parto, evidencia a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e conselheiros, assim, teriam as habilidades necessárias para capacitar as mulheres HIV positiva a escolherem a melhores práticas de alimentação infantil, bem como lidar com as vivências e sentimentos da supressão do aleitamento materno.

As mães com HIV enfrentam diariamente uma diversidade de obstáculos e sentimentos, decorrentes do impacto do diagnóstico, que em alguns casos ocorre durante a gestação ou parto. Em decorrência disso, essas mulheres passam a lidar com muitos acontecimentos em um mesmo período, como assimilar o fato de ser portadora de um vírus incurável, que pode ser transmitido ao seu bebê; decidir sobre a adesão das medidas profiláticas para impedir a TV, além de lidar com os sentimentos que são aflorados devido ao preconceito social conta da doença.

Os sentimentos mais comuns em relação a TV apresentados pelas mães é a insatisfação inicial e frustração em relação a impossibilidade do parto normal, com a indicação de cesariana eletiva, pois o parto natural é percebido como um meio de afirmação e expressão da maternidade, além de ser considerado o mais favorável à recuperação física, no mais, a frustração e culpabilização pela impossibilidade de cura e da amamentação, percebida como fundamental à materialização do vínculo afetivo mãe-filho.

Em relação as vivências e o sentimento de culpa, é importante esclarecer e orientar as gestante e puérperas sobre o fato de que o vínculo afetivo mãe-filho independe do tipo de aleitamento, seja ele natural (seio) ou artificial (mamadeira). Os profissionais de enfermagem são os mais próximos as gestantes, por conta disso, precisam dar um apoio e acompanhamento a estas.

É preciso operacionalizar uma assistência humanizada, que, além das ações clínicas direcionadas à prevenção e tratamento do HIV/AIDS, também enfatize a condição emocional e sociocultural da gestante, afim de amenizar as incertezas e temores em torno de si e do filho. Por tanto, política da supressão da lactação para evitar a TV do HIV

requer revisão, para que as necessidades das famílias pobres sejam melhor consideradas, orientando antes e após o parto quanto aos benefícios e riscos das opções de alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M. et al. **Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, n. 108, 9 jun. 2014.

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.

GREENE, S. et al. “Why Aren’t You Breastfeeding?”: how mothers living with HIV talk about infant feeding in a “Breast Is Best” world. **Health Care Women Int.**, v. 36, n. 8, p: 883-901, 2015.

JOÃO, E. C. et al. Factors associated with viral load suppression in HIV-infected pregnant women in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of STD & AIDS**, v. 23, n. 1, p. 44–47, 2012.

KLEINÜBING, R. E et al. Puérperas soropositivas para o HIV: como estão vivenciando a não amamentação. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 1, p:107-13, 2014.

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos**, v. 9. p. 41- 65, 2013.

MACCARTHY, S. et al. ‘Eu não me sentia mãe’: o sucesso e os desafios remanescentes para a fórmula exclusiva de alimentação entre mulheres HIV positivas no Brasil. **AIDS Care**, v. 25, n. 6, p:726-31, 2013.

ONONO, M. A et al. Soroestado e divulgação do HIV: implicações para a prática de alimentação infantil no sul rural de Nyanza, Quênia. **BMC Public Health**, v. 14, n. 390, 2014.

PAULA, M. G. et al. Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamenta. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 1, p:136-42, 2015.

RODRIGUEZ, M. J. H. et al. Percepção da mulher HIV-positivo acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 10, p:3492-501, 2014.

TARIQ, S. et al. "Dói-me porque, como mulher, você tem que amamentar o seu bebê": tomada de decisão sobre alimentação infantil entre mulheres africanas vivendo com HIV no Reino Unido. **Sex Transm Infect.**, v. 92, n. 5, p:331-6, 2015.

TUTHILL, E., MCGRATH, J., YOUNG, Y. Pontos comuns e diferenças nas atitudes e práticas de alimentação infantil no contexto do HIV na África Subsaariana: uma metassíntese. **AIDS Care**, v. 26, n. 2, 2014.

TUTHILL, E. L. et al. Promoção exclusiva da amamentação entre mulheres infectadas pelo HIV na África do Sul: uma intervenção piloto baseada em modelo de Habilidades Comportamentais de Motivação de Informação. **Nutr de Saúde Pública**, v. 20, n. 8, p: 1481-1490, 2017.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA FRENTE AO CORONAVÍRUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Thaís Emanuele da Conceição

Residente de Enfermagem em Neonatologia pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira FIOCRUZ
Rio de Janeiro /RJ
<http://lattes.cnpq.br/0471891460781813>

Danielle Bonotto Cabral Reis

Enfermeira Neonatologista da UTI Neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) /FIOCRUZ
Doutoranda em Ciências no IFF/FIOCRUZ
Rio de Janeiro /RJ
<http://lattes.cnpq.br/1643975938106451>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência vivenciada durante a prestação de cuidados de enfermagem voltados a pacientes neonatos no contexto pandêmico da Covid-19 no Rio de Janeiro. Metodologia: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de Março a Abril de 2020, desenvolvido em um hospital da rede federal, especializado no atendimento de pacientes com doenças complexas. Resultados: Confirmar a importância da atuação profissional do Enfermeiro no contexto da COVID-19 trouxe experiências marcantes e constatações necessárias no que tange à segurança da equipe de enfermagem

durante a realização da assistência no ambiente de trabalho. Conclusão: Torna-se necessário que a equipe de enfermagem, esteja capacitada tecnicamente quanto à temática para que haja segurança tanto para o profissional quanto para o paciente durante a prestação de cuidados, visando uma melhor qualidade na assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Infecções por Coronavírus; Pandemia COVID-19.

THE NEONATOLOGIST NURSE'S ACTION BEFORE CORONAVIRUS: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: To communicate an experience lived during the provision of nursing care for neonatal patients in the pandemic context of Covid-19 in Rio de Janeiro. Methodology: Descriptive study, of the experience report type, developed from March to April 2020, developed in a federal hospital, specialized in the care of patients with complex diseases. Results: Confirming the importance of the nurse's professional performance in the context of COVID-19, brought remarkable experiences and necessary findings regarding the safety of the nursing team during the performance of assistance in the work environment. Conclusion: It is necessary that the nursing team is technically trained on the subject so that there is security for both the professional and the patient during the provision of care, especially a better quality of care provided.

KEYWORDS: Nursing Care; Neonatal Nursing; Coronavirus Infections; COVID-19 Pandemic.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, os coronavírus (CoV) são uma grande família viral, conhecidos desde meados dos anos 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais.

Sete coronavírus humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2).

Esse novo vírus é responsável por causar a doença COVID-19, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China (BRASIL, 2020).

Com o avanço inesperado da curva de contágio, em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de importância internacional, sendo este o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional e em 11 de março de 2020, aproximadamente dois meses após, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, cujo nível de acometimento já chegava ao Brasil (BRASIL, 2020).

Visando quebrar a cadeia de transmissão, cuja principal forma é através do contato de uma pessoa doente ou assintomática para pessoa sã ou por contato próximo por meio de aperto de mão, saliva, tosse, espirro e objetos contaminados, órgãos nacionais e internacionais estabeleceram medidas importantes, como isolamento social, a fim de, evitar aglomerações em locais públicos ou privados, higiene constante das mãos, utilização de álcool gel a 70% e uso de máscaras, além de orientações a respeito de atendimento hospitalar em caso de qualquer sintoma respiratório, como tosse, febre e/ou dificuldade para respirar (BRASIL, 2020).

Além disso, alguns grupos populacionais foram considerados mais vulneráveis para a infecção COVID-19, dentre eles os idosos, as pessoas com doenças crônicas ou imunossuprimidas, os profissionais da saúde, gestantes e os recém-nascidos (BRASIL, 2020).

Os recém-nascidos são mais vulneráveis por possuírem sistema imunológico imaturo, característica da fase de desenvolvimento na qual se encontram (RONDELLI et al., 2020). Com isso, há preocupação destes, serem infectados pelo vírus SARS-CoV-2 e desenvolverem formas graves da doença, requerendo suporte de saúde em unidades de terapia semi-intensiva ou intensiva.

Os serviços de atenção obstétrica e neonatal são considerados essenciais e, portanto, é indispensável que profissionais que atuam no cuidado, estejam atualizados e treinados para tomada de decisões daqueles com suspeita ou infecção confirmada por

SARS-CoV-2 (RONDELLI et al., 2020; GREBINISKI et al., 2019).

Diante disso, os profissionais de saúde, tornaram-se peça chave na prevenção e no combate à doença, principalmente no que diz respeito à área da pediatria em especial na neonatologia e no manejo de recém-nascidos filhos de mulheres com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção para a COVID-19, com destaque para a enfermagem, cuja presença na linha de frente é fundamental para a realização destes cuidados.

A equipe de enfermagem destaca-se no manejo das tecnologias em saúde e da assistência prestada aos pequenos pacientes, uma vez que, possui habilidades técnicas e domínio científico para o cuidado ininterrupto e integral aos RN de risco admitidos nestas unidades. Logo, o trabalho da enfermagem deve desdobrar-se em saberes individuais e coletivos nos domínios do conhecimento, experiências e competências de seu escopo profissional, a fim de favorecer a qualidade do cuidado tão peculiar prestado na terapia intensiva neonatal (GREBINISKI et al., 2019). Com isso, tal estudo teve como objetivo descrever a experiência vivenciada durante a prestação de cuidados de enfermagem dispensados à pacientes neonatos no cenário da Covid-19 no Rio de Janeiro.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de março a abril de 2020, desenvolvido em um hospital da rede federal, especializado no atendimento de pacientes com doenças complexas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O mundo estava vivendo uma situação de calamidade inesperada. Diversos países notificavam e publicavam dados assustadores tanto de casos suspeitos e confirmados como de óbitos e de forma cronologicamente rápida, era a vez do Brasil, evidenciar seu primeiro caso confirmado de COVID-19, que ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 através de um viajante que retornou da Itália para São Paulo (DELATORRE et al., 2020).

No momento em que o Ministério da Saúde notificou que havia a presença do vírus em território nacional através da evidência de pessoas infectadas pela doença, ou seja, apresentando sintomas respiratórios agudos graves com necessidade de ocupação em leitos de Unidade de Terapia Intensiva, diversos hospitais tiveram que criar e utilizar planos de emergência para que houvesse atendimento a esses pacientes.

Especificamente, no Rio de Janeiro, redes de referência foram identificadas e estruturadas de acordo com a especificidade dos doentes, apesar do pouco conhecimento que se tinha da doença no momento da identificação dos casos.

Neste cenário caótico entraram os profissionais de saúde que, de forma excepcional, se dispuseram, claro, pondo em prática o juramento da profissão, a trabalhar na linha de frente no combate à doença, mas para que tal ato pudesse ser feito, foi necessário

que houvesse uma estrutura adequada para o trabalho, e com isso, diversas diretrizes ministeriais e documentos de órgãos regulamentadores foram criados e disponibilizados para a adequação dos ambientes de trabalho.

Com ênfase na equipe de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem publicou, em março deste ano, manuais que estabelecem medidas para adequar à assistência de enfermagem à crise e trazer mais segurança aos profissionais como recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual em cada ambiente de trabalho (COFEN, 2020).

Com relação à prática, treinamentos sobre a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e orientações quanto à prestação da assistência de enfermagem foram realizados, de forma a dar continuidade à sistematização da assistência, então, no que tange ao hospital referenciado, foram estruturados ambientes específicos contendo local para higiene das mãos, com pia de acionamento automático, disponibilidade de água e sabão, treinamento de paramentação, desparamentação e descarte adequado dos equipamentos utilizados, organização de local para atendimento ao paciente internado em isolamento com materiais à disposição da equipe, tais como: mesa, cadeira, telefone fixo e computador para o preenchimento dos dados relacionados aos pacientes, como: prontuário médico, balanço hídrico, folhas de evolução de enfermagem e demais, banheiro para o profissional realizar a higiene corporal pós-atendimento.

A UTI direcionada, ou seja, a área de isolamento foi equipada com incubadoras aquecidas, que proporcionam ambiente termoneutro ao recém-nascido (RN); monitor multiparamétricos, capaz de sinalizar dados de saturação venosa de oxigênio através do oxímetro de pulso, frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial invasiva e não invasiva; redes de oxigênio e outros gases; sistema de vácuo; bombas de infusão volumétrica; ventiladores mecânicos e equipamentos para ventilação invasiva e não invasiva, tais como: circuitos de ventilação específicos, tubos orotraqueais, laringoscópio e lâminas de tamanhos diversos, materiais para aspiração de vias aéreas, tanto superiores quanto inferiores, água estéril para umidificação do ventilador mecânico e demais; carrinho de parada e reanimador manual; fraldas descartáveis, lençóis de cama e materiais de higiene para banho de aspersão, quando indicado e necessário, materiais para administração de dietas via oral e para realização de procedimentos invasivos, como punção de acesso venoso periférico e etc.; e portas de acionamento manual e automático.

De fato, prestar tal atendimento tornou-se muito mais do que um ato heroico, uma evidência de realização profissional e satisfação pessoal que, por trás do romantismo evidencia a realidade, hoje, descrita de forma sofrida, mas realista, daqueles que mudaram sua rotina.

Gorro, óculos, máscara, proteção facial, luva de procedimento dupla, capote impermeável e sapato fechado, essa tem sido a lista diária utilizada nos serviços de saúde, equipamentos que antes eram utilizados de forma natural, mas que agora trazem marcas

talvez irrecuperáveis, como a máscara N95/PPF2 ou equivalente que além de aderir ao rosto marca o medo no olhar, tanto pelos pacientes quanto por seus próprios familiares, abdicando da presença como uma forma de zelo ao próximo ou o capote impermeável que no momento tem substituído o jaleco com o nome, fazendo com que todos os profissionais passem a não ter identidade e como não citar a proteção facial, “*face shield*”, tão necessária atualmente.

Após toda a paramentação, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem só se deslocava do ambiente depois de seis horas de atendimento, a depender do protocolo institucional, não sendo possível o deslocamento para ingesta de água ou idas ao banheiro, uma forma de proteger o trabalhador.

Passadas as horas, ocorria um rodízio com intuito de dar continuidade ao cuidado de enfermagem e descanso à equipe, que consegue realizar suas necessidades básicas, como alimentação e demais.

O momento da retirada dos EPIs tem sido evidenciado pelas autoridades de saúde como crítico e maior risco de contaminação (ANAMT, 2020), portanto, com o intuito de diminuir o risco ocupacional, estratégias foram criadas, como protocolos institucionais baseados em notas técnicas de órgãos públicos (FIOCRUZ, 2020), que trazem como foco prioritário, a higienização das mãos, assim, tais medidas vêm sendo realizadas no local descrito.

Apesar dos casos admitidos no nosso serviço terem sido considerados casos leves a moderados, com somente um caso com necessidade de intubação orotraqueal, o que mais impactou em nossa rotina foi a tensão no momento da paramentação e desparamentação, principalmente pelo alto risco de contaminação, no manejo deste RN durante sua internação e a ansiedade por parte da equipe nos resultados dos exames comprobatórios para a COVID-19, tanto da mãe quanto do bebê.

Outra inquietude vislumbrada pela equipe foi à separação momentânea entre mãe e filho, visto que nos encontrávamos em uma unidade amiga da criança, onde o contato pele-a-pele nos primeiros momentos de vida e o aleitamento materno exclusivo, são rotina em nossa vivência, e estes não eram possíveis naquele momento devido às circunstâncias, então, estes ficavam separados até que os exames comprobatórios para a COVID-19 fossem negativos (foram considerados para o diagnóstico, três amostras de material coletados da orofaringe do binômio, em dias consecutivos) e não colocasse em risco a vida de ambos.

Além disso, com relação ao aleitamento materno no ambiente hospitalar, algumas referências defendem que deve ser mantido em casos de suspeita ou confirmação da infecção materna, desde que a mulher apresente o desejo de amamentar e que esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo ou solicitam que seja adiada até que sejam estabelecidas as medidas de proteção da contaminação do RN (RONDELLI et al., 2020).

Por se tratar de um hospital amigo da criança, o recém-nascido recebia a dieta

através do copo ou via sondagem orogástrica, com leite proveniente do Banco de Leite Humano, até que ambos pudessem ter contato e que o aleitamento materno fosse implementado, prática essa executada pelo enfermeiro.

Até o momento obtivemos êxito em todos os bebês internados em nosso serviço, cujas mães tiveram exames positivos para a COVID-19, sem complicações para os recém-nascidos.

Tal assunto ainda carece de esclarecimentos acerca dos impactos causados no organismo humano, principalmente de recém-nascidos e lactentes, porém, fica evidente que uma assistência de enfermagem prestada com qualidade, zelo e dedicação têm se mostrado eficaz no combate à doença e recuperação dos acometidos.

Como limitação deste estudo não foi possível descrever a experiência de demais profissionais da equipe multidisciplinar devido ao foco desta investigação, mas que trariam contribuições significativas à temática. Com isso, sugere-se que haja pesquisas em tais áreas, a fim de, expandir o conhecimento.

Este estudo pode contribuir para uma melhor assistência de enfermagem nos serviços de atenção ao RN/lactente exposto ou diagnosticado com a doença e proporcionar aos profissionais envolvidos um direcionamento e incentivo à prestação de cuidados com zelo pela própria saúde.

4 | CONCLUSÃO

Posto isso, vê-se que é primordial que os profissionais atuantes neste contexto pandêmico, em especial a equipe de enfermagem, esteja capacitada tecnicamente e resguardada em relação ao uso eficaz dos EPI, necessários para que haja segurança tanto para o profissional quanto para o paciente, visando uma melhor qualidade na assistência prestada.

Esclarecer dúvidas, minimizar tensões e ansiedades da equipe, em especial do enfermeiro que prestará o cuidado neste momento são ferramentas fundamentais para que o processo do cuidado possa ocorrer de maneira mais segura e eficaz possível.

As observações descritas neste relato são passíveis de mudanças, visto que, pesquisadores de diversas instituições de cunho nacional e internacional tem se debruçado em estudos sobre o comportamento e as repercussões desta patologia em gestantes, puérperas e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

AMANT. Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Brasil). **Especial Coronavírus (COVID-19)** [Internet]. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2020/05/12/profissionais-de-saude-enfrentam-o-medo-de-contaminacao/>.

BRASIL. **Coronavírus (COVID-19)** [Internet]. In: **Ministério da Saúde (Brasil)**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>.

_____. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)** [Internet]. In: Ministério da Saúde (Brasil), Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

_____. **Plano Estadual de Contingências em Saúde Pública** [Internet]. In: Ministério da Saúde (Brasil). Portal da Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-MINAS-GERAIS-EM-REVIS--O.pdf>.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). **Recomendações gerais para os serviços de saúde e preparo das equipes de enfermagem** [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cofen_covid19_comp.pdf.

DELATORRE E., MIR D., GRAF T, BELLO G. **Tracking the onset date of the community spread of SARSCoV-2 in Western Countries** [Submitted]. Mem Inst Oswaldo Cruz E-pub: 24 Apr 2020. Doi: 10.1590/0074-02760200183.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz (Brasil). **Paramentação e Desparamentação dos Profissionais de Saúde em tempos de pandemia de COVID-19** [Internet]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-coronavirus-sequencia-correta-na-paramentacao-dos-profissionais-de-saude/>.

GREBINISKI, A. T. K. G. et al. **Carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em terapia intensiva neonatal. Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 1, fev. 2019. ISSN 2357-707X. doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1468.

RONDELLI G, JARDIM D, HAMAD G, LUNA E, MARINHO W, MENDES L et al. **Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção COVID-19: uma revisão sistemática**. DRIUFT [Internet]. 22 de abril de 2020 [citado 19º de maio de 2020];7 (Especial-3):48-4. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8943>.

CAPÍTULO 16

CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 04/11/2020

Arthur Galvão Rodrigues Costa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/2979382492455915>

Suelen Laíse Pereira Lima

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/0467181451074978>

Karen Rayane Brito Torres

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/1375928533291420>

Thiago Borba Guimarães

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/7906349438648403>

Maria Amália dos Santos Alencar Amariz

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6000340609677534>

Eldyr Sandro Gomes de Arruda Filho

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6713698132579052>

Pedro Lucas de Sousa Tavares Viana

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
(FCM-PB)

João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/1450745440741400>

RESUMO: O trabalho versa sobre a análise de parte relevante das produções científicas acerca do cuidado à criança prestado na atenção primária à saúde. Trata-se de um resumo bibliográfico, básico, qualitativo, exploratório e histórico, com dados coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com amostra final de 42 artigos científicos. Os achados incluíram a qualidade de vida, o modelo de cuidado, o atendimento na atenção primária, a violência na atenção primária, a promoção e a prevenção como pontos importantes para discussão. A temática tem grande relevância para o cuidado à população pediátrica, devido a sua vulnerabilidade e necessidade de maior assistência, abordando diversos benefícios, como a busca por estratégias mais efetivas, no âmbito da atenção primária, para o estabelecimento do cuidado e da melhora na educação à saúde infantil, em virtude dos obstáculos encontrados nos modelos vigentes. Concluiu-se que, o Brasil possui diversas dificuldades que influenciam no atendimento à criança, contudo possui serviços, como a puericultura e outros programas de promoção e prevenção à saúde, sendo necessário investir na criação de estratégias de natureza diversa para garantir a efetividade do cuidado na rede de atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde,

CHILD CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The work deals with the analysis of a relevant part of scientific productions about child care provided in primary health care. It is a bibliographic, basic, qualitative, exploratory and historical summary, with data collected at the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), with a final sample of 42 scientific articles. The findings included quality of life, the care model, primary care, violence in primary care, promotion and prevention as important points for discussion. The theme has great relevance for the care of the pediatric population, due to their vulnerability and the need for greater assistance, addressing several benefits, such as the search for more effective strategies, in the scope of primary care, for the establishment of care and improvement in education child health, due to the obstacles found in the current models. It was concluded that Brazil has several difficulties which influence the care of children, however it has services, such as childcare and other health promotion and prevention programs, being necessary to invest in the creation of strategies of different nature to guarantee the effectiveness of care in the primary care network.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Profile, Population.

1 | INTRODUÇÃO

A atuação da atenção básica, que se responsabiliza por promover a saúde das mais diversas maneiras, enxerga o indivíduo em sua singularidade e integra o corpo de saúde e a família, em busca de efetivar a resolução das eventuais problemáticas em saúde enfrentadas pela população. É válido ressaltar que materialização desse setor ocorre com o trabalho executado na atenção primária à saúde, que está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi implementada na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela trás uma nova perspectiva para os cuidados aos indivíduos, amplificando a qualidade de vida. (ARAUJO *et al.*, 2018)

O incentivo à progressão do bem-estar no cenário da APS é estabelecido pelas proposições que asseguram como fundamento o acesso aos serviços de maneira legítima, através do desenvolvimento de ações educativas que possam interferir na impulsão à saúde, na tentativa de suscitar a qualidade de vida, estimulando a participação da população e modulando o controle social. (BRASIL, 2007)

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode apresentar diferentes modelos nos serviços de saúde à população assistida. Tal análise toma por base os indicadores de qualidade, que são ferramentas de monitoramento do governo federal. No entanto, as unidades de saúde da família (USF), sejam elas, unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e/ou mistas, devem contemplar em conjunto, várias ações e serviços, entre eles o cuidado à população infantil. Como cada criança possui individualidades, estas necessitam de respeito e assistência durante o acolhimento e consulta pelos profissionais da APS. (SANTOS *et al.*, 2018)

Dentro desse panorama, é evidente a primazia da criança no setor das políticas públicas de saúde no Brasil. Em diversos âmbitos, a população infantil sempre demonstrou necessidades especiais devido a sua vulnerabilidade, de forma que, à nível da atenção primária, a forma de cuidado implica diretamente na qualidade de vida, na promoção à saúde e na prevenção de doenças. Diante disso, houve um acentuado reconhecimento da criança, pelas políticas públicas, como portador de direitos, sobretudo no padrão de atendimento diferenciado. É válido destacar, ainda, a apuração na supressão de necessidades do público infantil, o que gera impacto no aumento do número de internações por condições sensíveis à atenção primária. (CAMELO; REHEM, 2019; SANINE *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018)

A atuação das equipes na APS promoveu grande avanço neste cenário, a exemplo da melhoria dos indicadores de saúde, abrangendo o alcance de vacinação, da diminuição da mortalidade de crianças, da maior acessibilidade dos serviços de saúde, do aumento do aleitamento materno e do decaimento da desnutrição, promovidos por um crescimento econômico e por planos governamentais como o Bolsa Família. Na atenção à saúde da criança, principalmente na básica, por meio do acesso às consultas de pré-natal, do acompanhamento do recém-nascido em centros de saúde, das orientações alimentares, da suplementação de sulfato ferroso, do saneamento básico e do calendário vacinal, foi possível verificar esse progresso. Durante o decurso desse avanço, observou-se também a chegada de novos desafios. (ANDRADE *et al.*, 2016; BRANQUINHO; LANZA, 2018)

Nesse panorama, é necessário evidenciar a cooperação entre a equipe de saúde e a família para suscitar o compartilhamento de saberes, acordando as decisões que serão tomadas durante as intervenções em saúde. É possível afirmar, sobretudo, que estabelecer vínculo entre os profissionais, os usuários e suas famílias é uma estratégia confiável para cumprir a reparabilidade de maneira factual. (YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018)

As ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde podem favorecer a atenção integral à criança, tanto que, algumas normas também foram adotadas para que a população infantil com necessidades especiais conseguisse maior interação e comprometimento nos seus respectivos tratamentos. Um exemplo está na utilização de ferramentas de manejo para uma excelente abordagem comportamental, como uso de música, em busca de fazer crianças com Síndrome de Down aceitarem tratamentos e meios de prevenção. (FERREIRA *et al.*, 2016)

Ante o exposto, esta temática foi delineada para o estudo devido a sua relevância e ao interesse despertado pela investigação acerca dos aspectos envolvidos no cuidado à população pediátrica. Tem grande importância devido à vulnerabilidade da população em análise e aos benefícios que a compreensão desse tema pode trazer para o atendimento e acompanhamento especializado dessa parcela significativa da população, na esfera da saúde. Além de optar pela busca por uma estratégia mais efetiva no âmbito da atenção primária, no processo de cuidado e educação à saúde infantil, devido às dificuldades

encontradas nos modelos vigentes. Por fim, o estudo tem como objetivo analisar a produção científica acerca do cuidado à criança prestado na atenção primária à saúde.

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo básico, qualitativo, exploratório, histórico, do tipo revisão bibliográfica de literatura. Foi iniciada em março de 2020, no momento em que, questionou-se: qual a caracterização do cuidado à criança no âmbito da atenção primária à saúde?

A busca por fontes para a construção do estudo foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Primeiramente, foi utilizado o banco de unitermos: Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (MeSH), para definir os descritores: “atenção primária à saúde”, “perfil de saúde” e “população”. Em seguida, os descritores foram associados ao operador OR: “atenção primária à saúde” OR “perfil da saúde” OR “população”. Foram identificadas 4.226.979 fontes nesta etapa.

Com a finalidade de refinar o resultado, foram aplicados critérios de elegibilidade, onde iniciou-se com a inclusão no estudo dos seguintes filtros: artigos com texto completo online, a partir da seleção da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) como base de dados, colocando como assunto principal atenção primária à saúde, qualidade de vida e promoção da saúde, em limite de situação relacionada a criança, no idioma português, publicados nos últimos cinco anos (2015-2020). Foram obtidos como resultado um total de 100 artigos.

Em seguida, os artigos selecionados tiveram lidos seus títulos e resumos, de maneira que, foram excluídos: 31 por duplicidade e 27 por fuga temática. Em relação aos 27 estudos que fugiram ao tema, foram excluídos por abordar os seguintes assuntos: (1) adolescente; (1) megaeventos esportivos; (1) construção e validação da tecnologia para acompanhamento infantil; (1) projeto Sonhar, Acordar, Contribuir e Integrar (SACI); (4) hospitalização/internação; (3) educação em saúde; (1) comunidade; (1) cárie; (2) inclusão social; (1) mulheres e idosos; (1) hiperidrose em adultos; (1) questões socioeconômicas e sanitárias no Brasil; (1) taxas de puericultura; (2) medicamentos; (4) equipe de saúde bucal; (1) tuberculose e (1) adultos e idosos.

O corpus amostral da pesquisa foi delimitado com 42 artigos, que foram lidos em sua integralidade e organizados em planilhas do Microsoft Word, para análise temática.

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo, por ser de revisão, não será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), porém todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, pela privacidade

e pelo sigilo, quando necessários. Não houve discriminação na seleção dos indivíduos, nem a exposição a riscos desnecessários. Os benefícios dessa pesquisa estão ligados ao aprofundamento em relação aos modelos que podem oferecer melhor atendimento e cuidado às crianças, no âmbito da atenção primária à saúde.

3 | SAÚDE DA CRIANÇA

No âmbito da saúde da criança, o principal documento de acompanhamento do cuidado é a Caderneta de Saúde da Criança. Sua correta suplementação é de suma importância, visto que ela alimenta os Sistemas de Informação em Saúde, que subsidiam as decisões de gestores e direcionam o curso das políticas de saúde a serem traçadas. O método de preenchimento feito em papel aponta deficiência do cuidado na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que afeta o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Nesse sentido, pode-se observar uma negligência dos profissionais de saúde, que acabam fazendo o preenchimento seletivo das informações acerca dos usuários infantis, o que prejudica a análise sobre a efetividade do supracitado crescimento infantil. Faz-se necessária, portanto, uma melhor organização dos registros de saúde pessoal, sendo aplicados métodos e técnicas que facilitem esse processo. (AMORIM *et al.*, 2018)

A fragilidade no acompanhamento encontra-se pautada em fatores que vão além da alimentação insatisfatória das informações no cartão da criança. Os outros desafios encontrados na APS vão desde a não-adesão de médicos em municípios de menor porte até a especificação do atendimento a criança em determinadas unidades. Contudo, isso tem sido reduzido com os apoios criados junto à estratégia saúde da família (ESF). A ESF tem como objetivo amplificar a cobertura de atendimento, no entanto, faz-se necessário o aumento dos investimentos no âmbito de qualificação do cuidado, especificamente, no acompanhamento materno e na vacinação, assim como em ações preventivas, como o incentivo ao aleitamento materno e nutrição saudável. Diante dessa conjuntura, é necessário destacar que garantir a saúde dos cuidadores é também assegurar a qualidade de vida das crianças que estão sob sua tutela. (SANINE *et al.*, 2018)

Ainda no que se diz respeito ao acompanhamento, é preciso analisar a constante mudança do perfil epidemiológico, já que as políticas de saúde dependem diretamente desse perfil, para que as ações preventivas se adaptem e o “diagnóstico de saúde” daquela população mantenha-se sempre atualizado e orientado frente às demandas das crianças. Nesse contexto, nota-se uma persistência de doenças sensíveis ao nível da atenção primária. Dentre as internações infantis, verifica-se alta frequência daquelas por problemas como asma e pneumonias bacterianas, que são passíveis de enfrentamento pela Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, de acordo com o exposto, medidas de promoção à saúde devem ser melhor implementadas na atenção básica, em busca de reduzir os gastos com

internações de elevados custos clínicos, buscando, dessa forma, um acompanhamento devido e uma profilaxia pertinente. (BRANQUINHO; LANZA, 2018; CAMELO; REHEM, 2019)

Apesar das problemáticas, nesse contexto, é possível indicar progresso, visto que a mortalidade proveniente de várias doenças passou por um estado de declínio em crianças menores de cinco anos de idade no Brasil, enfermidades estas relacionadas à diarreia aguda e infecção respiratória aguda. A explicação para a queda quantitativa está nos avanços conquistados na área de saúde com mais investimentos e comprometimento dos profissionais da atenção básica. (GOMES *et al.*, 2016)

É notória, portanto, a necessidade do comprometimento profissional e a compreensão da diferença na manifestação de doenças em crianças e em adultos, de forma que, é de grande valia a organização de políticas públicas direcionadas à saúde infantil para doenças consideradas normais nessa faixa etária. Além disso, é interessante o aprimoramento dos métodos diagnósticos, através do uso de novas tecnologias para tratamento, levando em conta a velocidade de desenvolvimento e da inovação. Dessa forma, pode-se contribuir com a manutenção da integridade física e psicológica do enfermo. (VICENTINI *et al.*, 2015)

No que se refere à integridade psicológica, é crucial analisar a prevalência dos problemas de saúde mental na infância, visto que existe um alto grau de limitação funcional causado por eles. Nesse contexto, é válido destacar que o pediatra segue sendo o profissional mais procurado em caso de problemas de saúde mental, o que demonstra uma falta de atendimento em serviços especializados, e conseqüentemente, diagnósticos e tratamentos imprecisos dos problemas de saúde mental na infância. A problemática, de acordo com esse cenário, é assentada levando em conta que é necessário diagnosticar especificamente para estabelecer o tratamento e, assim, melhor curso e prognóstico. (FATORI *et al.*, 2018)

4 | QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida infantil está relacionada diretamente com a alimentação e nutrição adequadas, que são fundamentais para garantir a manutenção da saúde, favorecendo o desenvolvimento e crescimento da criança. Sendo assim, a má ingestão de alimentos influenciada pelas culturas internacionais, desencadeiam agravos de saúde e, em casos mais graves, o aumento dos índices de mortalidade infantil. Nesse sentido, é possível afirmar, ainda, que em um contexto de atenção básica, a figura materna é considerada como a principal responsável pelo cuidado da criança e sua alimentação, assim os profissionais devem orientar as mães, de maneira sutil, sobre a devida alimentação a ser fornecida para a criança desde o primeiro ano de vida, o que facilita a estabilidade de vínculo com o profissional responsável e a continuidade do acompanhamento da criança na atenção básica. (MOURA *et al.*, 2015)

Ainda sobre as questões nutricionais, a problemática envolve a prevalência de obesidade durante a infância, que está relacionada com o modo de vida contemporâneo, em que houve mudanças nos padrões alimentares da população. Frente a essas mudanças no padrão de vida, a ascensão das doenças respiratórias, em especial a asma, também afetam a qualidade de vida na infância, visto que são doenças preponderantes nessa etapa da vida. Em face a essa realidade, é admissível a necessidade de uma intervenção conjunta a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças, algo possível de ser encontrado na Atenção Primária, que tem seus serviços voltados à coordenação do cuidado e à resolatividade. (MORISHITA; STRUFALDI; PUCCINI, 2015)

Em somatória, é válido pontuar que a atenção primária visa, principalmente, o nível de prevenção primária, em que as ações são traduzidas na promoção à saúde, no entanto, as intervenções também podem ocorrer em nível de prevenção secundária, que busca o diagnóstico precoce e tratamento imediato, nesse sentido, uma criança submetida a avaliação de seu bem-estar físico e mental pode colaborar com a identificação de uma doença, apenas com base no padrão de comportamento da determinada patologia. Dentro desses parâmetros, é conveniente destacar métodos de avaliação que analisem as condições em que a criança se encontra, como questionários, que contribuem para a construção de um diagnóstico e um plano de cuidado efetivo no que tange às questões de saúde mental, especificamente. (LAMEIRAS *et al.*, 2018)

Relacionando a qualidade de vida com a saúde dentro das escolas, torna-se válido considerar as condições de vida dos indivíduos, sendo a instituição de ensino, um importante mecanismo de promoção à saúde. Tendo em vista a desigualdade social persistente no âmbito da educação em saúde, tanto em escolas particulares e públicas, existem indivíduos com semelhantes aspectos biopsicossociais, como os sentimentos depressivos e de estresse, que se agravam com o avanço da idade, aumentando sua vulnerabilidade. Com isso, tem-se programas pedagógicos dinâmicos de apoio, acolhimento, evolução da autonomia, ao nível da família e sociedade, sem intervenções focais, pois se mostraram pouco efetivos. Seguindo essa tendência, os profissionais de Unidades Básicas de Saúde podem avaliar possíveis melhorias a serem aplicadas nesses programas, fazendo parcerias com escolas de seu território-área, intencionando alavancar o bem-estar. (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018)

Outro importante mecanismo para garantir a qualidade de vida é a prática de exercícios físicos, que devem ser realizados por crianças em todas as condições, mesmo aquelas com deficiência, desde que a prática ocorra respeitando os limites do indivíduo, o que pode ser alcançado através do Esporte Adaptado (EA). Nesse viés, falando mais especificamente de casos de paralisia cerebral, o EA age muito bem nos pacientes, melhorando várias funções corporais como a mobilidade e o funcionamento das extremidades superiores. Não obstante, o EA pode ajudar na diminuição dos problemas de concentração, como o déficit de atenção, além do efeito positivo no perfil biopsicossocial dos pacientes. Dessa

forma, deve haver sempre incentivo a prática esportiva e investimentos no EA a fim de desenvolver modalidades esportivas que melhorem a condição de crianças que sofreram impacto da paralisia cerebral. (FEITOSA *et al.*, 2017)

Além do estímulo a prática de exercícios físicos, é evidente que a utilização de metodologias adaptativas para inserção de grupos infantis periféricos, como portadores de síndromes, é muito importante na atuação dos profissionais de saúde, visto que o crescimento e o desenvolvimento infantil são delimitados e variam conforme o referencial teórico. Uma ação muito importante para a melhora da qualidade de vida das crianças é o estabelecimento de uma relação de ajuda mútua entre o profissional da saúde e os pais, proporcionando um desenvolvimento satisfatório. (FERREIRA *et al.*, 2016)

Por fim, como dito superficialmente na primeira parte deste excerto e no parágrafo anterior, é válido destacar a importância da seguridade do bem-estar dos responsáveis por crianças doentes, visto que, muitas vezes, a qualidade de vida dessas pessoas acaba sendo inferior a de pais cuidadores de crianças saudáveis, e isso influi diretamente, não só na vida desses responsáveis, como também no tratamento das crianças. Esse quadro se acentua no caso de doenças crônicas, como a asma, visto que, nesse cenário, o cuidado envolve uma rotina mais desgastante que pode diminuir mais ainda a qualidade de vida do responsável, e conseqüentemente, da criança. É preciso tratar, ainda, da alta a necessidade que esses responsáveis têm de estabelecerem acompanhamento psicológico, em razão do supracitado desgaste causado pela rotina exaustiva de cuidados a uma criança com um caso de natureza semelhante à asma ou até de menor gravidade. (RONCADA *et al.*, 2018).

5 | MODELO DE CUIDADO

No que tange os aspectos do cuidado é possível reconhecer as mais diversas necessidades relacionadas à saúde da criança e sua família e à disposição recursos para abordá-las. Atualmente o Brasil já apresentou um certo avanço em relação à assistência social, ainda é possível observar um destaque para programas como Bolsa Escola e Bolsa Família, que possuem estreita relação com as condições de saúde das crianças. Na questão do planejamento social, também foi mostrado uma adequada extensão nos serviços, dado o conhecimento da oferta dos usuários, o qual gerou uma alta avaliação. Em contrapartida, a ausência da suplementação nutricional enfraqueceu o enfrentamento de problemas como infecções e desnutrição, ocasionando a necessidade de desenvolver estratégias nos serviços de saúde que contemplem, não só a questão nutricional, bem como análise do uso de drogas, especialmente entre crianças. Portanto, a incorporação de aspectos psicossociais dará a atenção básica artifícios que possibilitam a inclusão de abordagens relativas à saúde mental infantil. (DINIZ *et al.*, 2016)

Dentro da análise psicossocial, é possível pontuar uma vulnerabilidade existente na atenção primária infantil relativa à falta na promoção de espaços de escuta e de acolhimento,

que podem auxiliar nas demandas acerca das realidades sociais das comunidades usuárias dos serviços públicos de saúde dentro da Unidade Básica de Saúde, uma vez que, há um crescimento no número de casos em que principal problemática está atrelada ao núcleo familiar não conseguir promover cuidados básicos, de afeto, de proteção e de respeito, que são tão essenciais ao desenvolvimento na infância. Dessa forma, uma abordagem específica e um conhecimento clínico voltado para as especificidades de cada agravo tornam-se necessárias, ficando a cargo dos profissionais de saúde fazer uma análise holística intencionando fortalecer a relação para com os pacientes, neste caso, as crianças. (RUAS *et al.*, 2015)

É apropriado levar em consideração o papel dos enfermeiros neste processo, que no contexto da saúde da família irão desempenhar ações de acompanhamento constante, desde a gestação até a puberdade, demonstrando a primordialidade de assistência à criança antes mesmo dela nascer, garantindo a vigilância e o apoio social. Nesse contexto, é pertinente notabilizar a relação entre as enfermidades prevalentes na infância e os fatores ambientais que contribuem para a continuidade do quadro da doença. A resolução das problemáticas necessita, portanto, da elaboração de planos de cuidado singulares que contarão com a participação de membros de toda a equipe de saúde, reforçando a importância da integração entre os profissionais. (ARAÚJO *et al.*, 2018; YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018)

Diante desse panorama de necessidade de assistência pessoal, é pertinente atentar para doenças de alta prevalência em crianças, como o HIV. Ante esses casos, os usuários precisam mais do que o normal de um amparo em relação à saúde. Nesse contexto, um dos estudos presentes no corpus amostral da presente produção afirma que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é mais eficiente que as unidades de modelo tradicional, quanto a essa assistência aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, o que dá respaldo para acreditar que o destaque da ESF se aplica em outros casos. Sendo assim, deve ser o modelo da ESF o mais desenvolvido e alicerçado na Atenção Primária à Saúde (APS), em vista da sua abordagem eficiente. (ANTUNES; PADOIN; PAULA, 2018)

Ainda em relação aos modelos de cuidado, outra pesquisa alega que quando eles são comparados, percebe-se um destaque da Unidade Básica de Saúde mista, positivo para Atenção Primária à Saúde. Portanto, a Unidade Básica de Saúde tradicional aliada à Estratégia de Saúde da Família é capaz de arcar com as necessidades do atendimento infantil, bem como, diminuir as vulnerabilidades desde a gestação, até os primeiros anos de vida da criança. Para atender essas diferentes demandas, a organização é de primordial importância, com ações e serviços dispostos a aumentar a dimensão no âmbito da acessibilidade, garantidos pela estratégia da família. (SANTOS *et al.*, 2018)

Diante do descrito nos dois parágrafos anteriores pode-se observar uma dualidade dos estudiosos quanto ao modelo de cuidado mais eficaz na atenção à criança. Nesse sentido, é perceptível a heterogeneidade relacionada à presença e extensão de

determinados atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) voltados principalmente para o público infantil. (DAMASCENO *et al.*, 2016)

6 I ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No contexto atual, uma das maiores preocupações da Organização Mundial de Saúde pauta-se na cobertura universal da assistência, de forma que, é possível dizer que acesso ao serviço de saúde é fortemente influenciado pelas condições de vida, em seus parâmetros socioeconômicos, visto que, em locais de maior pobreza existiam índices de cobertura assistencial muito baixos. Nesse cenário, os cuidados à criança devem ser considerados prioritários, de maneira que, deve-se existir um acompanhamento sem sinais de iniquidade, independente da renda de cada família. Sendo assim, o balanço sobre as condições de vida da população deve sempre ser atualizado para manter um acompanhamento com as crianças que precisam desse maior cuidado, visto que a idade da criança está diretamente relacionada com a prevalência de consultas. (COSTA *et al.*, 2015)

Ante o exposto, fica evidente a importância do agente comunitário de saúde, que é o responsável por fazer o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, através do contato direto com a população, o que possibilita o repasse de informações sobre as problemáticas vivenciadas naquele território-microárea para os profissionais, que buscarão atender as demandas dessa população. É necessário salientar que para que a longitudinalidade seja legítima no serviço de saúde, o vínculo deve ocorrer entre a família da criança e os profissionais, viabilizando a satisfação dos usuários com os serviços. A criação de um vínculo com a família, nesse viés, é de fundamental importância, visto que facilita o enfrentamento das mais diversas condições patológicas e, conseqüentemente, favorece a resolutividade de alguns problemas. Em somatória, é necessário dizer que a efetividade dos serviços depende não só do agente comunitário, como também da integração entre os profissionais e da articulação de seus atributos para que as carências da população sejam sanadas em tempo oportuno. (ARAUJO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019)

No entanto, dificuldades são encontradas no acesso à Atenção Primária à Saúde, trazendo consigo a superlotação de outros serviços de saúde como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma vez que grande parte das assistências prestadas nas UPAs são por condições sensíveis à atenção primária, que poderiam ser consultadas pela APS. Desse modo a população procura um atendimento de urgência, fomentando o índice de soluções curativas momentâneas e declinando o tratamento contínuo, como deve ser na atenção primária, em que há a promoção a saúde e prevenção da doença. (LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019)

É apropriado atentar também para o fato de que entre os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde, o mais usado é a dispensa de medicamentos após uma consulta médica, ou seja, é observada que a prevalência da medicina curativa em detrimento da

preventiva, o que denota precariedade do serviço, uma vez que, como já dito, a atenção primária deve estar inserida na perspectiva de prevenção primária, principalmente. (DATTOLI; LUCIO; CHAVES, 2019)

Em somatória, ainda no que se refere às fragilidades encontradas na Atenção básica, é possível discorrer sobre os procedimentos de medição da massa corporal infantil realizados pelos agentes comunitários de saúde, em que, facilmente, é observado um erro na disposição da balança frente às normas técnicas, representado pela anormalidade presente na inclinação horizontal da balança, geralmente localizada em locais abruptos e inclinados, o que deve ser evitado. Esses aspectos acrescidos da inadequação dos procedimentos regulares de como uma criança deve se portar em uma balança para que o procedimento seja efetivo - ou seja, despida, sem acessórios e posicionada no centro da balança, com os braços esticados - demonstram a imprecisão da execução de um processo simples, que pode afetar diagnósticos e prejudicar a saúde da criança. É válido destacar também, a grande necessidade de manutenção dos equipamentos, para garantir a veracidade do diagnóstico nutricional individual e coletivo, o que, por vezes, não é feito, reforçando o desalinho no supracitado diagnóstico nutricional. (SILVA *et al.*, 2017)

Outro desafio encontrado frequentemente em Unidades de Atenção Básica trata do cuidado a crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), dentre eles o principal resume-se ao despreparo de alguns enfermeiros com relação ao manuseio de tecnologias que as CRIANES dependem em seu tratamento para que a assistência seja prestada de maneira efetiva. Assim como esses problemas, é preciso reforçar que o relacionamento assentado com as crianças e suas famílias é de fundamental importância para o processo de cuidado. Levando em consideração que a família está quase todo tempo com a criança, ela deve ter suas dúvidas sanadas pelos enfermeiros para ajustar a confiabilidade no tratamento, além de ter suas limitações compreendidas pelos profissionais de saúde. (FAVARO *et al.*, 2020)

Nessa conjuntura das limitações, é viável investigar as condições psicossociais, que dependendo do estado podem ocasionar limitações diversas no indivíduo, dificultando o seu desenvolvimento. Nesse sentido, essas alterações são observadas pelos trabalhadores a partir da presença das mudanças no comportamento, principalmente, agitação e agressividade, manifestados nas escolas, o que pode configurar dificuldades no processo aprendizagem. Mesmo perante o reconhecimento da relevância dessa temática, estudos seguindo esse ponto de vista são quase escassos, algo que se reproduz na prática quando é verificada a ausência de intervenções desse nível na atenção básica. Nessa lógica, apesar de toda a sensibilidade dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em relação aos problemas saúde mental de crianças e adolescentes, ações de cuidados são praticamente inexistentes e dependem da ação voluntária dos trabalhadores. (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO 2017)

Na esfera do atendimento, a integração deve ser um dos pontos chaves para a

garantia da qualidade, nesse mesmo segmento do texto já foi tratada a abordagem dos ACS's e agora o destaque irá para os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, que devem estar atentos e vigilantes a possíveis ocasiões que caracterizem fatores de risco quando se trata de crianças. Sendo assim, é crucial a anamnese e o exame físico bem feitos, já que é a partir desses dois que informações fundamentais podem ser adquiridas. Nesse sentido, a ocorrência de fatores que possam evoluir para uma enfermidade já pode ser tratada. Nessa conformidade, os profissionais irão proceder com um plano de cuidado precoce para que não haja atraso no desenvolvimento da criança e de suas atividades. Em virtude do exposto, é relevante a instalação da puericultura, área de baixa complexibilidade de implantação e custo, que pode ser usada para identificar possíveis alterações que prejudicam o desenvolvimento da criança. (VIEIRA *et al.*, 2019)

Em relação aos enfermeiros, é possível tratar inclusive da dimensão de desenvolvimento de enunciados diagnósticos de enfermagem para as fases do crescimento e do desenvolvimento da criança na atenção básica, que irão promover maior qualificação do trabalho profissional, pois favorecem a criação de vínculos entre o enfermeiro, a criança e os pais, propiciando uma identificação de enunciados diagnósticos melhor com a implementação da assistência. (DANTAS *et al.*, 2016)

No que concerne os programas sociais governamentais, o atendimento à criança é crucial. Nessa perspectiva, especificamente o Programa Bolsa Família (PBF) associado à Estratégia Saúde da Família (ESF) atuam de forma capacitada em função da diminuição das taxas de mortalidade infantil, uma vez que o PBF tem condições que incentivam e que fazem as famílias buscarem processos de cuidados para grupos como gestantes e crianças. Em razão disso, as famílias priorizam estes grupos, dando importância à compra de alimentos para as crianças ao receber o auxílio, por exemplo. Além disso, a participação da ESF, com a garantia da melhora na saúde, entra como um dos condicionantes para o recebimento do PBF, quando se trata das metas de prevenção e promoção à saúde dos grupos vulneráveis já citados. (SILVA; PAES, 2019)

Por fim, outro ponto a ser destacado relaciona-se ao atendimento a doenças raras, em que o Médico de Família e Comunidade (MFC) tem um papel ainda mais considerável, visto que nesses casos o paciente encontra-se em maior vulnerabilidade. Nesse sentido, com o trabalho da atenção básica uma das vantagens é o diagnóstico precoce de uma doença desse tipo, o que facilita muito o processo terapêutico, não comprometendo tanto as funções cognitivas e psicológicas do paciente. É proveitoso afirmar que o MFC deve estar sempre presente analisando a família e a aparição de complicações, propiciando melhor atendimento. (LOIO; SALGUEIRO; CRUZ, 2017)

7 | VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com relação ao atendimento à criança na atenção primária, a questão dos casos

de violência infantil merece ser destacados, visto que, existem fragilidades no que se diz respeito à capacitação de profissionais para o atendimento à conjunturas em que foi estabelecida a violência. É essencial, nesse sentido, a reafirmação da Atenção Primária como núcleo de apoio responsável por análises holísticas e intervenções diretas em caso de comprometimento de saúde de um incapaz, portanto, deve haver um maior investimento em busca da qualificação dos profissionais que irão acompanhar as situações de violência, trazendo qualidade para atenção primária infantil tornando-a uma ferramenta considerável para a garantia de bem-estar dos pequenos indivíduos que passam por alguma situação desse gênero. (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018)

A qualificação pode se dar, nesse quadro, em busca do fortalecimento das análises do contexto psicossocial, com foco para o desenvolvimento do mecanismo de acolhimento, que é um dos principais tratamentos que podem ser oferecidos à população na APS, de forma que, se torne uma das principais estratégias para conhecer melhor a família e elaborar planos que possam solucionar o problema ou amenizar a situação. O acolhimento é considerado primordial para humanizar e qualificar o cuidado, principalmente, nas situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (VICCA). A sensibilidade do profissional da saúde também é imprescindível no âmbito da interpretação, uma vez que, muitas vezes, tais situações são escondidas por outros problemas. Nessa perspectiva, existe uma íntima interpretação da violência como problema de saúde e a uma falta de priorização referente ao cuidado desta problemática, que pode demorar meses para ser identificada, de fato. Para finalizar, esse estudo pode reforçar o papel da APS como centro regulador e norteador do cuidado em todos os sentidos. (CARLOS, PADUA, FERRIANI, 2017)

8 | PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE

É pertinente abordar que a natureza das ações na atenção primária devem envolver promoção à saúde e prevenção de agravos, sendo assim, quanto mais internações ocorrem por condições sensíveis à atenção primária, maior é a fragilidade demonstrada por essa modalidade, visto que, há uma previsão de que esse setor seja a porta de entrada para a resolução de cerca de 80% das principais demandas populacionais. (CAMELO, REHEM, 2019)

Diante dessa perspectiva, avaliações de serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde às crianças no Brasil caracterizam-nos como inadequados, em vários estudos feitos no país. Um dos principais motivos para a construção desse panorama é a limitada orientação familiar e comunitária, em virtude da deficiente capacitação de profissionais em Medicina de Família e Comunidade. Um dos métodos de avaliação da qualidade de serviços da APS é a PCTA-Brazil, que não é viável em virtude dos altos custos para a realização, ausência de profissionais capacitados e grande carga horária exigida. Nesse

sentido, até os métodos de avaliação dos serviços precisam passar por transformações. (PONNET *et al.*, 2019)

No que concerne às questões de prevenção no nível básico de saúde, é preciso destacar a importância da APS, que é o único serviço que se associa ao tratamento da doença mesmo em sua fase pré-patogênica. Nesse horizonte, é preciso atentar para as doenças infecciosas e a importância do ensino sobre o que engloba tais problemas. É pertinente dizer que, muitas crianças não são instruídas sobre essas doenças, o que causa um desconhecimento por parte delas, trazendo maior quantidade de casos, já que não é feita a prevenção adequadamente. Portanto, devem ser desenvolvidas ações e serviços de saúde visando a educação básica de crianças sobre o assunto, para prevenir o maior número de casos possíveis. (JUSTINO *et al.*, 2019)

Além das infecções, é adequado considerar a esfera das doenças crônicas, como a diabetes mellitus, que é a que mais cresce em crianças, destacando-se pela gravidade de suas complicações associadas à remota possibilidade de cura. Além de ser um problema de saúde pública, em virtude do crescimento e envelhecimento populacional. Dessa forma, além da orientação familiar, o campo de prevenção é um ponto fundamental que precisa ser aprofundado à medida que os programas são implementados e avaliados. Ante essa dinâmica, é preciso apontar que os programas considerados bem sucedidos são, principalmente, aqueles que adotam um modelo multidimensional e incorporam diversos níveis de ação como condutas comunitárias e melhoria do acesso aos serviços de saúde. (CORTEZ *et al.*, 2015)

Na promoção de saúde, frente à esfera da alimentação, é notória a fragilidade da atenção primária, a respeito da sustentabilidade, da qualidade e da cobertura, não obstante aos serviços da estratégia de saúde da família. Considerando a renda atual e o bem-estar econômico da população em análise, observa-se a necessidade de um programa nacional de nutrição infantil, devido à dificuldade de orientação alimentar adequada, tanto da família quanto dos profissionais. Porém diversas dificuldades impedem sua implementação, como a falta de recursos, precariedade em fundações, perda de foco no incentivo profissional, que refletem diretamente no acompanhamento nutricional infantil. (EINLOFT; COTTA; ARAÚJO, 2018)

Quando nos referimos a atenção à saúde, principalmente, em um âmbito referente à nutrição e ao esporte, é de suma importância a prática exercícios anaeróbicos que melhoram o curso no endotélio vascular e algumas questões diminutas na relação do colesterol intracorpóreo, algo que tem benefícios retratados na melhora da qualidade de vida e na redução de doenças que afetam o coração. (LIMA, *et al.*, 2017)

No que tange os riscos de doenças cardiovasculares, é focalizada a importância da prevenção socioeducativa, evidenciando os discursos sobre a qualidade de vida e a alimentação saudável, por meio da apresentação de palestras instrutivas que incentivem e mostrem os riscos de não-aderência à hábitos saudáveis no meio ambiente escolar,

impulsionando a criança a cuidar da própria saúde e diminuir a crescente prevalência de doenças crônicas, aumentando o autoconhecimento e, conseqüentemente, o autocuidado. Nesse sentido, reforça-se a precisão de renovação nos meios de avaliação, uma vez que, algumas estratégias como o uso do método do Índice de Massa Corporal (IMC) foram consideradas ultrapassadas e controversas, tendo em vista que não mede a prevalência do aumento da massa magra e outros fatores tão importantes para a saúde. Outra problemática relaciona-se ao aumento do uso das televisões, dos videogames e dos computadores, que vem se tornando a principal fonte de entretenimento, o que conduz muitos jovens ao sedentarismo. É de grande valia mensurar que, após uma intervenção, foi possível observar um aumento da atividade física, podendo mostrar que uma interferência breve pode melhorar o conhecimento sobre os hábitos saudáveis e os fatores de risco de doenças cardiovasculares. (CECCHETTO; PENA; PELLANDA, 2017)

Em penúltima análise, é compreensível a importância do conhecimento sobre a situação socioeconômica de uma comunidade, visto que, o patrimônio é o principal fator que condiciona as decisões ou as condutas em torno do cuidado, da alimentação e da higiene em um cenário de carência socioeconômica. Seguindo essa lógica, são indispensáveis as relações entre os pacientes, familiares e os profissionais, de forma que, possibilitem o gerenciamento satisfatório da rede de dependência, pois a situação de saúde não envolve apenas o status biológico do corpo. (MACHADO; MOREIRA; SANT'ANNA, 2015)

Por fim, é necessário salientar que, no cotidiano é quase impossível se esquivar da poluição sonora que pode causar danos pequenos ao sistema auditivo, condição que, em geral, não se identifica o desenvolvimento. Na infância e adolescência, é comum encontrar pessoas com dificuldade auditiva devido ao uso exagerado de fones de ouvidos ou constante exposição sonora. Diante disso, a atuação das análises na APS torna possível o desenvolvimento de ações de promoção da saúde auditiva e de prevenção de alterações. (LÜDERS *et al.*, 2015)

9 | CONCLUSÃO

Concluiu-se que na Atenção Primária à Saúde há problemáticas que, frequentemente, influenciam negativamente a qualidade do atendimento prestado às crianças, entre elas está a falta de capacitação de alguns profissionais para o atendimento mais especializado, contribuindo para a superlotação de Unidades de Pronto Atendimento, além de influenciar na orientação e o cuidado por parte dos enfermeiros com a família, tornando essas limitadas. Deixando sob análise a importância da sensibilidade do profissional que, em âmbito da APS, é imprescindível para tomar medidas, diagnósticos ou tratamentos, como também entender o paciente e, por meio disso, não apenas curá-lo, mais também cuidar, com um olhar crítico, visando a melhora do paciente como um todo e não apenas tratar a doença.

Nos estudos realizados foram identificadas atividades que visam a melhoria da

assistência às crianças. Entre elas está a Puericultura, a qual trabalha na análise de possíveis fatores de risco do desenvolvimento da criança. Além disso questões relacionadas à assistência social que atingem as crianças e os adolescentes, por exemplo os programas “Bolsa Escola” e “Bolsa Família” que possuem estreita relação com as condições de saúde das crianças. Tais programas trabalham em conjunto a Estratégia Saúde da Família, em que o primeiro impõe condições que acabam priorizando a promoção à saúde das gestantes e crianças, assim a ESF contribui para a realização. Desse modo a medicina praticada pode ser mais preventiva e menos curativa.

Contudo a ausência da suplementação nutricional ainda vem ganhando espaço no enfrentamento de problemas como infecções, desnutrição e obesidade, tornando-se um problema nacional. Quando nos referimos a questão nutricional, é de suma importância a alimentação adequada somada com a prática de atividades físicas para, por meio disso, diminuir os riscos de doenças como aterosclerose, no futuro. A partir dessas questões, é indeclinável a necessidade de desenvolver estratégias nos serviços de saúde que contempla, não só a questão nutricional, mas outras análises paralelas especialmente entre crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

AGATHAO, Beatriz Tosé; REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite de. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 659-668, fev. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200659&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

AMORIM, Leonardo de Paula *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201701116, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

ANTUNES, Bibiana Sales; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e20170233, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

ARAUJO, Juliane Pagliari *et al.* Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. supl. 3, p. 1447-1454, jun. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-958740>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRANQUINHO, Isabella Duarte; LANZA, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: Evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **RECOM**, Divinópolis, v. 8, n. 64, p. 1-11, jul. 2018. Disponível em <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2753/1980>. Acesso em: 8 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 26 maio, 2020.

CAMELO, Marina Shinzato; REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara. Internações por condições sensíveis à atenção primária em pediatria no Distrito Federal: um estudo ecológico exploratório. **REME – Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v. 23, p. e-1269-1276, dez. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047861>. Acesso em: 6 abr. 2020.

CARLOS, Diene Monique; PADUA, Elisabete Matallo Marchesini de; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 511-518, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300511&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2020.

CECCHETTO, Fátima H.; PENA, Daniela B.; PELLANDA, Lucia C.. Playful Interventions Increase Knowledge about Healthy Habits and Cardiovascular Risk Factors in Children: The CARDIOKIDS Randomized Study. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 3, p. 199-206, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000900199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2020.

CORTEZ, Daniel Cortez *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 28, n. 3, p. 250-255, mai./jun. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-751306>. Acesso em: 9 abr. 2020.

COSTA, Juvenal *et al.* Características das crianças menores de cinco anos atendidas em serviços de atenção básica em dois municípios do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 15, n. 1, p. 33-46, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-746156>. Acesso em: 9 abr. 2020.

DANTAS, Ana M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE. **Revista Eletrônica Enfermagem**, João Pessoa, v.18, p. 1-10, mai. 2016, Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/issue/view/1723>. Acesso em: 11 abr. 2020

DAMASCENO, Simone Soares *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p.2961-2973, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2020

DATTOLI, Vitor Camilo Cavalcante; LUCIO, Donavan de Souza; CHAVES, Igor Tavares da Silva. A utilização da atenção primária à saúde por imigrantes em Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1786, fev. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981946>. Acesso em: 8 abr. 2020.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros *et al.* Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e57067, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2020.

EGRY, Emiko Yoshikawa; APOSTOLICO, Maíra Rosa; MORAIS, Teresa Christine Pereira. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

EINLOFT, Ariadne Barbosa do Nascimento; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ARAUJO, Raquel Maria Amaral. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 61-72, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100061&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

FATORI, Daniel *et al.* Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, set. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-952762>. Acesso em: 7 Abr. 2020.

FAVARO, Leda Cristina *et al.* Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. **Rev. Mineira Enf.**, Belo Horizonte, v. 24, p. e-1277, fev. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051270>. Acesso em: 8 abr. 2020.

FEITOSA, Luzanira Correia *et al.* O efeito do esporte adaptado na qualidade de vida e no perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 429-435, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400429&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020.

FERREIRA, Rafael *et al.* Promoção de Saúde Bucal e Síndrome de Down: Inclusão e Qualidade de Vida por meio da Extensão Universitária. **Odonto**, São Paulo, v. 24, n. 48, p. 45-53, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/8246/6211>. Acesso em: 11 abr. 2020.

GOMES, Tabatha Gonçalves Andrade Castelo Branco *et al.* Mortalidade na infância no Brasil e regiões no período de 2000 a 2011. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 259-266, nov. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/mortalidade_infancia_brasil.pdf. Acesso em: 09 Abr. 2020.

JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira *et al.* Avaliação de atitudes diante da prevenção de enteroparasitoses em escolares. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 31-42, 4 abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17288/11360>. Acesso em: 9 abr. 2020.

LAMEIRAS, Ana Rita *et al.* Qualidade de vida das crianças com otite média e Impacto da colocação de tubos de ventilação transtimpânicos numa população portuguesa. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 30-37, jan. 2018. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9457>. Acesso em: 8 abr. 2020.

LIMA, Ana Cláudia Medeiros Galvão de; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi; BONFIM, Daiana. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, p. e03414, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100406&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

LIMA, Luiz Rodrigo Augustemak de *et al.* Exercício Melhora o Risco Cardiovascular, Aptidão Física e Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Hiv+: Estudo Piloto. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 171-176, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472017000200171&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2020.

LOIO, Marisa; SALGUEIRO, André; CRUZ, Helena. Dermatômiosite juvenil papel do médico de família na abordagem de uma doença rara. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-8, jan-dez 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1418](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1418); Acesso em: 13 abr. 2020.

LUDERS, Débora *et al.* Análise de Perfil Audiométrico de Escolares. **Distúrbios Comum**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 151-161, mar. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750849>. Acesso em: 9 abr. 2020.

MACHADO, Danielle; MOREIRA, Martha Cristina; SANT'ANNA, Clemax. A criança com tuberculose: situações e interações no contexto da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1964-1974, set. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26578020>. Acesso em: 9 abr. 2020.

MORISHITA, Rosinha Yoko Matsubayaci; STRUFALDI, Maria Wany Louzada; PUCCINI, Rosana Fiorini. Evolução clínica e estado nutricional em crianças e adolescentes asmáticos matriculados na Atenção Primária à Saúde. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 33, n. 4, p. 387-393, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2020.

MOURA, Mayara Águida Porfírio *et al.* Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-238, ago. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972932>. Acesso em: 9 abr. 2020.

PONNET, Liz *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 17, n. 1, eAO4333, jul./set. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082019000100208&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

RONCADA, Cristian *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pais e cuidadores de crianças asmáticas. **Rev. Paul. Pediatr.** (Ed. Port., Online), São Paulo, v. 36, n. 4, p. 451-456, dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-977091>. Acesso em: 6 abr. 2020.

RUAS, Teresa Cristina Brito *et al.* Experiência de um estágio curricular em Terapia Ocupacional na atenção primária: foco nas necessidades em saúde infantil. **ABCS Health Sci.** Santo André, v. 40, n. 3, p. 312-217, dez. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771414>. Acesso em: 9 abr. 2020.

SANINE, Patricia Rodrigues *et al.* Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-15, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-12, mar. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

SILVA, Everlane Suane de Araújo da; PAES, Neir Antunes. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 623-630, fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200623&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 abr. 2020.

SILVA, Guilherme Alvarenga Santos da *et al.* Procedimentos de medição da massa corporal infantil pelos agentes comunitários de saúde de Macaé, Rio de Janeiro, 2010-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 579-588, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300579&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2020.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim *et al.* Discursividade de agentes de comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na atenção primária. **REME – Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 23, p. e-1206-1213, set. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051588>. Acesso em: 6 abr. 2020.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2020.

VIEIRA, Daniele de Souza *et al.* Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. **Rev. Mineira Enf.**, Belo Horizonte, v. 23, p. e-1242, nov. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049856>. Acesso em: 8 abr. 2020.

VINCENTINI, Débora Fernanda *et al.* Crianças com câncer: caracterização das internações em um hospital escola público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 36, n. 1, p. 9-16, ago. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-770834>. Acesso em: 9 abr. 2020.

YAKUWA, Marina Sayuri; NEILL, Sarah; MELLO, Débora Falleiros de. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 26, p. e-3007-3014, jul. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-961149>. Acesso em: 8 de abr. 2020.

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 24/11/2020

Jessica Maria da Silva

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Cíntia Venâncio Freitas Lira

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: Introdução: A 8ª Conferência nacional de saúde, teve como objetivo uma nova concepção ampliada de saúde, nos anos seguintes foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) onde foram ofertados vários programas, entre eles a puericultura, tendo o enfermeiro como protagonista principal dessa assistência. **Objetivo:** Compreender os desafios da assistência de enfermagem na puericultura e suas contribuições para a saúde da criança.

Métodos: Estudo de caráter bibliográfico de abordagem qualitativa e descritiva. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e SCIELO (Scientific Library On-line), todos os artigos na língua portuguesa entre os anos de 2010 a 2018, por critério de inclusão e exclusão. A coleta de dados aconteceu no período de junho a novembro de 2020. **Resultados:** Quatro dos setes autores apontam para a excessiva sobrecarga de trabalho do enfermeiro, e os demais autores falam sobre as demais

dificuldades encontradas pelo enfermeiro e a baixa adesão das mães, bem como a formação do vínculo entre enfermeiro e mãe/cuidador.

Conclusão: O trabalho aponta que para uma assistência adequada com menores riscos e impactos é necessário um aumento dos números de enfermeiros por unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência, Enfermeiro, Puericultura.

NURSING CONSULTATION IN CHILDREN: DIFFICULTIES AND POSSIBILITIES

ABSTRACT: Introduction: The 8th National Health Conference aimed at a new expanded conception of health, in the following years the Family Health Program (PSF) was created, where several programs were offered, among them childcare, with nurses as the main protagonist assistance.

Objective: To understand the challenges of nursing care in childcare and its contributions to child health. **Methods:** A qualitative and descriptive bibliographical study. The databases used in the research were: LILACS (Latin American Literature in Health Sciences), VHL (Virtual Health Library) and SCIELO (Scientific Library Online), all articles in the Portuguese language between the years 2010 to 2018, by inclusion and exclusion criteria. Data collection took place from January to May 2019. **Results:** Four of the seven authors point to the excessive overload of nurses' work, and the other authors talk about the other difficulties encountered by the nurse and the low adherence of the mothers, as well as the formation of the bond between nurse and mother / caregiver. **Conclusion:** The study points out that for adequate care with lower

risks and impacts, an increase in the number of nurses per unit is necessary.

KEYWORDS: Assistance, Nurse, Childcare.

1 | INTRODUÇÃO

Em 1983, foi lançado o programa de assistência integral a saúde da mulher e da criança (PAISMC), com o objetivo de desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços. Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em: Programa de assistência integral a saúde da mulher (PAISM) e programa de assistência integral a saúde da criança (PAISC). As ações do PAISM foram voltadas a saúde da mulher, enquanto o foco do PAISC é a saúde da criança¹.

De acordo com ^{2,3,4}, A década de 80 foi marcada com um grande acontecimento para a saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi proposta com o objetivo de determinar uma concepção ampliada de saúde e determinar a saúde como um direito de todos e dever do estado. Com intensa participação social a partir dessa conferência, na década de 90 foi criada a lei no 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Segundo^{2,3,4}, o Sistema Único de Saúde (SUS), criou em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde passou a não se tratar mais de um programa, proposto pelo governo federal para que os municípios pudessem aderir e implementar a atenção básica, mais sim uma estratégia pois o programa permitia que as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde estivesse mais próximo da população, a família passa então a ser o objetivo principal do programa.

A ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do SUS.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional que deve integrar médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, agentes comunitário de saúde, entre outros profissionais, visando atender saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle do diabetes e hipertensão (hiperdia), programa nacional de imunização (PNI), controle da tuberculose-TB, eliminação da hanseníase-HANS, assistência farmacêutica, alimentação e nutrição (SISVAN)⁵.

No que se refere ao programa saúde da criança, enfatizado na consulta de puericultura que tem por objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, observar a cobertura de vacinas, estimular a prática do aleitamento materno, orientar sobre a introdução alimentar como complemento, prevenir doenças que geralmente acometem criança até o primeiro ano de vida como infecções respiratórias e diarreicas, onde o

enfermeiro é o profissional responsável por este atendimento.

Segundo⁶. O papel do enfermeiro na vigilância a saúde da criança, sobretudo nos serviços de atenção primária a saúde (APS), é de grande relevância pois viabilizar o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, visto ser essa uma ação primordial para se obter melhor qualidade de vida para a população infantil. As ações realizadas nesse nível de atenção a criança são fundamentais para as atividades de prevenção e de intervenção, por ter potencial para detectar precocemente possíveis agravos e diminuir o risco de morbimortalidade.

Entretanto, enquanto acadêmicas do curso de Bacharelado em enfermagem, durante praticas no estágio curricular, na atenção primária à saúde, percebeu-se que a consulta de enfermagem em puericultura, era realizada de forma empírica pelo enfermeiro que enfatizava apenas dados antropométricos e vacinais, de modo que despertou o interesse a realizar a pesquisa com objetivo de conhecer as recomendações do protocolo de puericultura preconizadas pelo ministério da saúde.

Espera-se com essa pesquisa despertar no profissional enfermeiro o conhecimento sobre a importância do domínio de conteúdo, acerca da consulta de puericultura, para redução de impactos como: diminuição da morbimortalidade, de infecções respiratórias e diarreicas e de patologias e agravos prevalentes na infância, e que o mesmo entenda a importância de sensibilizar a mãe quanto a consulta de puericultura.

2 | OBJETIVOS

Conhecer o protocolo do Ministério da saúde para a consulta de puericultura.

3 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, descritiva. Qualitativa por não se preocupar com a representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização⁷.

Segundo⁷. É uma pesquisa descritiva por exigir do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade Descritiva por expor as características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo correlações entre variáveis e define sua natureza⁸.

Bibliográfica por ser desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos⁹.

A base de dados utilizada na pesquisa: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e SCIELO (Scientific Library Online), todos os artigos na língua portuguesa entre os anos de 2010 a 2018.

4 I RESULTADOS

Foram selecionados 80 artigos e 10 livros, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, destes foram eliminados 56 artigos e 05 livros por não contemplar conteúdo relevante de acordo com o tema, e apenas 10 artigos e 04 livros, foram feitos a leitura de maneira criteriosa, agrupados e analisados a luz dos objetivos.

Após a leitura criteriosa dos estudos que compuseram o corpus, foram extraídas as informações, cuja síntese se encontra a seguir no Quadro 1:

AUTORES	ANO	PRICIPAIS ASPECTOS
Macêdo	2016	Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde
Reis	2018	Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde
Araújo	2018	Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde
Cecilio	2018	Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde
Brasil	2012	Política Nacional de Atenção Básica. das responsabilidades Brasília
Reichert	2016	Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros
Gerhardt, Silveira	2009	Métodos de pesquisa
Vergana	2017	Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro
Gil	2009	Como elaborar projetos de pesquisa
Campos, Assis	2011	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família
Suto	2014	a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde
Silva	2014	Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento
Gautério	2012	Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano
Costa	2012	Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família.

Quadro 1: Corpus da revisão integrativa da literatura

Fonte: Autoria própria (2020)

5 | DISCUSSÃO

Corroboram quando falam sobre a sobrecarga excessiva de trabalho do enfermeiro, pois muitas das atividades são de responsabilidade do mesmo na unidade, o que implica na impossibilidade de realizar uma boa consulta de Puericultura, porque existem outras atividades como a parte administrativa e gerencial da unidade que demandam desse profissional^{10,11,6}.

Ainda segundo⁶. Um dos impactos mais preocupantes é o desconhecimento e o desinteresse das mães com relação a consulta de puericultura, o que acontece devido a acomodação dos profissionais e pelo fato do enfermeiro não conseguir cumprir com todas as atribuições que lhe são conferidas, como cumprir toda a sua agenda programática devido à sobrecarga de atividades. Além de ter que enfrentar a influência dos hábitos familiares e os tabus impostos pela sociedade.

De acordo com¹⁰. As enfermeiras sabem sobre a importância da puericultura, porém as ações que são desenvolvidas relacionadas à saúde da criança não corresponde ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Ainda assim um outro Impacto é a não realização da puericultura preventiva, o que acontece é que as mães só direcionam a criança para a unidade, quando já existe um problema ou uma queixa, e não para a realização de uma consulta de prevenção como é o real objetivo da puericultura, demonstrando assim a falta de diálogo entre profissional e familiar, desenvolvendo ações voltadas apenas para recuperação da saúde da criança.

Compartilham quando falam que o enfermeiro encontra dificuldades como nem sempre tem um local adequado ou mesmo consultório para prestar assistência à saúde da criança, e na grande maioria das vezes tem que improvisar o local para o atendimento, outra dificuldade que vivenciam é a falta de material adequado conforme preconizado pelo ministério da saúde^{10, 12}.

Segundo¹³. É necessário sensibilizar a população, em especial as mães a respeito da importância da puericultura para a prevenção de doenças e agravos na primeira infância.

Comungam quando dizem que as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na unidade de saúde da família exigem conhecimentos e habilidades, além do que tem sido propiciado durante sua formação acadêmica, e que os enfermeiros estão despreparados para conduzir a consultas de puericultura e fornecer orientação adequada aos familiares/cuidadores^{12,14}.

Compartilham quando falam sobre o desapontamento do enfermeiro por não conseguir realizar a consulta de puericultura, como julga ser o ideal e por ter que conviver com tantas dificuldades, e sensação de impotência ao se deparar com situações adversas no seu cotidiano de trabalho, que não permitem que suas intervenções levem a resolução esperada dos problemas detectados^{10,12}.

Segundo¹². Há um desperdício de tempo grande com o preenchimento de papéis, o

qual se torna maior, do que o tempo dedicado aos pacientes, o que vem a concordar com nossas vivências enquanto acadêmicas durante prática no estágio curricular.

O que vem a corroborar com nosso objetivos enquanto pesquisadoras, que o enfermeiro enfrenta diversas dificuldades no seu cotidiano de trabalho na USF como falta de equipamentos e materiais, sobrecarga excessiva de trabalho, excessivo preenchimento de papéis, falta de tempo hábil para desempenhar as funções que lhe cabem e falta de capacitação teórico-prática o que acarreta em impacto na puericultura, como consequência a não adesão das mães a consulta, tendo o surgimento da alta incidência de doenças preveníveis na infância, ficando claro o quão deficiente é a assistência prestada pelos enfermeiros na assistência à saúde da criança.

6 | CONCLUSÃO

A pesquisa aponta para a excessiva sobrecarga de trabalho do enfermeiro na USF, a maioria dos autores apontam outras diversas dificuldades encontradas pelo enfermeiro, como excessivo preenchimento de papéis, escassez de materiais e equipamentos, e por consequência uma assistência fragilizada. Com o desperdício de tempo nas demais atividades, o tempo fica mínimo para a assistência, o que acaba deixando a família da criança com a impressão de que o enfermeiro desempenha um papel secundário na puericultura, e acaba por não criar um vínculo importante entre eles, o que vem a colaborar de maneira significativa para a nossa pesquisa.

Conclui-se que para uma assistência adequada, com menores riscos e impactos é necessário que o profissional de enfermagem como membro da equipe multiprofissional deve esteja apto e capacitado para exercer assistência direta à saúde da criança. Sendo assim é nítido a necessidade do aumento do número de enfermeiros por unidade, para que assim com 02 (dois) enfermeiros por unidade a sobrecarga de trabalho seja menor, onde possa ser melhor desempenhadas todas as suas funções e atribuições por igual e que sua assistência a partir de então, seja melhor executada diminuindo significativamente as chances de se prestar uma assistência de má qualidade.

De forma que um enfermeiro iria gerenciar a unidade e abranger toda a parte assistencial não só a parte de puericultura, mais também abranger todos os programas que são propostos pelo ministério da saúde, o segundo profissional iria realizar toda a parte assistencial externa, visitas domiciliares, busca ativa por crianças faltosas como também burocrática, ficaria responsável pelo pedido de material, e responsável por alimentar os sistemas.

REFERÊNCIAS

1. Macêdo, V. C. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde/ Vilma Costa de Macêdo– Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p.

2. Reis, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04//unidade04.pdf. Acesso em: 25 de Julho de 2018.
3. Reis, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04//unidade04.pdf. Acesso em: 25 de Julho de 2018.
4. Reis, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04//unidade04.pdf. Acesso em: 25 de Julho de 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. das responsabilidades Brasília, 2012. 114 p. (E. Legislação em saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 06 junho 2018.
6. Reichert, A. P. S.; RODRIGUES, P. F.; ALBUQUERQUE, T. M.; COLLET, N.; MINAYO, M. C. S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros, Ciências & Saúde Coletiva, 21(8):2375-2382,2016.
7. Gerhardt, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Editora da UFRGS, 2009.120 p.
8. Vieira, V. C. L.; FERNANDES, C. A.; DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O.; SCOCHI, M.J.; MARCON, S.S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro, Cogitare Enfermagem, Jan/Mar; 17(1):119-25, 2012.
9. Gil, A; C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002
10. Campos, R. M. C.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L.; Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, p. 566-74, 2011.
11. Suto, C. S. S.; LAURA, T. A. O. F.; COSTA, L. E. L. Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde, Revista de enfermagem UFPE online, Recife, p. 3127-33, 2014
12. Silva, I. C. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LÚCIO, I. M. L.; BASTOS, L. A. Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento, Revista de enfermagem UFPE online, Recife, 8(4):966-73, abr., 2014
13. Gauterio, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, mai-jun; 65(3): 508-13, 2012.
14. Costa, L.; SILVA, E. F.; LORENZINI, E.; STRAPASSON, M. R.; PRUSS, A. C. F.; BONILHA, A. L. L. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. Ciência, Cuidado e Saúde, 2012 Out/Dez; 11(4):792-798.

CAPÍTULO 18

CRIANÇA, SAÚDE E O BRINCAR: PROMOÇÃO DE ATIVIDADES RECREATIVAS EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO NO VALE DO JEQUITINHONHA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 08/12/2020

Samira Cezarino Silva

Enfermeira graduada pela UFVJM
Gouveia, MG

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3279-7339>

Tarcila Atai de Sousa

Enfermeira graduada pela UFVJM
Diamantina – MG
<http://lattes.cnpq.br/8587552630699296>

Sabrina da Luz Rocha Gomes

Enfermeira graduada pela UFVJM
Diamantina – MG
<http://lattes.cnpq.br/5268967406037955>

Maria da Penha Rodrigues Firmes

Prof^a. Dr^a Docente do Departamento de
Enfermagem UFVJM
Diamantina – MG
<http://lattes.cnpq.br/9884839857280450>

Ana Cecília Lima Godin Silva

Enfermeira graduada pela UFVJM
Diamantina – MG
<http://lattes.cnpq.br/1855045427957529>

Juscimara de Oliveira Aguiar

Enfermeira graduada pela UFVJM
Diamantina, MG
<http://lattes.cnpq.br/1231317779805695>

Daniele Maria Santos

Enfermeira graduada pela UFVJM
Diamantina, MG
<http://lattes.cnpq.br/1162531294095107>

Lívia Rocha Libório

Enfermeira graduada pela UFVJM
Diamantina, MG
<http://lattes.cnpq.br/0700089343752633>

Amanda Elisa Rodrigues Corrêa

Enfermeira graduada pela UFVJM
Gouveia, MG

<http://lattes.cnpq.br/4886660309619084>

RESUMO: **Introdução:** A reabilitação faz parte de um processo que inclui o diagnóstico, intervenção precoce, utilização adequada de recursos tecnológicos, continuidade de atenção, e diversidade de modalidades de atendimentos, sendo esta, uma das linhas prioritárias de atuação do Programa Saúde da Criança. **Objetivos:** Promover e incentivar a participação dos pais/responsáveis e crianças em momentos recreativos. **Justificativa:** Durante a coleta de dados, não foram observadas atividades constantes de lazer entre as crianças usuárias do serviço. Neste sentido foi proposto no estudo atividades que abarcassem os pais e crianças, para redução do nível de ansiedade e espera do atendimento. **Metodologia:** A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Inicialmente, com atividades recreativas, como forma de proporcionar um momento lúdico de sensibilização sobre a temática. **Resultados e discussão:** a interação social e conduta comportamental foram notadas no sentido de terem disposto de um mesmo espaço, compartilhando objetos, saberes e cooperado nas atividades realizadas em grupos. Algumas

características comportamentais foram observadas, como o nível de atividade, agitação; sentimentos como alegria, entusiasmo; o nível de atenção e concentração.

PALAVRAS-CHAVE: Criança, Reabilitação, Recreação.

CHILD, HEALTH AND PLAY: PROMOTING RECREATIONAL ACTIVITIES IN A SPECIALIZED REHABILITATION CENTER IN JEQUITINHONHA VALLEY

ABSTRACT: Introduction: Rehabilitation is part of a process that includes diagnosis, early intervention, adequate use of technological resources, continuity of care, and diversity of care modalities, which is one of the priority lines of action of the Child Health Program. **Objectives:** To promote and encourage the participation of parents / guardians and children in recreational moments. **Justification:** During data collection, constant leisure activities were not observed among children who use the service. In this sense, activities that encompass parents and children were proposed in the study to reduce the level of anxiety and wait for care. **Methodology:** Data collection was carried out in two stages. Initially, with recreational activities, as a way to provide a playful moment to raise awareness about the theme **Results and discussion:** social interaction and behavioral conduct were noted in the sense that they had the same space, sharing objects, knowledge and cooperating in activities carried out in groups. Some behavioral characteristics were observed, such as the level of activity, agitation; feelings like joy, enthusiasm; the level of attention and concentration.

KEYWORDS: Child, Rehabilitation, Recreation.

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado para proteção integral à criança e ao adolescente de acordo com o 4º artigo da lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Com a intenção de garantir os direitos da criança e do adolescente tornando, pois, prioridade absoluta da família, da sociedade e do Estado, os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização e à cultura, entre outros (BRASIL, 1990).

A reabilitação faz parte de um processo que inclui o diagnóstico, intervenção precoce, utilização adequada de recursos tecnológicos, continuidade de atenção, e diversidade de modalidades de atendimentos, sendo esta, uma das linhas prioritárias de atuação do Programa Saúde da Criança (UCHÔA et al., 2012).

O cenário escolhido foi o Centro Especializado em Reabilitação – CER IV de Diamantina - MG, que compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme portaria GM 793 de 24 de abril de 2012, uma entidade filantrópica mantida pela Irmandade Nossa Senhora da Saúde (INSS). Credenciada pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, se tornou referência regional na área da reabilitação por possuir uma equipe altamente especializada, composta por quase 100 profissionais, que prestam atendimentos às pessoas com deficiência. Os atendimentos são diários e contemplam mais de trezentos pacientes/dia, ocorrendo de forma multiprofissional e

interdisciplinar em ambientes normatizados, dotados de equipamentos modernos que utilizam tecnologia de ponta, garantindo acessibilidade a todos os usuários e buscando promover a reabilitação integral (CER, 2018).

Considerado um dos espaços mais completos de reabilitação e com uma rede de suporte ampla, oferece serviços para assistência de pacientes advindos de mais de 50 municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde de Araçuaí, de Diamantina, de Minas Novas, de Turmalina e de Capelinha no Vale do Jequitinhonha, bem como de Curvelo e de Guanhães, assistindo crianças, adolescentes e adultos de forma integral e gratuita (CER, 2018).

Não foram observadas atividades constantes de lazer entre as crianças no serviço, neste sentido foram propostas atividades que abarcassem juntamente os pais, para redução do nível de ansiedade e espera do atendimento, colaborando assim, para interação entre os usuários, desenvolvimento de ações e melhoria na assistência e em serviços de saúde, tornando os momentos de acompanhamento mais dinâmicos e proveitosos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Conhecer o Centro Especializado em Reabilitação IV (CER Diamantina) e as características de sua assistência em relação ao público infantil.

Objetivos Específicos

- Promover e incentivar a participação dos pais/responsáveis e crianças em momentos recreativos.
- Desenvolver atividades lúdicas e de lazer durante a espera por atendimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de parte de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro Especializado em Reabilitação no município de Diamantina - MG, uma entidade filantrópica, mantida pela Irmandade Nossa Senhora da Saúde.

Esta instituição oferece tratamento para pacientes com deficiência no âmbito do SUS. Criado no ano de 2013, o CER Diamantina é no estado o único com habilitação IV, o mais alto nível de complexidade de atendimento. Contemplando mais de 50 municípios, possui capacidade para atender cerca de 320 pacientes diariamente em uma área de 2.600 m² (CER, 2018).

A cidade, de acordo com o IBGE de 2010, apresentava uma população de 45.880 pessoas, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.716, densidade demográfica

de 11,79 hab/km², altitude média 1.288m, estando localizada na Mesorregião do Vale do Jequitinhonha, à cerca de 300 km de distância da capital mineira Belo Horizonte.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o parecer nº 3.222.319 e CAAE: 99923218.6.0000.5108 de 26 de março de 2019, respeitando as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e se utilizou da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão adotados foram às crianças (idade de 0 a 12 anos) inseridas no Centro Especializado em Reabilitação; pais ou responsáveis que se disponibilizaram a participar, assim como os demais usuários que demonstraram interesse em aderir as atividades.

Os critérios de exclusão consistiram nos sujeitos que não responderam ao convite para participar do estudo e os indivíduos que não se encontravam mais em atendimento no momento da pesquisa/ação.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Inicialmente, houve a técnica de recorte e colagem com os participantes, como forma de proporcionar um momento lúdico de sensibilização sobre a temática. Em outro momento com o uso da massa de modelar, técnica de desenho/colorir, assim como outras atividades, a desejo dos participantes, com uso do parquinho.

A segunda etapa foi definida pela escolha do roteiro de observação livre, confeccionado para registro dos diversos encontros e relações informais do pesquisador e participante durante o trabalho de campo. Neste mesmo trabalho, Minayo (2014) diz que, o trabalho de campo é o momento de aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou suas questões e/ou seu problema, é onde tem a possibilidade de interagir com os sujeitos que conformam a realidade investigada. A observação pode ser considerada parte presencial deste processo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O brincar possibilita a criança ter um melhor autoconhecimento, além de vivenciar situações diversas com outras crianças, facilitando o processo de socialização. As atividades lúdicas, no qual o brincar é um elemento importante, potencializam a aproximação da criança ao mundo dos outros, além de possibilitar a construção de relações e de aprender regras, valores e se fazer entender (COLCHESQUI, 2015).

Proporcionar à criança diversas maneiras de brincar, atividades com funções diferentes, e acima de tudo participar, é um importante papel dos pais, familiares e profissionais de saúde envolvidos.

Uma ferramenta importante na mediação do conhecimento é o lúdico, pois estimula a criança enquanto trabalha com material concreto, ou seja, tudo que ela pode manusear,

refletir e reorganizar. Nesse sentido, a aprendizagem acontece de forma mais fácil e com entusiasmo, pois o aprender, não é visto como uma obrigação para as mesmas (MODESTO & RUBIO, 2014).



Imagem1– Recreação (Técnica de Desenho/Colorir)

Fonte: Arquivo Pessoal.

Os momentos recreativos aconteceram em alguns períodos na forma de grupos e em outros, individualmente, com participação das crianças e familiares. No início, as crianças em idade escolar, ficaram mais receosas e se limitaram a participação (dado que foram usadas técnicas de desenho, modelagem, recorte e colagem); em seguida tivemos o interesse e adesão de todas as faixas etárias, participando em conjunto ou despertando a curiosidade na atividade para fazer em casa e/ou próximo a mãe. Em outros momentos, foi perceptível a cautela e preocupação dos pais com as limitações clínicas da criança, o que a princípio os tornaram mais retraídos.



Imagem 2– Recreação (Técnica de Colorir)

Fonte: Arquivo Pessoal.

No tocante a interação social e conduta comportamental, foram notadas no sentido de terem disposto de um mesmo espaço, compartilhando objetos, saberes e cooperando nas atividades realizadas em grupos. Algumas características comportamentais foram observadas, como o nível de atividade, agitação; sentimentos como alegria, entusiasmo; o nível de atenção e concentração. Algumas crianças ditas (hiper) ativas gerenciaram seus impulsos, naquele momento, ficando mais calmas, concentradas e detendo de atenção no decorrer das tarefas.



Imagem 3 – Recreação (Técnica de Colorir)

Fonte: Arquivo Pessoal.



Imagem 4 – Recreação (Técnica de Modelar)

Fonte: Arquivo Pessoal.

Buscamos inserir aquelas mais tímidas nos grupos, estimulando o despertar da curiosidade e o vivenciar de novas situações. Salientou-se aos pais a importância de

estimular a independência dentro de sua realidade, evitando uma superproteção, que no futuro pode culminar em possíveis desvios comportamentais. De qualquer forma, mantiveram-se atentos, controlando a criança pelo olhar.



Imagem 5 – Recreação (Técnica de Colorir)

Fonte: Arquivo Pessoal.



Imagem 6: Recreação (Técnica de Colorir)

Fonte: Arquivo Pessoal.

O Desenho foi aceito integralmente, todos faziam o contorno, comunicavam entre si, tinham opção de escolha entre giz de cera e lápis de cor. Muitos optavam em levar

para casa, para que os irmãos e os pais ou responsáveis fossem incluídos na ludoterapia. Segundo Hanauner (2011), as manifestações artísticas, por meio do desenho, fazem parte de um processo de representação nos primeiros anos de vida, sendo um instrumento de comunicação e expressão dos seus pensamentos e sentimentos ao mundo. O lápis se torna um objeto mágico, facilitando o molde dos traços, e em seu contato primário, a criança o percebe como um brinquedo.



Imagem 7 – Recreação (Espaço de lazer/Parquinho)

Fonte: Arquivo Pessoal.

A brinquedoteca constitui-se em um ambiente físico dotado com brinquedos variados com a finalidade de possibilitar à criança interações por meio do brinquedo e perpetuação de uma cultura lúdica (ROSA, KRAVCHYCHYN e VIEIRA, 2010). Neste contexto, além da brinquedoteca existe um espaço físico atribuído aos momentos de lazer no CER, onde tem um parquinho, mas não são todas as crianças que podem utilizá-lo, uma vez que não observei nenhum funcionário ou estagiário que favorecesse essa ação; as mesmas ficavam só ou com os familiares. O espaço é aberto a todos e a criança tem liberdade de escolher o brinquedo ou jogos. No entanto os cadeirantes e usuários com deficiências locomotoras não conseguem acessar os inúmeros brinquedos disponíveis por não serem adaptados a estes.

Como resultado desse estudo espera-se tornar possível a reflexão a cerca da importância de direcionar maiores orientações aos responsáveis pelas crianças que fazem acompanhamento na Instituição, além de promover o desenvolvimento de maiores habilidades, permitindo assim, que o processo de lazer e aprendizagem dessas crianças ultrapasse as barreiras motoras, sensoriais e cognitivas, de modo que se estenda o acesso as diferentes possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atendimentos no CER são realizados em ambientes normatizados e acessíveis aos clientes, de modo acolhedor. Quando se adentra ao serviço é essa realidade que se vivencia, uma dimensão do reabilitar exibida a partir da qualidade dos espaços, sons e cheiros; expressões dos usuários, socialização e o fluxo de pessoas.

Na coleta de dados, notou-se que as ferramentas educativas são mediadoras da transformação social e reabilitação, trazendo influências diretas. Houve muitos desafios, como a alternância das crianças em decurso das consultas, e também no que se refere às faixas etárias. Nessa conjuntura, as atividades tiveram que ser adaptadas para que todos fossem incluídos, já que possuíam interesses distintos.

Durante os meses de atividades, os sujeitos participantes (usuários do CER) eram muito abertos e participativos, demonstravam interesse em aprender e ao mesmo tempo aptidão para ensinar o familiar e/ou amigo as tarefas ali desenvolvidas.

Foi um desafio dentro do serviço, onde se pode caminhar, e nesse sentido contribuir com o presente trabalho e sugestões a seguir:

SUGESTÕES

- Implementar e implantar atividades lúdicas e diárias aos clientes, sejam crianças ou adultos, incluindo os pais/familiares;
- Oferecer atendimentos aos pais para que desenvolvam habilidades cognitivas e práticas que venham a somar ao tratamento dos seus filhos;
- Dispor de Wi-Fi, se possível, promovendo o compartilhamento de informações, aquisição de conhecimentos e maior conforto;
- Estimular a interação entre os usuários do serviço através de atividades e/ou ações de interesses distintos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de nov de 2004.

BRASIL. Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 de dez de 2000.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de fev de 1999.

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - **CER**. Disponível em: <http://cerdiamantina.com.br/> Acesso em: 20 de maio de 2019.

COLCHESQUI, MARIANA NASSAR COSTA. A Importância do Ato de Brincar na Educação Infantil. **Revista Científica Eletrônica da Pedagogia**, n. 25, a. XIII jul. 2015.

FREITAS, Paula de Souza Silva; SOARES, Gabriella Barreto; MOCELIN, Helaine Jacinta Salvador Lacerda; XAVIER, Larissa Carolina; PRADO, Thiago Nascimento; SALES, Carolina Maia Martins; PEREZ, Freddy; BUSSINGER, Eida Coelho de Azevedo; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Síndrome congênita do vírus Zika: perfil sociodemográfico das mães. **Revista Panam Salud Publica**, fev, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459376/>>. Acesso em: 30 de junho de 2019.

HANAUNER, F. Riscos e Rabiscos – o desenho na educação infantil. **REI – Revista de Educação do Ideau**, v. 6, n 13, p. 1 – 13, jan – jul, 2011.

HOLANDA, C. M. A., ANDRADE, F. L. J. P., BEZERRA, M. A., NASCIMENTO, J. P. S., NEVES, R. F., ALVES, S. B., RIBEIRO, K. S. Q.S. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 175 – 184, 2015.

HUESCA, Isabel Marco; VARGAS, Eliane Portes; CRUZ, Marty Marques. Proteção Social Brasileira e Demandas no Tratamento Oncológico Infantojuvenil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3965 – 3978, 2018.

IBGE: **Censo Demográfico**: Dados Preliminares – 2012.

IBGE: **Censo Demográfico**: Dados Preliminares – 2017.

IBGE: **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 08 de maio de 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. Edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MODESTO, Mônica Cristina; RUBIO, Juliana Alcântara Silveira. A importância da Ludicidade na construção do conhecimento. **Revista Eletrônica saberes da Educação**, 2014. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5142075-A-importancia-da-ludicidade-na-construcao-do-conhecimento.html>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

OLIVEIRA, J. F. **Memorial do Centro Especializado em Reabilitação**. Diamantina, 2016.

OLIVEIRA, L. A., ARANTES, M. H. A massa de modelar utilizada como recurso terapêutico no acompanhamento de pessoas com deficiência. *In: V Encontro de Pesquisadores em Educação Especial e Inclusão Escolar*. Universidade Federal de Uberlândia. **Anais [...]. Uberlândia. Disponível em: <https://cursosseempregos.com/regras-abnt-2019-para-trabalho-academico/#Referencias_bibliograficas>. Acesso em 02 de junho de 2019.**

ROSA, Fabiane Vieira., KRAVCHYCHYN, Helena, VIEIRA, Mauro Luis. Brinquedoteca: a valorização do lúdico no cotidiano infantil da pré – escola. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 33, ago – dez, 2010.

UCHÔA, Alice da Costa, VIEIRA, Renata Magalhães Vieira., ROCHA, Paulo Medeiros, ROCHA, Nadja Sá Dantas, MAROTO, Renata Melo. Trabalho em Equipe no Contexto da Reabilitação Infantil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n. 1, p. 385 – 400, Rio de Janeiro, 2012.

CAPÍTULO 19

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS EM MENORES DE 1 ANO EM PERNAMBUCO, 2015 - 2019

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 06/11/2020

Alison Nery dos Santos

Faculdade São Miguel
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/4557887528984965>

Solange Maria Silva Santana

Faculdade Estácio
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/4229067101131256>

Ana Paula da Penha Alves

Universidade de Pernambuco
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8467961759748841>

Luciléa Cipriano da Silva

Fundação de Ensino Superior de Olinda
Olinda – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/9841992996016702>

Érica Menezes de Aquino

UNIBRA – Centro Universitário Brasileiro
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/9141964460864277>

Ana Paula de Araújo

Faculdade Maurício de Nassau
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1980226037913920>

Maria de Lourdes Pereira

Fundação de Ensino Superior de Olinda
Olinda – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2802483512933495>

Geneva Maria da Silva dos Santos

Universidade Salgado de Oliveira
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/7398419032314015>

Gedienne Maria de França Silva

Fundação de Ensino Superior de Olinda
Olinda – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/7328202820134978>

Karyne Suênya Gonçalves Serra Leite

Universidade de Pernambuco
Universidade Estadual da Paraíba

Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8400139402629204>

RESUMO: Introdução: Agravo pouco conhecido por parte dos profissionais de saúde. Estima-se que ocorram 28.000 casos de acidentes com serpentes, 25.000 com aranhas e 60.000 com escorpiões ao ano no Brasil. Tais acidentes podem levar ao óbito. São frequentes emergências clínicas de países tropicais sendo considerado problema de Saúde Pública, principalmente pediátrica. **Objetivo:** Descrever os casos de acidente com animais peçonhentos no estado de Pernambuco de 2015 a 2019 em menores de 1 ano. **Método:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa e retrospectiva utilizando dados registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) disponibilizados no site DataSUS referente aos anos de 2015 a 2019. **Resultados:** Registrou-se 1.589 casos de acidentes por animais peçonhentos em menores de 1 ano, sendo 64 (4,02%) acidentes por serpente, 33 (2,07%) por aranha e 1.061

(66,77%) por escorpião. O ano de maior ocorrência de casos deu-se em 2018 (407 casos). O sexo feminino foi o mais afetado representando 50,03% (795). Em relação às Macrorregiões de Saúde do estado em que ocorreram por residência dos acidentados, as notificações se deram nas regiões Metropolitana (1.024 casos), Agreste (310 casos), Sertão Pernambucano (111 casos) e Vale do São Francisco e Araripe (138 casos). Os casos são classificados em leve, moderado e grave, prevalecendo os casos leves representando 84,07% dos casos. Tratando-se da evolução dos casos, os acidentes possuem um alto índice de cura, 88,8% dos casos; foram registrados dois óbitos nos anos de 2016 e 2019. **Conclusão:** O estado vem apresentando casos em menores de um ano, porém sua maioria é classificada como leve e apresenta letalidade mínima. Faz-se necessário conhecer as características destes agravos prestando assim uma assistência integralizada.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Ofídico; Picadas de Escorpião; Aracnidismo; Epidemiologia; Criança; Epidemiologia.

ACCIDENTS WITH POISONY ANIMALS UNDER 1 YEARS IN PERNAMBUCO, 2015 - 2019

ABSTRACT: Introduction: Health problem little known by health professionals. It is estimated that there are 28,000 cases of accidents with snakes, 25,000 with spiders and 60,000 with scorpions a year in Brazil. Such accidents can lead to death. Clinical emergencies in tropical countries are frequent, being considered a Public Health problem, mainly pediatric. **Objective:** To describe the cases of accidents with venomous animals in the state of Pernambuco from 2015 to 2019 in children under 1 year. **Method:** Descriptive study with a quantitative and retrospective approach using data recorded in the National System of Notifiable Diseases (Sinan) made available on the DataSUS website for the years 2015 to 2019. **Results:** 1,589 cases of accidents by venomous animals in children under 1 were recorded, with 64 (4.02%) snake accidents, 33 (2.07%) per spider and 1,061 (66.77%) per scorpion. The year with the highest occurrence of cases was in 2018 (407 cases). The female sex was the most affected, representing 50.03% (795). Regarding the Health Macro-regions of the state in which the accident victims resided, notifications occurred in the Metropolitan (1,024 cases), Agreste (310 cases), Sertão Pernambucano (111 cases) and São Francisco and Araripe Valley (138 cases). Cases are classified as mild, moderate and severe, with mild cases accounting for 84.07% of cases. As regards the evolution of cases, accidents have a high cure rate, 88.8% of cases; two deaths were recorded in the years 2016 and 2019. **Conclusion:** The state has been presenting cases in children under one year old, but most are classified as mild and have minimal lethality. It is necessary to know the characteristics of these injuries, thus providing comprehensive assistance.

KEYWORDS: Ophidian Accident; Scorpion stings; Arachnidism; Epidemiology; Child.

1 | INTRODUÇÃO

Animais peçonhentos são todos aqueles que possuem glândulas próximas aos dentes, agulhões ou ferrões, no qual através deles conseguem inocular seu veneno ou toxina ao morderem ou picarem causando assim os acidentados; podendo serem causados por serpentes, escorpiões, aranhas, entre outros (CUNHA et al., 2019). Devido à grande

prevalência desse tipo de acidente, o Ministério da Saúde do Brasil através da portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, resolve integrá-los à lista de agravos e notificações compulsória em todo o país, sendo tratado também como doença tropical negligenciada por chegarem a conclusão através de estudos da OMS (Organização Mundial de Saúde) que são de maior risco, agravo e prevalência em famílias de baixa renda e em países com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) reduzido (CUNHA et al., 2019).

Calcula-se que 2,7 milhões de acidentes com animais peçonhentos sejam notificados em todo o mundo, no Brasil, estima-se cerca de 140 mil casos nos últimos anos com uma elevada notificação de casos em várias regiões brasileiras (GONÇALVES et al., 2020). Com o aumento da ocorrência desse tipo de acidentes, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle de Acidentes com Animais Peçonhentos (PCCAP) em 1987, visando tratar e mapear os acidentados e lugares de grande prevalência desses acidentes, sendo esses dados de extrema importância para a construção e ampliação de campanhas preventivas e curativas no âmbito da saúde pública (LISBOA; BOERE; NEVES, 2020).

Apesar da grande prevalência esse tipo de acidente, ainda são pouco conhecidos pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Com o elevado número de ataques ofídicos, o Brasil se destaca entre os países da América do Sul pela grande prevalência, agravo e gravidade de ferimentos causados pela mordedura de serpentes (LEITE et al., 2013). No Brasil, por ano, ocorrem uma média de 28.000 casos de acidentes ofídicos, com uma taxa de 0,4% de fatalidades, vale ressaltar que muitos acidentes com animais peçonhentos não são comunicados ou notificados, isso ocorre por que muitas pessoas preferem a medicina popular (unguentos, chás e orações) do que a medicina hospitalar (OLIVEIRA; COSTA; SASSI, 2013).

No Brasil existem várias espécies de serpentes, dentre elas 17% são do grupo peçonhentos, a existência de dentes inoculantes de veneno localizadas na parte anterior das maxilas superiores são suas principais características. As principais serpentes são ordenadas em botrópicos (*Bothrops* e *Bothrocophios*), laquético (*Lachesis*), crotálico (*Crotalus*) e elapídico (*Micrurus* e *Leptomicrurus*) (SABOIA; BERNARDE, 2019).

No Brasil acidentes com aranhas e escorpiões se aproximaram de 86.000 registros anuais, sendo em média 60.000 causados por escorpiões, resultando em 80 óbitos, equivalente ao mesmo tempo foram 25.000 acidentes por aranhas, com 13 óbitos ao ano, sendo assim os acidentes com escorpiões prevalecem aos acidentes por aranha (SILVA; MONTEIRO; BERNARDE, 2018). O gênero escorpiônico de maior importância no país é o *Tityus* e suas espécies: *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo), *Tityus bahiensis* (escorpião marrom) e *Tityus stigmurus* (LISBOA; BOERE; NEVES, 2020). Quanto às aranhas, três gêneros são nocivos ao homem: *Phoneutria*, *Lactodectrus* e *Loxoceltes* (KAMIMURA; PAIVA; AYRES, 2009).

Em comparação com o adulto, os acidentes por animais peçonhentos em crianças são mais graves e as reações são mais intensas, pois a concentração de peçonha no

organismo destas é maior devido seu menor volume corporal (LISBOA; BOERE; NEVES, 2020; MARTINS et al., 2012).

Dentro deste contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever os casos de acidente com animais peçonhentos no estado de Pernambuco de 2015 a 2019 em menores de 1 ano.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, retrospectiva e descritiva, por meio da análise de dados registrados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) que se encontram disponíveis no *site* DATASUS.

Foram utilizadas informações referentes aos anos de 2015 a 2019. Os dados foram coletados e compilados no *software* Excel e organizados em tabelas e gráficos, sendo analisados por meio de valores absolutos e percentuais, permitindo uma análise estatística descritiva simples. Dados referentes aos anos 2017, 2018 e 2019 estão sujeitos à revisão.

Para análise dos casos foram utilizadas as seguintes variáveis: Macrorregiões de Saúde, sexo, tipo de acidente, classificação e evolução dos casos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 podemos observar o número total de casos notificados no estado de Pernambuco e os casos referentes a crianças menores de um ano de idade, assim como o equivalente em valores percentuais. No ano de 2018 ocorreu o maior número de casos, porém, os dados notificados de 2019 ainda poderão ser atualizados.

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Pernambuco	11.628	13.235	18.336	22.393	21.988	87.580
Crianças < 1 ano	198	261	376	407	347	1.589
%	1,70	1,97	2,05	1,81	1,57	1,81

Tabela 1 - Acidentes por animais peçonhentos no estado de Pernambuco (população x amostra), menores de um ano, 2015 - 2019.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2019.

Pernambuco vem apresentando crescente aumento no número de casos de acidentes por animais peçonhentos assim como o registro de casos em crianças menores de um ano. No ano de 2018 ocorreu o maior número de notificações tanto no estado (22.393) como para a amostra deste estudo (407), porém, no ano de 2017 houve a maior incidência de casos em menores de um ano (2,05%).

A ocorrência de acidentes por animais peçonhentos na Região Nordeste é comum (OLIVEIRA; COSTA; SASSI, 2013). Este aumento no número de casos não é particularidade do estado de Pernambuco, pois ao se verificar dados no mesmo período, nos demais estados, as notificações também são crescentes (BRASIL, 2020).

Em relação a localidade em que ocorreram os acidentes, optou-se por relacioná-las segundo as Macrorregiões de Saúde do estado (tabela 2).

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
n	198	261	376	407	347	1.589
Vale do São Francisco e Araripe	21	17	34	25	41	138
%	10,60	6,51	9,04	6,14	11,81	8,68
Sertão	15	8	13	37	38	111
%	7,57	3,06	3,45	9,09	10,95	6,98
Metropolitana	122	189	271	256	186	1024
%	61,61	72,41	72,07	62,89	53,60	64,44
Agreste	40	46	57	87	80	310
%	20,20	17,62	15,15	21,37	23,05	19,50

Tabela 2 - Acidentes por animais peçonhentos no estado de Pernambuco em menores de um ano segundo Macrorregião de Saúde, 2015 - 2019. (n= acidentes em menores de um ano)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2019.

Considerando as Macrorregiões de Saúde do estado, a Macrorregião Metropolitana possui a maior concentração dos casos de acidentes por animais peçonhentos em crianças menores de um ano, sendo 2016 o ano com a maior concentração (72,41%). As demais regiões também apresentaram notificações. O Agreste pernambucano é a segunda a concentrar mais casos, chegando a 23,05% no ano de 2019.

A divisão do estado em regiões de saúde leva em consideração aspectos relacionados à análise dos fluxos assistenciais, identidade cultural, entre outros. Cada região é composta por diversas cidades. A Região Metropolitana abrange a capital, Recife, cidades circunvizinhas e cidades mais distantes, fora da Região Metropolitana do Recife (PERNAMBUCO, 2016). Observa-se em outros estudos o grande número de casos de acidentes por animais peçonhentos nas áreas urbanas (AMORIM; MELLO; SIQUEIRA, 2017). Devido ao enorme desequilíbrio ecológico e por existir o extinto de sobrevivência, diversos animais deixam seu habitat natural com destino às metrópoles e residências (KAMIMURA; PAIVA; AYRES, 2009).

O gráfico a seguir representa a relação existente entre o número total de acidentes

em menores de um ano por sexo.

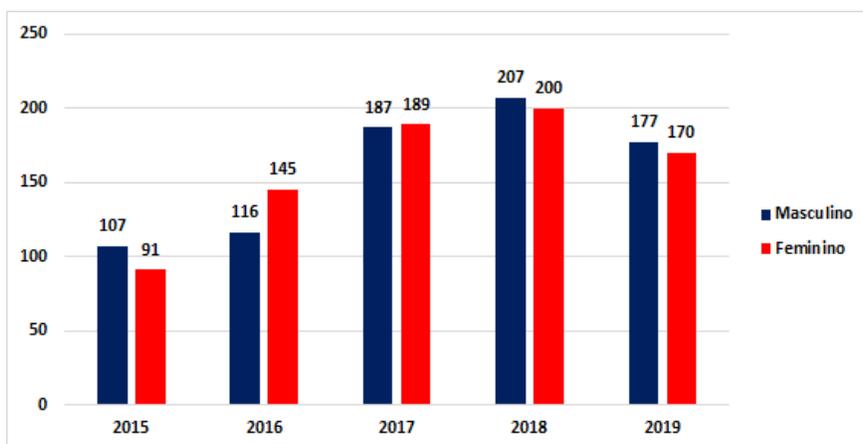


Gráfico 1 - Acidentes por animais peçonhentos no estado de Pernambuco em menores de um ano segundo o sexo, 2015 - 2019.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2019.

Crianças do sexo feminino foram as mais afetadas, mas sem grandes discrepâncias em comparação com o sexo oposto. Apesar da predominância no sexo feminino, apenas nos anos de 2016 e 2017 se registrou mais casos neste gênero, nos demais anos prevaleceu o sexo masculino.

Em diversos estudos o sexo masculino é o mais acometido independentemente do tipo de acidente (AMORIM; MELLO; SIQUEIRA, 2017; LISBOA; BOERE; NEVES, 2020; SILVA; MONTEIRO; BERNARDE, 2018), diferentemente do presente estudo o qual predominou o sexo feminino, o que pode ser justificado devido ao tamanho da amostra selecionada. Ferreira (2019) traz em sua análise que mulheres são mais afetadas em casos de acidentes por aranhas, mas não faz relação com a idade e/ou local em que ocorreram esses acidentes.

A seguir, o gráfico 2 exhibe a ocorrência de casos de acordo com o tipo de acidente. Foram selecionados os acidentes ocasionados por serpentes, aranhas e escorpiões por serem considerados pelos autores aqueles de importância médica.

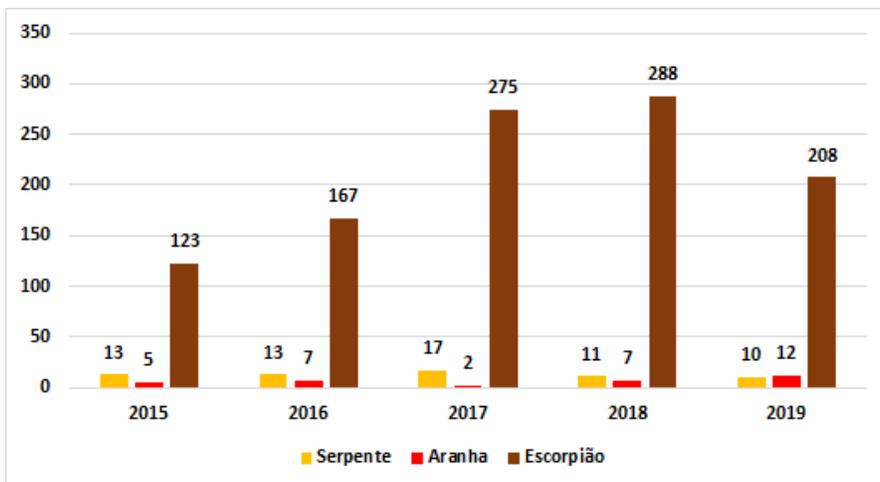


Gráfico 2 - Acidentes por animais peçonhentos no estado de Pernambuco em menores de um ano segundo o tipo de acidente, 2015 - 2019.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2019.

Crianças menores de um ano estão expostas e são vulneráveis a diversos agentes que podem levar a um acidente por animais peçonhentos. Levando em consideração os anos selecionados para o estudo, 66,77% dos acidentes em crianças menores de um ano são por escorpião, seguidos de serpente (4,02%) e aranha (2,07%).

Igualmente ao presente, em outro estudo, acidentes por escorpiões se sobrepõem aos acidentes ofídicos com uma taxa de 80,8% do total de casos de acidentes por animais peçonhentos em menores de cinco anos (AMORIM; MELLO; SIQUEIRA, 2017).

Mesmo não sendo o foco da pesquisa, outro estudo apresentou dados referente a acidentes ofídico em menores de 14 anos no Brasil, o qual 6,7% da amostra era composta por menores de um ano (LISE et al., 2019); em outro trabalho o número de casos em menores de 10 anos representa 10,4% dos casos (SABOIA; BERNARDE, 2019).

Crianças menores de 10 anos também são afetadas por acidentes com aranhas e escorpiões, e diferente da presente pesquisa, a frequência maior foi de acidentes com aranhas (SILVA; MONTEIRO; BERNARDE, 2018). O valor elevado de casos de escorpionismo em menores de um ano não tem relação com a idade, visto que em outros estudos relacionam este aumento de casos ao crescimento desordenado das áreas urbanas, infraestrutura inadequada e o desequilíbrio ambiental (LISBOA; BOERE; NEVES, 2020).

Os acidentes podem ser classificados como leves, moderados e graves, o que pode levar o indivíduo a cura ou óbito. Podemos observar estas características na tabela a seguir.

	2015	2016	2017	2018	2019
n	198	261	376	407	347
Leve	163	212	322	348	291
%	82,32	81,22	85,63	85,5	83,86
Moderado	13	17	17	21	29
%	6,56	6,51	4,52	5,15	8,35
Grave	1	5	6	3	3
%	0,5	1,91	1,59	0,73	0,86
Cura	185	225	350	375	318
%	93,93	86,20	93,08	92,13	91,64
Óbito	-	1	-	-	1
%	-	0,38	-	-	0,28

Tabela 3 - Acidentes por animais peçonhentos no estado de Pernambuco em menores de um ano segundo classificação e evolução dos casos, 2015 - 2019. (n= acidentes em menores de um ano)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2019.

Pode-se observar predominância no número de casos registrados como leves, com uma concentração que varia entre 81,22% (2016) a 85,63% (2017). Casos moderados e graves também foram registrados. Os casos têm um bom prognóstico, com 91,39% que evoluíram para cura. Apesar da alta taxa de cura, dois óbitos foram relatados relacionados ao acidente por animal peçonhento: 2016 e 2019.

Demais estudos, mesmo que analisando os acidentes de forma individual, demonstram que a maioria dos casos cursam como leves (LISE et al., 2019; LISBOA; BOERE; NEVES, 2020) e a cura está presente quase em sua totalidade (LISE et al., 2019). Em outra pesquisa, de 1.242 casos de intoxicação por animais peçonhentos em menores de 12 anos, 89,1% dos casos foram leves (AMORIM; MELLO; SIQUEIRA, 2017).

Apesar da presente pesquisa analisar apenas casos ocorridos em menores de um ano, o óbito em crianças é frequente. Em outro estudo, a letalidade em crianças de até nove anos de idade, vítimas de escorpionismo, foi de 70% (LISBOA; BOERE; NEVES, 2020). Ainda se tratando de acidente escorpionico, Rostagno, Bonetto e Saenz (2019) relatam 17 casos de crianças em idade pré-escolar que necessitaram de internamento em unidade de terapia intensiva e apesar da gravidade não ocorreram óbitos.

Igualmente aos demais acidentes, a criança vítima de araneísmo também pode apresentar agravamento e evoluir para raros óbitos (FERREIRA, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Casos de acidentes por animais peçonhentos em menores de um ano é crescente no estado de Pernambuco. Apesar de serem mais vulneráveis à peçonha inoculada pelos animais, os casos considerados leves predominaram e a quantidade de óbitos não foi significativa.

Percebe-se a existência de lacuna referente à descrição dos acidentes na população estudada. Pesquisas que tragam como e onde ocorrem estes acidentes e fatores associados se faz necessário para ampliação deste conhecimento uma vez que a ocorrência desses agravos é frequente

Conhecer o perfil clínico e epidemiológico dessa população se faz necessário para garantia de uma assistência especializada e integrada para reconhecimento e manejo correto que cada situação demande do profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. L. P.; MELLO, M. J. G.; SIQUEIRA, M. T. **Intoxicações em crianças e adolescentes notificados em um centro de toxicologia no nordeste brasileiro**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 17, n. 4, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. DATASUS. **Acidentes por animais peçonhentos - Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net**. Acesso em: nov. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/animaispe.def>>

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CUNHA, V. P. et al. **Perfil epidemiológico de acidentes com animais peçonhentos no Piauí**. Revinter, São Paulo, v. 12, n. 1, 2019.

FERREIRA, R. M. D. N. **Aspectos epidemiológicos de acidentes por aranhas no estado da Paraíba nos anos de 2015 a 2017**. 2019. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

GONÇALVES, J. E. et al. **Acidentes por animais peçonhentos: uma análise do perfil epidemiológico na região Nordeste do Brasil no período de 2010 a 2019**. Research, Society and Development, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, 2020.

KAMIMURA, H. M.; PAIVA, B. S. R.; AYRES, J. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: acidente por *Loxosceles gaucho***. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 6, 2009.

LEITE, R. S. et al. **Epidemiology of snakebite accidents in the municipalities of state of Paraíba, Brazil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013.

LISBOA, N. S.; BOERE, V.; NEVES, F. M. **Escorpionismo no Extremo Sul da Bahia, 2010-2017: perfil dos casos e fatores associados à gravidade**. Epidemiol. Servi. Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

LISE, M. L. Z. et al. **Perfil dos registros de acidentes botrópicos em menores de 15 anos no Brasil.** Revista de Pediatria SOPERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2019.

MARTINS, B. F. et al. **Acidentes por serpentes (Bothrops spp. e Crotallus spp.) em crianças: relato de dois casos.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 13, n. 3, 2012.

OLIVEIRA, H. F. A.; COSTA, C. F.; SASSI, R. **Relato de acidentes por animais peçonhentos e medicina popular em agricultores de Cuité, região do Curimataú, Paraíba, Brasil.** Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v. 16, n. 3, 2013.

PERNAMBUCO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde: 2016-2019.** 1. ed. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2016.

ROSTAGNO, G.; BONETTO, G.; SAENZ, S. **Escorpionismo em pacientes pediátricos internados em terapia intensiva. Serie de casos.** Arch Argent Pediatr, Buenos Aires, v. 117, n. 4, 2019.

SABOIA, C. O.; BERNARDE, P. S. **Acidentes ofídicos no Município de Tarauacá, Acre, Oeste da Amazônia brasileira.** J Hum Growth Dev, Marília, v. 29, n. 1, 2019.

SILVA, E. P.; MONTEIRO, W. M.; BERNARDE, P. S. **Acidentes com aranhas e escorpiões no Alto Juruá, Acre - Brasil.** Journal of Human Growth and Development, v. 28, n. 3, 2018.

SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 04/11/2020

Willidiane Tessari

Universidade Estadual do Centro-Oeste
(UNICENTRO)
Imbituva - PR
<http://lattes.cnpq.br/7174842832690171>

Isabella Schroeder Abreu

Universidade Estadual do Centro-Oeste
(UNICENTRO)
Guarapuava - PR
<http://lattes.cnpq.br/5644934307665491>

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, cuja coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2015 a março de 2016 a partir da análise de um banco de dados que contém depoimentos de mães de crianças e adolescentes com Insuficiência Renal Crônica (IRC). O objetivo geral é conhecer os sentimentos vivenciados por mães de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica. Os dados foram analisados a partir técnica da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. Os resultados obtiveram as seguintes categorias: estigma; alteração da imagem corporal; alteração da rotina diária; super proteção; sentimentos de culpa; expectativa do transplante renal; tristeza; autocuidado e evasão escolar. Concluiu-se que os sentimentos expressados pelas mães permitiram identificar algumas necessidades, buscando assim, compreender de que forma

a IRC interfere na qualidade de vida (QV). O diagnóstico de IRC atrapalha a vida das crianças e adolescentes, bem como dos seus cuidadores. E com isso, evidenciou que as mães são as que mais estão envolvidas no tratamento da doença crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crônica; Criança; Adolescente.

FEELINGS EXPERIENCED BY MOTHERS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

ABSTRACT: This is a descriptive qualitative research. Its data collection was carried out from December 2015 to March 2016 from the analysis of a database containing testimonials from mothers of children and adolescents with Chronic Renal Insufficiency (CRI). The general objective is to know the feelings experienced by mothers of children and adolescents with Chronic Renal Insufficiency. The data were analyzed using the Thematic Content Analysis, technique proposed by Bardin. The results led to the following categories: stigma; alteration of body image; change in daily routine; over protection; guilt feelings; expectation of kidney transplantation; sadness; self-care and school dropout. It was concluded that the feelings expressed by the mothers made it possible to identify some needs, seeking to understand how the CRI interferes with the quality of life (QOL). The diagnosis of CRI disrupts the lives of children and adolescents, as well as their caregivers. And that showed that mothers are the ones most involved in the treatment of the chronic disease.

KEYWORDS: Renal Insufficiency Chronic; Child; Adolescent.

1 | INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é conceituada tanto pela presença de lesão renal e/ou perda irreversível da função renal. Considerada uma doença grave, como grande problema de saúde pública que afeta a qualidade de vida (QV) do paciente e da família, causando danos irreversíveis para a saúde do paciente, podendo em alguns casos levar até a morte (RODRIGUES; NAKAHATA, 2012).

Segundo Riyuzo et al. (2003), as crianças mais acometidas pela IRC são as do sexo masculino, na faixa etária de 7 anos, apresentando curva de peso e estatura, sendo que as manifestações clínicas mais frequentes são: hipertensão arterial, fadiga, edema, infecção urinária e palidez. Com isso, apresenta-se mais forte ainda a importância da pesquisa dos sinais e sintomas já na fase lactente e pré-escolar, diagnosticando previamente patologias e evitando a insuficiência renal.

O tratamento para a IRC é hemodiálise, diálise ou diálise peritoneal, que substitui em parte a função dos rins até a realização do transplante renal, sendo este a melhor forma de tratamento. Nesse contexto, é importante o diagnóstico precoce e seguir as orientações adequadas para sucesso no transplante renal (RIYUZO et al., 2003; RODRIGUES; NAKAHATA, 2012).

A hemodiálise é um processo de limpeza dos produtos de degradação acumulados no sangue. Pois, quando os rins deixam de funcionar, a hemodiálise surge como uma opção de tratamento, com o objetivo de remover as toxinas e o excesso de água do organismo, com finalidade de preservar a vida e o bem-estar do paciente (NETTINA, 2014).

Para Abreu e Santos (2013, p. 99), “o tratamento dos pacientes com IRC não visa somente proporcionar sua sobrevivência, mas também maximizar a reabilitação e a QV”.

Nesse aspecto, percebe-se que a QV é um termo discutido entre vários autores, envolvendo elementos no processo de viver como: conforto, bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, entre outros. Porém, o tempo disponibilizando para o tratamento acarreta alterações na vida escolar, desencadeia estresse, tristeza, angústia, mudanças nas rotinas diárias tanto do portador quanto da família e, a doença atinge a autoimagem e gera preconceitos em torno da criança/adolescente e muitas vezes acabam sendo excluídas do convívio social.

No entanto, os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros estão mais envolvidos, criando vínculo afetivo com a criança e família. Além disso, precisam ter habilidades e conhecimento técnico-científico para identificar as necessidades e compreender a vivência, tanto das crianças e adolescentes, quanto da família para ajudar na solução de problemas encontrados, esclarecendo dúvidas sobre o tratamento, apoiar a família diante de situações estressantes e assim, prestar uma assistência de forma integral e humanizada (FERREIRA,

et. al.; 2013; VIEIRA; DUPAS; FERREIRA, 2009).

Diante do exposto, esta pesquisa se justifica, pela necessidade de conhecer a realidade vivenciada por estes pacientes, na visão materna, com o intuito de contribuir para uma melhor QV destas crianças e adolescentes e também prestar a eles uma assistência de qualidade, enquanto profissionais de saúde.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer os sentimentos vivenciados por mães de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o processo de viver/ conviver com IRC, por meio dos relatos das mães das crianças e adolescentes portadores da doença.

Identificar aspectos a partir dos relatos das mães, que interferem na QV das crianças e adolescentes com IRC.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, cuja coleta de dados foi realizada a partir da análise de um banco de dados que contém depoimentos de mães de crianças e adolescentes com IRC e que foi criado a partir da pesquisa intitulada como: Qualidade de vida de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: construção do Módulo Específico DISABKIDS®. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo CEP-HC-FMRP-USP HCRP-USP 13484/10 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Pequeno Príncipe, protocolo CEP-HPP 0962/11. Os dados foram analisados no período de dezembro de 2015 a março de 2016, mediante a análise dos depoimentos contidos no banco de dados criado durante o desenvolvimento da pesquisa anteriormente citada.

Em relação ao anonimato e confidencialidade, todos os dados de identificação das mães participantes serão mantidos em sigilo, sendo que o depoimento de cada mãe foi identificado pela letra M (mãe), seguido de um número arábico (ex: M1).

Os dados foram analisados a partir técnica da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011), composta de: pré-análise, que corresponde à fase de organização, tendo como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais; exploração do material, que consiste na codificação dos dados, na qual eles foram transformados sistematicamente e

agregados em unidades temáticas e, por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, que compreende a inferência e a sua interpretação.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos dados obtidos na pesquisa “Qualidade de vida de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: construção do Módulo Específico DISABKIDS®”, elencou-se as seguintes categorias: estigma; alteração da imagem corporal; alteração da rotina diária; super proteção; sentimentos de culpa; expectativa do transplante renal; tristeza; autocuidado e evasão escolar.

Estigma

O estigma muitas vezes está relacionado às alterações na imagem corporal, onde as crianças e/ou adolescentes se sentem vítimas de preconceito pela população em geral, o que os incomoda (ABREU, et. al.; 2014).

Autores afirmam que a fragilidade está relacionada ao fato de haver um desequilíbrio na vida dos pacientes, ou seja, eles não vivem “normalmente” como os outros, sendo que eles precisam se adaptar com algo estranho em seu corpo, como a fistula arteriovenosa (FAV). Nesse contexto, os comentários de outras pessoas, acabam gerando constrangimento e tristeza em relação ao tema (KOEPE; ARAÚJO, 2008).

“Só quando tava com o cateter, ela tinha muita vergonha, as amiguinhas tiravam sarro dela.” (M1)

“Na escola tem muita piadinha... ele perdeu 1 ano da escola por causa do cateter, sem contar o mal estar e juntava com o cateter por causa das piadas”. (M4)

Diante disso, evidencia que o estigma está presente, principalmente na vida escolar, devido o cateter ou FAV, a convivência com outras crianças, faz com que as crianças e/ou adolescentes sintam-se “diferentes” das demais que não possuem a patologia, deixando eles tristes e aborrecidos, fazendo se sentirem vítimas de preconceito e inferiores as demais.

Alteração da imagem corporal

Alteração na imagem corporal é vista como motivo de discriminação pelas outras pessoas, causando sofrimento, angústia, vergonha, o que pode levar ao isolamento social e baixa autoestima (PENNAFORT; QUEIROZ; JORGE, 2012).

Questões relacionadas a essa situação se evidenciam mais nos adolescentes, relacionada á aparência física, como: presença do cateter ou da FAV, que pode gerar angústia pela presença da cicatriz, ou, ainda, por alterações no crescimento e desenvolvimento, pois IRC afeta estatura, ocasionando também alterações metabólicas e hormonais, assim sentem – se inferiores aos demais e apresentando uma autoimagem negativa (ABREU et al., 2014).

“Ele não cresceu, mas a mente dele é de um menino que vai fazer 15 anos.” (M5)

“Por causa do cateter tinha vergonha, não queria sair de casa, nem andar no ônibus. Ficava só no quarto.” (M1)

Portanto, a vergonha está relacionando à aparência física, com isso, a autoimagem dos pacientes fica demonstrada pelas alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento que podem estar comprometidos.

Alteração das rotinas diárias

Com o tratamento, ocorrem mudanças no dia a dia na dinâmica familiar, sendo que, os pais deixam de realizar as atividades anteriores para cuidarem dos filhos (ABREU et al., 2014).

Os pais acabam deixando de lado suas preferências, sonhos, vontades para cuidar de seus filhos o que pode levar a um isolamento social. Os pacientes percebem que sua vida se torna mais restrita que não podem realizar coisas como antes (VIEIRA; DUPAS; FERREIRA, 2009).

Com a IRC, ocorrem limitações na vida das crianças e adolescentes, conseqüentemente, mudanças na rotina familiar, onde os pais deixam de fazer algumas coisas para cuidar dos filhos que estão em tratamento. Com isso, a qualidade de vida dos filhos, dos pais e de toda a família envolvida acaba ficando comprometida.

“Se a gente quer viajar, você não pode viajar, porque eles têm que estar fazendo a hemodiálise. Não dá para fazer uma programação para viajar. Compromete não só a vida deles, mas de uma família toda, se você for ver, compromete a vida dos irmãos, da família inteira, você muda todo o seu patamar de vida para poder estar cuidando daquela pessoa na hemodiálise, pra nós mães a gente fica com medo de tudo...”. (M4)

“Sem falar na comida né... as vezes vai muito bem, mas as vezes eles se revoltam, porque eles falam que é tudo muito regrado, eles são adolescentes, entra naquele negócio, que todo mundo pode e a gente não pode...”. (M4)

Super proteção

É importante destacar a participação da família na prestação dos cuidados ao paciente em tratamento hemodialítico, exercendo assim papel de proteção além de servir como apoio no enfrentamento das dificuldades vindas da doença crônica e do tratamento (PREZOTTO; ABREU, 2014). Nesse sentido, ocorre muita dedicação da família, sendo que o apoio familiar é essencial para auxiliar as crianças e adolescentes no tratamento e na recuperação da saúde desses pacientes (PENNAFORT; QUEIROZ; JORGE, 2012).

A superproteção pode ser um fator limitador que interfere no desenvolvimento da criança e do adolescente, assim como no seu enfrentamento da doença, pois restringem as crianças e adolescente de realizarem alguma atividade. Contudo, evidencia que as mães são as que mais participam no tratamento, tanto das crianças, quanto dos adolescentes.

“Fica feliz quando ela pede pra mãe dela deixar ela ir na lan house, e as vezes ela pede e ela não deixa, porque ela quer ir sozinha e a mãe dela só deixa ir com acompanhante.” (M6)

“A IRC, atrapalha de certa forma, ou ta com o cateter ou com a FAV, se esta com o cateter já não vai pra escola, eu mando ele morrendo de medo, porque não da pra bater o braço da FAV... Vai que bate o braço e provoca sangramento. Na segunda, quarta e sexta eu faço questão de levar.” (M7)

“Brincar com outras crianças também não deixo, por causa do cateter.” (M8)

Sentimento de culpa

A culpa é um sentimento vivenciado por muitas mães de pacientes com IRC. A necessidade de uma hospitalização e/ou a aceitação de uma doença torna-se comum que os pais se sintam culpados pela doença, sentindo-se incapazes de protegê-los (FERREIRA, 2013).

Muitas vezes, as mães ficam se sentindo culpadas pela doença, às restrições que tem devido o tratamento, proibindo eles de fazerem, comerem e beberem o que gostam, pois retém liquido e passam mal.

“No meu caso, eu to falando que eu me sinto uma criminosa, desde muito cedo a (filha) foi crescendo nisso, fico pensando que eu sou ruim, desde que nasceu eu venho com esse tratamento, é difícil...”. (M9)

“Eu pus na minha cabeça que eu tinha certeza que o (filho) é renal crônico por minha culpa, porque eu não tinha feito o pré-natal e que foi isso que causou a doença nele, era isso que eu carregava na minha mente”. (M5)

A Expectativa do transplante renal

Segundo Carvalho et al., 2010 “O transplante renal é considerado o melhor tratamento para o estágio final da doença renal crônica comparado aos métodos dialíticos”.

Estudos mostram que as crianças percebem a realização do transplante renal como uma possibilidade de voltarem a vivenciar uma vida normal. A vantagem do transplante é que ele oferece melhorias na QV, desejo de ser como qualquer outra criança ou adolescente, possibilitando ter uma dieta menos rigorosa e realizar atividades próprias de sua idade, como qualquer outra criança da sua faixa etária. Visto que, possuem limitações impostas pela doença e pelo tratamento em sua rotina de vida, criando assim, uma expectativa de mudança no estilo de vida, podendo brincar, retornar a escola e viver sem as restrições impostas pela doença (SETZ; PEREIRA; NAGANUMA, 2005; FROTA, et. al.; 2010; Abreu et al., 2014).

“O transplante ia trazer mais liberdade para eles” (M10)

“A minha filha não vê a hora de fazer o transplante, isso vai deixar ela muito alegre”. (M8)

“É muito difícil ver a criança toda a vida sofrendo e com o transplante a gente vai

ficar muito feliz e vai dar certo.” (M2)

Portanto, as mães acham que um rim (transplante) traria mais liberdade para os filhos, não teriam a vida tão regrada, melhoraria a QV e isso diminuirá mais o preconceito da sociedade em relação à insuficiência renal crônica (IRC) e a hemodiálise.

Tristeza

Nessa perspectiva, os pais se sentem sobrecarregados e sofrendo, pois a IRC atinge toda a família, inclusive a vida dos irmãos, o que muitas vezes, precisam privando-os de várias coisas (VIEIRA; DUPAS; FERREIRA, 2009).

Devido à doença e o tratamento as mães acabam vivendo somente para os filhos. Como passam muito tempo no hospital, três vezes por semana, acabam “criando uma família”, uma ajudando a outra a cuidar dos filhos. Em decorrência de muito tempo dedicado aos filhos as mães se sentem cansadas, tristes, sem ânimo e sem vontade de realizar outras atividades.

“O nosso astral fica lá em baixo, quando um passa mal a outra fica preocupada”. (M4)

“Chega uma hora que a gente baixa mesmo, dá uma deprê legal, tô cansada, aí tem hora que a gente tem segurar uma na outra e vamos levando...”. (M9)

Autocuidado

Apesar das dificuldades enfrentadas, os pacientes assumem responsabilidades, buscando se adaptar em relação à restrição alimentar, controle hídrico, medicações e a FAV procurando assim, compreender e conviver com tais limitações impostas pela IRC e seu tratamento (ABREU et al., 2014).

Muitos pacientes com IRC sabem das suas limitações e cuidam da saúde para evitar novos problemas. Quando saem, não exageram, principalmente, os adolescentes, evitam saírem em festas para evitarem o consumo de líquidos.

“O meu (filho) cuida na comida, ele fala: olha mãe esse aqui eu não posso comer e não come. Quando vai em uma festa come só um brigadeiro, porque se come mais já sabe que faz mal”. (M7)

“A (filha) cuida do líquido, sabe que não pode tomar muita água, porque tem medo de ficar internada, ela mesma se controla”. (M2)

“O (filho) cuida do sal... toma os remédios bem certinho, não precisa mandar, ele mesmo sabe os horários”. (M11)

Evasão escolar

A IRC afeta as atividades diárias das crianças e dos adolescentes, inclusive, interfere a vida escolar, devido o tempo dedicado para o tratamento.

Uma pesquisa realizada em 2012 apontou dificuldades em dar continuidade aos estudos, em relação a acompanhar as aulas em razão do tratamento. Pois a terapêutica

exige frequência ao hospital para realizar a hemodiálise, exames e internações em alguns casos (PENNAFORT; QUEIROZ; JORGE, 2012).

Em concordância, outros autores trazem prejuízos em relação a atividades sociais e escolares, pois as crianças e adolescentes têm que faltar aulas e/ou chegar atrasados devido às sessões de hemodiálise, consultas médicas, exames e, até mesmo por imprevistos (alterações clínicas) que ocorrem na hora da diálise (ABREU et al., 2014).

“O (filho) ta fora da escola desde novembro, até tirar esse cateter ele vai ficar em casa”. (M12)

“O (filho) abandonou até aula agora, mas eu to pensando, porque matricular ele pra ir pra escola dois dias por semana, eu acho que não compensa”. (M11)

“Ele perdeu 1 ano da escola por causa do cateter, sem contar o mal estar e juntava com o cateter por causa das piadas”. (M4)

5 I CONCLUSÃO

Ao término da pesquisa concluiu-se que os sentimentos mais vivenciados pelas mães das crianças e adolescentes com IRC estão relacionados ao estigma; alteração da imagem corporal; alteração da rotina diária; super proteção; sentimentos de culpa; expectativa do transplante renal; tristeza; autocuidado e evasão escolar. Trata-se de sentimentos que permitiram identificar algumas necessidades, buscando compreender de que forma a IRC interfere na QV.

Diante do apresentado, observou – se que o diagnóstico de IRC atrapalha a vida das crianças e adolescentes, bem como dos seus cuidadores. E com isso, evidenciou que as mães são as que mais estão envolvidas/presentes no tratamento da doença crônica.

Portanto, espera-se que a realização desta pesquisa, traga subsídios para a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada a crianças e adolescentes renais crônicos, que os resultados encontrados sirvam como base para o fortalecimento do conhecimento na área de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 95-100, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6447>>. Acesso em 10 jan 2016.

ABREU, I. S.; KOURROUSKI, M. F. C.; SANTOS, M. D. M. S. S.; BULLINGER, M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G.; SANTOS, C. B. Crianças e adolescentes em hemodiálise: atributos associados à qualidade de vida. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 601-609, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400005>>. Acesso em 15 mar 2016.

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

CARVALHO, L. K. C. A. A.; LIMA, S. M.; CARNEIRO, V. A.; LEITE, R. F.; PEREIRA, A. M. L.; PESTANA, J. O. M. Fatores de risco cardiovascular em pacientes pediátricos após um ano de transplante renal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 114-118, 2010. Disponível em: <https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-21002010000100018/1982-0194-ape-S010321002010000100018.x45416.pdf>. Acesso em 21 fev 2016.

FERREIRA, P. R. A. **Doença crônica na infância: importância do núcleo familiar**. Monografia apresentada a Universidade Católica Portuguesa para finalização da Licenciatura em Psicologia. 34 p. 2013. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0324.pdf>>. Acesso em 09 mar 2016.

FERREIRA, M. J. A. S.; LIMA, R. F.; ALBUQUERQUE, A. J.; SANTOS, V. E. F. A.; SILVA, A. R. S.; MEDEIROS, C. S. Q. O cuidado à criança com insuficiência renal: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**. Recife, v. 1, n.1, p. 37-49, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/view/1058>>. Acesso em 10 dez 2015.

FROTA, M. A.; MACHADO, J. C.; MARTINS, M. C.; VASCONCELOS, V. M.; LANDIN, F. L. P. Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. **Esc Anna Nery**, v. 14, n.3, p. 527-533, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a14>>. Acesso em 12 mar 2016.

KOEPE, G. B. O.; ARAÚJO, S. T. C. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fistula arterio venosa em seu corpo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.spe, p. 147-151, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a02v21ns.pdf>>. Acesso em 04 fev 2016.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. Guanabara Koogan, 9ª ed., v. 2, Rio de Janeiro, 2014.

PENNAFORT, V. P. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1057-1065, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/04.pdf>>. Acesso em 08 abr 2016.

PREZOTTO, K. H.; ABREU, I. S. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 600-605, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9715/9794>>. Acesso em 07 abr 2016.

RIYUZO, M. C.; MACEDO, C. S.; ASSAO, A. E.; FEKETE, S. M. W.; TRINDADE, A. A. T.; BASTOS, H. D. Insuficiência renal crônica na criança: aspectos clínicos, achados laboratoriais e evolução. **J Bras Nefrol**. V 25, n. 4, p. 200-208, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unasus.ufma.br/nefro_20142/repositorio/modulo5/Insuficiencia_renal_cronica_na_crianca_aspectos_clinicos_achados_laboratoriais_e_evolucao.pdf>. Acesso em 24 out 2015.

RODRIGUES, I. G.; NAKAHATA, K.S. Estudos de enfermagem sobre a Doença Renal Crônica. **Rev Enferm UNISA**. V. 13, n. 1, p. 37-42, 2012. Disponível em: <<https://silo.tips/download/estudos-de-enfermagem-sobre-a-doena-renal-cronica>>. Acesso em 11 dez 2015.

SETZ, V. G.; PEREIRA, S. R.; NAGANUMA, M. O transplante renal sob a ótica de crianças portadoras de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico - estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 295-300, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a10v18n3.pdf>>. Acesso em 19 jun 2016.

VIEIRA, S. S.; DUPAS, G.; FERREIRA, N. M. L. A. Doença renal crônica: conhecendo a experiência da criança. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n.1, p. 74-83, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a11.pdf>>. Acesso em 11 mar 2016.

CAPÍTULO 21

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O ADOLESCENTE: UM DESAFIO NA CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 27/11/2020

Clebiana Alves e Silva Diniz

Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória/CAV
Departamento de enfermagem
Vitoria de Santo Antônio-PE
<http://lattes.cnpq.br/9015193294848030>

Cleide Monteiro Zemolin

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/4113726884854713>

Caren Franciele Coelho Dias

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Santa Maria –RS
<http://lattes.cnpq.br/3259327367673605>

Andressa Teixeira Machado

Centro Universitário Franciscano – UNINFRA
Santa Maria – RS
CV: <http://lattes.cnpq.br/32593236763605>

Taís Foletto Bevilaqua

Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/5793230226125128>

Tainan de Andrade Rocha

Centro Universitário de Santo Agostinho
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5793230226125128>

Anna Gariella Borges Galvão

FISMA – Faculdade Integrada de Santa Maria
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/5034606079964254>

Bruna Vogel Portella Carvalho

FISMA – Faculdade Integrada de Santa Maria
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/3510959049329296>

Ezequiel da Silva

Enfermagem pela faculdade Integrada de Santa Maria – RS- FISMA
Santa Maria – RS
<http://lattes.cnpq.br/9650033772046343>

RESUMO: Este estudo tem como objetivo identificar fatores que dificultam a adesão de adolescentes aos serviços de saúde. Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, do qual fizeram parte profissionais da ESF I e II e adolescentes de duas escolas adscritas no município de Vitória de Santo Antão - PE. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semi-estruturada e gravada através de gravador portátil. Foi realizada análise de conteúdo temática transversal proposta por Bardin. A partir das entrevistas emergiram quatro unidades temáticas: Dificuldades enfrentadas no atendimento aos adolescentes e sugestões para a sua reorganização; Saúde do adolescente e interdisciplinaridade; Percepção dos adolescentes em relação às atribuições do ESF e Demanda dos adolescentes ao serviço e sugestões para a sua reorganização. Portanto faz-se necessária a adoção de novas estratégias

para que os adolescentes sintam-se inseridos no serviço de saúde e possam efetivamente atuar como protagonistas nas ações de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Adolescente.

FAMILY HEALTH STRATEGY AND ADOLESCENTS: A CHALLENGE IN THE CONSTRUCTION OF LINK

ABSTRACT: This study aims to identify factors that hinder the accession of adolescent health services. Descriptive exploratory study with a qualitative approach, in which were part of the research professionals ESF I and II and adolescents from two schools ascribed in Vitoria de Santo Antao - PE. To collect the data used was semi-estuturada and recorded by portable recorder. We performed cross-thematic content analysis proposed by Bardin. From the interviews emerged four thematic units: Difficulties experienced in serving adolescents and suggestions for its reorganization, Adolescent health and Interdisciplinarity, perception of adolescents in relation to the tasks of ESF and adolescents Demand service and suggestions for its reorganization. Therefore it is necessary to adopt new strategies for adolescents to feel included in the health service and can effectively act as protagonists of health.

KEYWORDS: Adolescence. Primary Health Care. Family Health Strategy. Adolescent Health.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil foram destinadas aos adolescentes desde as primeiras reflexões sobre saúde, observadas a partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, as quais instituem saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com base nessa concepção, abriu-se o espaço para a implantação de ações programáticas destinadas a saúde do adolescente^{1,2}.

Neste sentido, O PROSAD – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente foi criado em 1989 para que os municípios e o Distrito Federal trabalhassem de forma efetiva e oferecessem atenção integral a esse contingente da população^{2,3}.

As ações do PROSAD foram alvo de diversas críticas e dificuldades desde sua implementação até a atualidade; as ações realizadas pelos profissionais são avaliadas como limitadas, incipientes e pontuais⁵. Um dos fatores que dificultam sua implementação efetiva decorre do “despreparo” dos profissionais para atuar com jovens, seja nos municípios, seja no Distrito Federal, com consequência na prestação de atendimento de forma integral a essa população¹³. As instituições formadoras, por outro lado, também não possuem na sua grade curricular, de forma vigorosa e sistematizada, a disciplina saúde do adolescente, sendo esta temática incluída em outras disciplinas como saúde da criança, saúde da mulher, deixando o profissional desabilitado para lidar com esta fase complexa do desenvolvimento humano¹⁶.

Dentro desta perspectiva vale destacar que o PROSAD é uma das políticas públicas destinadas aos adolescentes, lançando áreas prioritárias de atuação como: crescimento e

desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, fundamentadas nos princípios da integridade e multidisciplinaridade, associada à política de promoção e prevenção dos agravos, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação desses agravos já instalados.² Entretanto, não se tem realizado o atendimento dessas áreas de forma eficiente pelo despreparo dos profissionais de saúde em lidar com os adolescentes¹⁵.

Dessa forma observa-se que as práticas profissionais ainda mantêm o modelo biomédico, sendo determinadas por “pacotes fechados” de forma a atenderem à população de maneira unificada, descaracterizando suas necessidades específicas e suas subjetividades, o que, com relação à saúde dos adolescentes, mostra-se particularmente danoso.²⁰ Os serviços e os profissionais tendem a ofertar práticas meramente curativas, supervalorizando a medicalização, não ultrapassando o âmbito biológico, e assim banalizam os aspectos biopsicossociais e as necessidades dos adolescentes e jovens.⁴

Dentro desse enfoque, apesar de haver estudos sobre a importância de o jovem ser coparticipante na construção de políticas públicas no setor saúde, este ainda é visto nos documentos relativos às políticas por uma ótica de riscos e vulnerabilidade.⁶ Ações programáticas e pontuais se fazem presentes e ainda não avançaram para a efetivação do que está descrito na política de saúde do adolescente.⁵

Entretanto os profissionais precisam ser capazes de ver efetivamente os jovens nos espaços sociais de sua vida, atender a suas demandas e necessidades para além de um foco de problemas e riscos, sendo estes compreendidos como sujeitos, fazendo com que esse diálogo traga repercussões para sua qualidade de vida.⁵ Todavia, é de suma importância o diagnóstico da área em que a unidade de saúde encontra-se, pois só assim esses profissionais poderiam conhecer as necessidades dos comunitários adscritos a ESF prestando, assim, um atendimento de qualidade.¹⁰

Estudo realizado no Brasil demonstra que os programas criados para os adolescentes e jovens os mantêm como seres passivos em sua atenção no processo saúde-doença, não levando em conta sua diversidade socioeconômica e cultural, visto que essas políticas são verticais, impostas e meramente para se cumprir metas em prol de recebimento de verbas por parte do Ministério, o que tem impossibilitado a participação ativa dos adolescentes. O que poderia resultar em mudanças de paradigma não é capaz sequer de promover a incorporação destes últimos como atores sociais, com direitos e oportunidades de participar efetivamente do novo projeto social que se descortina.⁶

Nessa perspectiva os profissionais não conseguem enxergar as necessidades de saúde dos jovens para além das doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez e das drogas, não levando em consideração as características relacionadas ao desenvolvimento psicossocial, o que tem resultado no fracasso das políticas de saúde. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, a capacitação profissional, a estrutura física adequada e a

inserção dos adolescentes no planejamento das ações passam a ser elementos-chave no processo de reformulação da atenção primária ao adolescente, no sentido de melhorar a assistência prestada a esse segmento social.⁷

Vale destacar que a percepção sobre saúde sinaliza uma concepção holística e ecológica inter-relacionada com outros fenômenos, numa perspectiva que vai além do foco dos programas e práticas atuais, fazendo com que seja valorizado o vínculo entre profissionais e jovens na atenção primária o que possibilita cada vez mais a busca destes pelos serviços de saúde.⁹

Assim, em reflexões sobre essa problemática e observada a pouca existência de estudos que buscam compreender os motivos pelos quais os adolescentes não frequentam regularmente os serviços de saúde, surgiu o interesse em desenvolver essa pesquisa cujo objetivo principal é identificar, através da percepção dos próprios adolescentes e profissionais, fatores que dificultam a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Optou-se por este tipo de abordagem, pois favorece a compreensão do fenômeno durante o processo ao verificar a existência de relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do ser.¹⁴

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Alto da Bela Vista e em duas escolas públicas do município de Vitória de Santo Antão – PE adscritas à ESF; o levantamento dos dados quantitativos foi realizado em 8 microáreas, por ser campo de atuação da Residência Multiprofissional. A unidade é composta por duas equipes de saúde com 22 microáreas e aproximadamente 5.000 famílias cadastradas. Verificou-se como complemento dos dados qualitativos o perfil sociobiodemográfico dos adolescentes e jovens de 10 a 24 anos. Os dados foram coletados das fichas de cadastramento das famílias (FICHA A), de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde, sendo avaliado um quantitativo de 1057 adolescentes e jovens residentes nessa área.

Na pesquisa qualitativa participaram das entrevistas 5 profissionais de nível superior que fazem parte da equipe da ESF da Bela Vista. O médico não participou por falta de tempo, e o odontólogo não aceitou participar. Foram entregues 100 termos aos adolescentes para a devida autorização de todos os pais e/ou responsáveis daqueles que se encontravam na faixa etária entre 10 e 18 anos e que estudavam nas escolas escolhidas para o estudo. Contudo, só 15 jovens voltaram com a autorização e, destes, apenas 5 quiseram participar do estudo. Observou-se que houve uma baixa adesão por parte dos adolescentes, mesmo o pesquisador já sendo conhecido da comunidade há dois anos, visto que desenvolvia ações de saúde nas escolas em questão. Ficam as questões: o que poderia ter ocorrido para que houvesse a baixa adesão dos adolescentes as entrevistas? O fato de ter realizado

as entrevistas com gravador teria intimidado os adolescentes?

É importante ressaltar que não houve saturação das falas, uma vez que se trabalhou com o quantitativo que aderiu à pesquisa.

As entrevistas dos adolescentes foram realizadas em salas privativas nas escolas adscritas e a dos profissionais no local de trabalho (unidade de saúde); as falas foram gravadas utilizando-se gravador portátil.

A análise qualitativa foi realizada com base no método proposto por Bardin através da análise do conteúdo, dividida em três fases distintas, sendo a primeira fase a exploração do material, que é a etapa de codificação, na qual foram feitos recortes em unidades de contexto e de registro. A segunda foi a construção de unidades temáticas. E a última fase consistiu no tratamento e inferência, interpretação, onde os conteúdos recolhidos constituíssem análises reflexivas.

A coleta de dados foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE CAEE nº 03063512.5.0000.5208 obedecendo à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Residem nas 8 microáreas que compõem a área do estudo, onde inicialmente foi realizado o diagnóstico epidemiológico pelo Programa de Residência Multiprofissional do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, 1057 adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos. A população apresenta-se proporcional em relação aos sexos masculino (525) e feminino (532), sendo a maioria alfabetizada (98,9%), residente com os pais (88,4%), em grupo familiar contendo de 03 a 04 pessoas que não possuem plano de saúde (96,4%), e tendo em sua maior parte (78,1%) chefes da família que se dizem alfabetizados.

Com base nas entrevistas emergiram quatro unidades temáticas, denominadas: Dificuldades enfrentadas no atendimento aos adolescentes e sugestões para a sua reorganização; Saúde do adolescente e interdisciplinaridade; Percepção dos adolescentes em relação às atribuições da ESF; Demanda dos adolescentes ao serviço e sugestões para a sua reorganização.

Entrevista com os profissionais

TEMÁTICA 1- Dificuldades enfrentadas no atendimento aos adolescentes e sugestões para a sua reorganização

A escolha por essa categoria surgiu da análise dos discursos que caracterizam as dificuldades encontradas para realizar atendimento aos adolescentes. Dessa forma quando questionados se sentiam dificuldades para trabalhar com adolescentes descreveram que:

[...] Sim, porque eles são bem fechados à conversação, eles não permitem que a gente converse, numa palestra eles ficam tímidos pra participarem, para tirar dúvidas e acaba que fechando uma porta da gente pra eles e deles pra gente, a gente não tem como atingir com tanta facilidade como qualquer outro grupo. (E2 - Fisioterapeuta).

[...] Eu sinto, porque eu acho que os adolescentes são muito complicados. Para trabalhar com eles a gente tem que ter um jeito de falar de uma forma que eles entendam e que não levem na brincadeira, então é a parte educativa em que você tem que educar informando. A gente precisa ser rigorosa com eles. (E1 - Enfermeira).

Os profissionais entrevistados da ESF relataram que o atendimento ao adolescente é considerado tarefa de difícil execução, e que se associam a essas dificuldades as características próprias da adolescência, uma fase complexa do desenvolvimento.

A literatura relata haver realmente dificuldades da família e das equipes de saúde para lidar com os adolescentes e suas necessidades,¹⁹ cita ainda que os adolescentes utilizam a comparação com o transtorno afetivo para justificar as bruscas mudanças de humor e atitudes. Outros estudos demonstram que é um ponto bastante positivo por parte dos profissionais conseguirem perceber esses comportamentos, uma vez que muitos não são capacitados para tal, no entanto ainda se faz necessária a oferta de cursos de forma continuada às equipes para que estas se sintam seguras e possam lidar melhor com as alterações de comportamento inerentes a este contingente populacional.^{14, 20}

Estes comportamentos que são comuns à fase da adolescência têm dificultado o processo de cuidar por parte dos profissionais como bem é observado na fala a seguir:

[...] Sinto, sim, dificuldade, até por conta da energia deles e da dificuldade que eles têm de parar um pouquinho, ouvir até a mensagem que a gente tá tentando transmitir, a idade mesmo e a própria imaturidade geram essa dificuldade. (E4 - Terapeuta ocupacional)

Outra questão a ser evidenciada nos depoimentos é que os profissionais atribuem aos adolescentes as dificuldades de atendimento e de aproximação, não se dando conta de que são os próprios profissionais que precisam elaborar estratégias para adequar as ações às necessidades dos adolescentes, podendo assim atingir um público bem maior, construindo e fortalecendo o vínculo entre profissionais/adolescentes/serviço de saúde.

Dentro desse aspecto, observou-se uma contradição entre os profissionais, pois ao mesmo tempo em que eles não conseguem elaborar estratégias para melhor adesão dos adolescentes, refletem quanto à reorganização das ações destinadas a estes como forma de atraí-los aos serviços de saúde.

As ações desenvolvidas pelos profissionais nas ESFs devem ser realizadas de acordo com a necessidade dos adolescentes, despertando nestes o interesse em participar. A equipe entrevistada se refere à importância de se ter atenção específica para

os adolescentes, um local que eles possam procurar para tirar suas dúvidas sobre diversos temas de saúde, porém as ações precisam ser diferenciadas para se ter uma maior adesão destes ao serviço de saúde. Sendo assim, os profissionais sugerem como deveriam ser essas ações:

[...] A gente deveria fazer ações na praça, porque assim a gente conseguiria atingir um público bem maior de adolescentes e jovens. Com distribuição de preservativos, como fazer uso dos preservativos, como usar o contraceptivo, fazer atividades lúdicas pra que eles participem melhor, porque adolescente hoje em dia a partir dos 12, 13 anos já é considerado adolescente. E assim atividades lúdicas influenciariam muito abordando todos os tipos de temas. (E2 - Fisioterapeuta).

[...] Em relação ao atendimento, para atrair mais o adolescente para a unidade de saúde, acho que seria mais essa questão de dúvidas sobre sexualidade. A gente chamá-los e fazer essas palestras. Eu acho que o que chama mais atenção deles é isso é a sexualidade. E diante da sexualidade a gente poderia desencadear aí em relação ao uso dessas drogas, planejamento familiar. Eles não têm esse acolhimento em casa e procuram às vezes com amigos, através de internet, que muitas vezes não esclarecem de maneira correta. Então, acho que a gente como saúde da família, o programa deve fazer essa promoção diante dessa parte da sexualidade, de álcool e drogas e de planejamento. (E5 - Enfermeira).

Ao analisarmos as falas dos profissionais observamos que lançam propostas para realizar ações extramuros da unidade na tentativa de atingir uma quantidade maior de adolescentes estando de acordo com estudo realizado sobre o programa de atenção à saúde dos adolescentes PROSAD, em que é visto que se preconizam atuações de equipe multiprofissional e ações extramuros, ultrapassando a delimitação física da unidade de saúde, com atuação nas escolas, clubes, praças e outros locais frequentados pelos adolescentes, na busca de proporcionar atendimento integral dentro das necessidades dessa população¹⁰.

Os profissionais aqui estudados acreditam que as ações em praças se fazem importante para ganhar mais visibilidade pelos adolescentes e estes possam ter maior adesão às ações oferecidas, porém não desconsiderando a necessidade de oferecer atendimento individualizado em local próprio e privado, garantindo o sigilo.

Dessa forma a apreensão de características psicossociais da adolescência pode instrumentalizar intervenções com maior potencial de efetividade.

Ver os adolescentes em todas as suas dimensões, criar e fortalecer o vínculo de confiança destes com os serviços/profissionais de saúde pode ser o caminho para que os adolescentes se sintam mais à vontade e procurem tais serviços. Ampliar o campo de atenção e cuidado e, conseqüentemente, a oferta de serviços nas unidades básicas de saúde nas respectivas áreas de abrangência.¹⁸

TEMÁTICA 2- Saúde do adolescente e interdisciplinaridade

[...] No PSE trabalham a enfermeira – eu, dentista, ACD de saúde bucal, a equipe multidisciplinar do NASF e o médico quando a gente o solicita vai também. E aí o pessoal trabalha fazendo as palestras, fazendo atividades educativas; os ACS também participam. (E1- Enfermeira).

[...] Assim, a participação é em conjunto, equipe de saúde e NASF, agora mais forte por causa do programa de saúde na escola. Antes existia, mas com um público menor e às vezes não tinha, era muito difícil de a gente atingir, mas a gente consegue participação, é sempre conjunta. (E2 - Fisioterapeuta).

De acordo com as falas acima identificamos que há interdisciplinaridade entre os diversos profissionais nas ações educativas.

Também é possível constatar mudanças no atendimento, pois antes as ações que eram feitas por um único profissional ou, muitas vezes, não aconteciam, atualmente estão ocorrendo de forma inter-relacionada entre as diversas especialidades, na tentativa de oferecer um atendimento de melhor qualidade. Porém, ainda é observado que o profissional médico não se engaja no planejamento e elaboração das ações estando presente apenas quando o mesmo é solicitado. Haja vista que as ações desenvolvidas ainda continuam com o foco meramente curativo, não evoluindo para questões mais complexas que envolvem a vida do escolar adolescente, as ações de forma verticalizadas são delegadas aos municípios, meramente para cumprir metas, como garantia do recebimento das verbas, o que mostra resultados insatisfatórios em relação às mudanças dos hábitos de vida e vulnerabilidade aos riscos extrabiológico pelos adolescentes.

Observa-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde ainda são marcadas pela fragmentação, pois o adolescente é visto apenas sob uma ótica que é a da queixa clínica, onde as demais necessidades não são consideradas nas consultas. Possivelmente tal fato decorre da hegemonia da visão unidimensional da saúde onde esta é reduzida ao biológico.

Quando questionado sobre as ações voltadas para adolescentes na unidade disseram que:

[...] Específico para adolescente, não, existem adolescentes relacionados ao pré-natal e a gente vai e trabalha com elas frisando o pré-natal, agora específico em relação a eles não. (E5 - Enfermeira).

[...] Sim, mas é acontecendo agora com mais intensidade, com o PSE onde se atende crianças e adolescentes e aí a gente atende um público maior porque nas áreas não tinha como atendê-los. (E2 - Fisioterapeuta).

[...] não, em minha opinião não existe, geralmente é um público bastante difícil de chegar até ele. (E4 - Terapeuta Ocupacional).

Os profissionais entrevistados não entraram num consenso quanto às ações destinadas aos adolescentes na ESF, muitos desconhecem as áreas prioritárias de atuação do PROSAD, entre elas a saúde do escolar adolescente, visto que é uma das modalidades que, se fosse realizada como preconizada pelo programa de saúde na escola, seria uma das estratégias para que os profissionais pudessem se aproximar e estabelecer vínculos com os adolescentes e suas famílias.

Estudos realizados junto a essa população apontam que as ações voltadas para a promoção da saúde do adolescente vêm sendo incipientes ao longo dos anos, apesar da existência de política institucional capaz de atender às especificidades e subjetividades deste público de forma a interferir em sua qualidade de vida. A mesma não se consolidou como estabelecida devido a diversos fatores associados já citados anteriormente.⁷

Tal fato pode ser reflexo da política nacional de saúde que privilegia a atenção à saúde ao grupo materno-infantil. Em relação aos adolescentes, mesmo existindo o PROSAD, que determina atendimento de forma integral, ainda é observado que se priorizam ações de rotina nos serviços voltadas primordialmente à sexualidade e reprodução.¹⁶

Dentro deste enfoque, o profissional de saúde, por sua vez, desde a sua formação, é capacitado a identificar sinais e sintomas de doenças e agravos já instalados e realizar apenas o tratamento em busca da cura de DST, HIV, o acompanhamento da gravidez na adolescência, problemas estes que poderiam ser evitados com ações de promoção e prevenção de saúde.

Sob esse ponto de vista, o estudo realizado está de acordo com outros em que foram observados iniciativas de trabalho com adolescentes. Mesmo que isoladas, mostraram-se importantes na reorganização das atividades dos profissionais adequando em consonância com as necessidades dos adolescentes contemplando a dupla dimensão, individual e coletiva, do processo de saúde doença ampliando o campo da atenção e do cuidado.¹⁸

Entrevista com os adolescentes

TEMÁTICA 3- Percepção dos adolescentes em relação às atribuições da ESF

Esta categoria surgiu a partir dos relatos dos jovens quando perguntado se recomendariam os serviços de saúde na unidade para seus amigos, obtendo-se as seguintes falas:

[...] Sim, porque lá tem médico pra fazer curativo, tem médico de pele, assim, esses serviços. (E1 - Adolescente).

[...] sim, porque se ele tivesse doente. (E2 - Adolescente).

[...] Sim, porque o posto é bom, o enfermeiro é legal, se você tiver doente o médico passa alguma coisa pra gente tomar. (E3 - Adolescente).

Ao analisar as falas dos adolescentes, observou-se que estes têm uma visão histórica própria do modelo biomédico meramente curativo, utilizada nas unidades de saúde pelos profissionais. Quando perguntado se eles recomendariam os serviços da unidade a um colega, responderam que sim, porém a procura à ESF se dava apenas quando existia uma queixa clínica associada.

Dessa forma, fica claro que o processo de reduzir a ESF ao atendimento de queixas clínicas de natureza orgânica, pode ter como consequência a não ida dos adolescentes ao serviço de saúde. Os adolescentes na grande maioria sentem-se saudáveis, sendo os problemas que os afligem de natureza sócio-emocional e a morbi-mortalidade decorre principalmente de causas externas.

A ESF ainda possui um serviço incipiente, do qual a população desconhece os objetivos considerados para sua implantação, como observado nas falas dos sujeitos; fator que contribui para a procura apenas em situações de doença. Embora os adolescentes busquem o serviço por demanda espontânea, pois não se tem na programação da unidade um turno específico para o adolescente, como existe o da puericultura, pré-natal dentre outros, se faz necessário e importante que os profissionais preservem um atendimento de qualidade e promovam uma formação de vínculo que seja determinante para o reconhecimento da ESF como porta de entrada na saúde.

TEMÁTICA 4- Demanda dos adolescentes ao serviço e sugestões para a sua reorganização

A busca dos adolescentes pela Unidade de Saúde da Família para a resolução de queixas clínicas provoca uma reflexão sobre esta prática, pois quando perguntamos se eles já procuraram o posto referiram que:

[...] Não, porque eu não estava doente, não tava com nada. (E3 - Adolescente).

[...] esse ano eu não tive doença para ir pro posto. (E1 - Adolescente).

[...] tive quando eu acho que eu tinha uns 12 anos, quando eu peguei um germe de cachorro e eu fui lá e eu fui atendida muito bem levei, 4 injeções e eu gostei muito do atendimento, esse ano eu não procurei nenhuma vez o posto, porque eu não tive nenhuma ocorrência de caso de doença. (E5 - Adolescente).

A centralidade na doença ainda se deve à cristalização do modelo biomédico de se pensar na saúde apenas como ausência de doença, pois é possível observar que os adolescentes desconhecem que o ESF tem a função de prestar atendimento de forma integral, priorizando a promoção e a prevenção da saúde, concomitante ao tratamento e recuperação de doença ou agravo agudo ou crônico.

Entretanto, foram observadas muitas contradições nas falas dos adolescentes, pois

ao mesmo tempo em que eles destacam o processo curativo da unidade, são capazes de sugerir mudanças em função de seus interesses e necessidades, o que é bem evidenciado nas falas abaixo:

[...] Médicos próprios pra atender a gente, os adolescentes. (E1 - Adolescente).

[...] Grupos, oficinas, essas coisas. (E4 - Adolescente).

[...] Mais cumplicidade, vínculo com os adolescentes, pois essa fase de adolescente é muito complicada, ninguém entende os adolescentes, então eu acho que deveria ter um psicólogo, para atender, falar com o adolescente e saber entender, porque se não é muito difícil. Grupos, reuniões, falando pra deixar o adolescente mais solto, à vontade, pra eles falarem o que quiserem. (E5 - Adolescente).

Com relação a esse aspecto, podemos destacar que independente dos adolescentes conhecerem ou não o que propõe a ESF, eles conseguem falar de suas expectativas acerca do que gostariam que o serviço oferecesse, indicando estratégias para atrair um maior contingente de adolescentes. Por um lado, a referência a necessidade de ter médicos especialistas em atender adolescentes, isso é uma forma de dizer que precisam de médicos que consigam atendê-los, privilegiando sua subjetividade e necessidade individual e coletiva, médicos que tenham uma visão holística e, conseqüentemente, contemplem os aspectos físicos, como também os sociais e emocionais.

Além do médico, os adolescentes sinalizam a necessidade de outros profissionais como o psicólogo, que melhor pode escutá-los e atendê-los. O que se pode observar nas falas acima é que eles precisam mesmo é de profissionais que sejam capazes de escutar suas queixas, problemas, conflitos e dúvidas sobre todo o processo que perpassa a adolescência. A fórmula do sucesso para aumentar a demanda destes ao serviço de saúde pode ser feita através dessas sugestões, pois é o que mais se aproxima do que é preconizado pelo PROSAD.

Sendo assim, este estudo mostra que para um atendimento efetivo aos adolescentes faz-se necessária a organização do trabalho nas equipes e consolidação da política de saúde do adolescente para “ampliar o acesso à rede de atenção básica de saúde, que, por conseguinte, deverá criar espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes”.¹⁹

Dentro dessa perspectiva, o indivíduo que procura a unidade de saúde está em busca de ser ouvido e atendido em suas necessidades, pois assim sente-se confiante, amparado e seguro no seu atendimento; com os adolescentes não é diferente. A maioria deles sente vergonha e medo de ser repreendido e intimidado pelo profissional, tornando o ato de procurar a unidade uma atitude difícil.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo permitiu a reflexão sobre a percepção dos adolescentes e profissionais sobre as dificuldades para a procura e adesão dos adolescentes nas ações do serviço de saúde quando estas são oferecidas. De acordo com essas percepções, observou-se que existe dificuldade acentuada por parte dos profissionais em atender aos adolescentes. Assim, fica evidenciado que se faz necessária a adoção de novas estratégias para que os jovens se sintam inseridos no serviço e possam efetivamente atuar como protagonistas na ESF.

Entre as necessidades e as dificuldades de atenção integral ao indivíduo, destacam-se a aplicação do modelo biomédico, que ainda é forte nas práticas atuais, e tem dificultado a procura dos adolescentes aos serviços, uma vez que quase não apresentam queixas de natureza clínico-biológica. Outro problema são os profissionais que não se sentem qualificados para lidar com a população adolescente, e assim, muitas vezes, acabam atribuindo-lhes tal dificuldade para a não adesão dos jovens.

O problema de qualificação profissional e estrutural tem dificultado profundamente esse processo, o que nos leva a crer que uma das estruturas a serem trabalhadas com maior veemência é a formação e a educação continuada do profissional da saúde, por estar em contato com a comunidade e dispor de meios para a realização de ações articuladas para a promoção da saúde. Estes profissionais não têm como prestar uma atenção de forma integral se desde a formação essas questões são negligenciadas, sendo visto tão somente a parte do crescimento e desenvolvimento dentro do processo curativo. Os serviços, observando essa necessidade, precisam disponibilizar verbas para investir maciçamente na educação continuada dos seus funcionários.

As manifestações reveladas pelos adolescentes a respeito do serviço destacam a necessidade de buscar mecanismos, sejam estes técnicos, teóricos ou práticos, para que possamos potencializar a equipe de saúde de forma que os profissionais consigam atendê-los em suas necessidades e possam acima de tudo escutá-los. Propõe, também, que o serviço se ajuste a eles no sentido de programar horários diferenciados para que possam comparecer às unidades sem sentirem vergonha e que os médicos tenham um maior engajamento no planejamento e execução das ações destinadas aos adolescentes, escutando-os e compreendendo-os dentro de suas necessidades individuais e coletivas. Assim, a equipe poderá desenvolver o trabalho de forma compartilhada em prol da saúde destes, considerando-os na construção de políticas internas e estratégias educativas e preventivas adotadas.

É certo que a adequação do serviço de saúde para facilitar o acesso do adolescente torna-se um fator elementar para a promoção da saúde. Também o preparo do profissional da ESF no atendimento integral ao adolescente fortalecerá o vínculo deste com a equipe de saúde, facilitando, assim, sua inserção no serviço na perspectiva de sujeito de direito e

protagonista da própria atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** – Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.
2. Ministério da Saúde (Brasil). **Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
3. Brasil, Ministério da Saúde (2005b). **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Orientações para a organização de serviços de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de maio de 2014, de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf.
4. Bursztyn I, Ribeiro JM. **Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente**. Cad. Saúde Pública 2005; 21(2): 404-416.
5. Horta NC, Lage AMD, Sena RR. **Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens**. Rev. Enf. UERJ Set/dez 2009; 17(4): 538-43.
6. Horta NC, Sena RR. **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão**. Physis Revista de Saúde Coletiva 2010; 20 (2): 475-495.
7. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. **O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura**. REME – Rev. Min. Enferm. Abr/jun 2010; 14(2): 251-256.
8. Orlandi R, Toneli MJF. **Adolescência e paternidade: Sobre os Direitos de Criar Projetos e Procriar**. *Psicol. estud.* 2008; 13(2):317-326.
9. Castro CO, Oliveira KS, Carvalho RB, Garbin AS, Santos KT. **A saúde na percepção do adolescente**. Physis Revista de Saúde Coletiva 2009; 19(1):227-238.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 2007. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/artigos/conceitos-em-pesquisa-cientifica/10409/>> Acesso em: 24 set 2011.
13. Bardin, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
14. Horta, N. C., & Sena, R. R. (2010). **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas Políticas Públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), 475-495. Recuperado em 12 de maio, 2013, de <http://www.scielo.br>.

15. Higarashi, IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. **Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação.** Rev. enferm. UERJ Jul/set 2011; 19(3):375-80.
16. Nogueira MJ, Modena CM, Schall VT. **Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde.** Rev. APS Jul/set 2010; 13(3):338-345.
17. Burak SD. **Marco epidemiológico conceptual de La salud integral y El desarrollo humano de los adolescentes.** In Burak SD, editor. Adolescência y juventude em America Latina. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universidade Regional; 2001. p. 113-24.
18. Marques JF, Silva KM, Moreira KAP, Queiroz MVO. **Saúde e cuidado na percepção de estudantes adolescentes: contribuições para a prática de enfermagem.** Cogitare Enferm. Jan/mar 2012; 17(1):37-43.
19. Jeolás LS, Ferrari RAP. **Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado.** Ciênc. Saúde Coletiva 2003; 8:611-20.
20. Rocha FAA, Silva MAM, Moreira ACA, Ferreira AGN, Martins KMC. **Programa de Saúde da Família: Percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará.** Adolesc. Saúde Abr/jun 2012; 9(2):7-13.

SOBRE A ORGANIZADORA

LUANA VIEIRA TOLEDO - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF - 2010), com especialização em Gestão de Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria (2013) e mestrado em Saúde Coletiva (2014) pela mesma instituição de ensino. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG - 2020). Atua como professor adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) da área de saúde do adulto e idoso em situações clínicas, cirúrgicas e críticas. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Coorientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Atualmente tem se dedicado ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão relacionados aos aspectos gerenciais e assistenciais do cuidado em saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente ofídico 221

Acolhimento 41, 45, 47, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 74, 86, 88, 92, 94, 97, 99, 102, 103, 171, 183, 188, 189, 194, 245

Adolescente 49, 64, 86, 175, 185, 197, 201, 210, 218, 230, 231, 234, 235, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251

Anemia falciforme 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Assistência de enfermagem 30, 33, 91, 94, 96, 97, 98, 102, 123, 148, 152, 154, 178, 180, 202, 228

Assistência hospitalar 127, 138

Atenção primária à saúde 90, 97, 103, 104, 182, 183, 185, 186, 190, 191, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 205, 208, 240, 251

B

Bem-estar 1, 3, 4, 9, 10, 25, 41, 43, 46, 51, 52, 69, 70, 73, 75, 145, 183, 188, 189, 194, 195, 231

C

Criança 22, 25, 26, 27, 56, 59, 60, 61, 86, 156, 158, 175, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 212, 213, 215, 216, 218, 221, 227, 230, 231, 234, 235, 238, 240

Cuidados de enfermagem 50, 91, 95, 139, 175, 177

E

Endometriose 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77

Enfermagem 10, 11, 16, 18, 28, 30, 32, 33, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 76, 77, 79, 81, 82, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 108, 111, 112, 116, 117, 119, 123, 124, 125, 134, 136, 138, 139, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 162, 167, 172, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 193, 198, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 228, 229, 237, 238, 239, 252, 253

Enfermagem centrada no paciente 148, 150

Enfermagem neonatal 175

Enfrentamento 66, 75, 76, 83, 86, 88, 91, 93, 97, 101, 103, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 168, 173, 186, 189, 191, 197, 234

Epidemiologia 93, 221

Estratégia saúde da família 13, 28, 79, 81, 152, 186, 193, 197, 205, 208, 239, 240, 241

G

Gestação 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 56, 59, 60, 61, 68, 106, 115, 139, 144, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 163, 165, 167, 172, 190

Gestantes 10, 11, 13, 21, 22, 23, 24, 41, 42, 45, 47, 58, 62, 63, 89, 105, 106, 108, 110, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 130, 137, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 156, 157, 165, 167, 170, 172, 176, 180, 181, 193, 197

Gestão de riscos 127

Gravidez 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 22, 24, 28, 34, 36, 38, 40, 43, 51, 66, 76, 101, 139, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 170, 171, 241, 247

Gravidez de alto risco 139, 148, 150

H

HIV/AIDS 164, 165, 166, 168, 172

Humanização 41, 42, 43, 45, 47, 51, 63, 92, 97, 98, 102, 103, 106, 110, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 122, 124, 170, 171

I

Imagem corporal 1, 3, 4, 9, 10, 11, 230, 233, 237

Infecções por coronavírus 175

Insuficiência renal crônica 230, 231, 232, 233, 236, 238

M

Métodos contraceptivos 30, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40

Mulheres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 45, 46, 50, 59, 60, 61, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 119, 120, 123, 124, 125, 139, 143, 149, 151, 152, 153, 154, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 185, 225

O

Obstetrícia 27, 28, 77, 106, 110, 123, 124, 125, 137, 138, 146, 147, 153

P

Parteira 12, 20, 21, 27

Parto humanizado 41, 44, 105, 109, 112, 114, 120, 122, 123, 125

Paternidade 50, 53, 55, 56, 57, 60, 61, 64, 251

Picadas de escorpião 221

Planejamento familiar 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 61, 130, 245

Pré-natal 14, 21, 24, 27, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59,

60, 61, 63, 64, 107, 110, 115, 120, 121, 123, 149, 152, 153, 154, 156, 157, 159, 160, 162, 167, 168, 170, 171, 173, 184, 235, 246, 248

Puericultura 56, 182, 185, 193, 197, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 248

Puerpério 11, 12, 14, 28, 45, 47, 68, 121, 123, 168, 170, 173

Q

Qualidade da assistência à saúde 127, 237

Qualidade de vida 2, 9, 10, 34, 51, 52, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 148, 150, 168, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 195, 197, 199, 200, 203, 204, 230, 231, 232, 233, 234, 237, 238, 241, 247

R

Reabilitação 203, 209, 210, 211, 212, 217, 218, 219, 231, 241

Recreação 210, 213, 214, 215, 216

S

Satisfação 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 120, 178, 191

Saúde da família 13, 28, 29, 34, 35, 40, 41, 42, 44, 47, 50, 79, 81, 97, 152, 162, 183, 186, 190, 192, 193, 195, 197, 200, 202, 203, 205, 206, 208, 239, 240, 241, 242, 245, 248, 252

Saúde da mulher 30, 31, 34, 37, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 59, 66, 68, 76, 97, 104, 113, 130, 167, 175, 203, 240

Saúde do adolescente 239, 240, 241, 243, 246, 247, 249, 251

Saúde do homem 49, 50, 51, 59, 62, 63, 64

Saúde materno-infantil 127

Segurança do paciente 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

Sentimentos 2, 13, 46, 59, 74, 75, 97, 98, 99, 100, 137, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 188, 210, 214, 216, 230, 232, 233, 237

Sexualidade 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 56, 57, 60, 62, 65, 73, 75, 90, 101, 111, 118, 241, 245, 247

Sífilis 51, 64, 155, 156, 157, 158, 160, 162

Supressão da amamentação 163, 164

T

Teste rápido 155, 156, 157, 158, 160, 162

Trabalho de parto 46, 47, 62, 107, 110, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 124, 136, 137, 138, 139, 143, 144, 145, 146, 149

Transmissão vertical 51, 64, 155, 157, 164, 165, 168

V

Violência contra a mulher 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 97, 99, 104

Violência doméstica 62, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Violência obstétrica 83, 84, 85, 86, 89, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 144, 147

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 