

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

Samira Silva Santos Soares
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

**Samira Silva Santos Soares
(Organizadora)**



Atena
Editora

Ano 2021

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 Cremonesi

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 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.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de 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^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^ª Dr^ª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª 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 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^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. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^ª Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^a Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^ª Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^a Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^a 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
Prof^ª Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Prof^ª Dr^a Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^a 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/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Prof^ª Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^ª Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof^ª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª Ma. Anne 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
Prof^ª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^ª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^ª Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^ª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^ª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Prof^ª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. 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
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
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. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Prof^a Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Prof^a Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a 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

Prof^a Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Prof^a Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Prof^a 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

Enfermagem: processos, práticas e recursos

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Samira Silva Santos Soares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfermagem: processos, práticas e recursos / Organizadora Samira Silva Santos Soares. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-927-1
DOI 10.22533/at.ed.271212403

1. Enfermagem. I. Soares, Samira Silva Santos (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

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.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos” reúne 76 artigos científicos originais, produzidos por acadêmicos, professores e pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior (IES).

A obra foi dividida em 3 (três) volumes, de modo que o volume 1, concentra estudos relacionados à Saúde da Mulher e da Criança; o volume 2, trata especialmente sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e as estratégias educativas utilizadas pelo enfermeiro em seu cotidiano laboral. O volume 3 por sua vez, aborda a prática da enfermagem nos mais variados setores e enfatiza questões ligadas à Saúde do Trabalhador e a Segurança do Paciente.

Desse modo, a coleção “Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos” tece importantes discussões e possibilita reflexões sobre a complexidade do trabalho em saúde e, em especial, no âmbito da Enfermagem, visando contribuir com o fortalecimento deste campo. Ademais, os capítulos articulam problemáticas que impactam na formação e no exercício profissional do enfermeiro, em seus mais distintos cenários de inserção laboral.

Sabe-se o quão importante é a divulgação científica, por isso destaco o compromisso da Atena Editora em oferecer uma ótima experiência aos pesquisadores, otimizando canais acessíveis de comunicação e uma plataforma consolidada e confiável, além de uma rápida resposta – fundamental para que os dados não fiquem obsoletos.

Agradecemos por fim, o empenho dos autores para o desenvolvimento dessa obra. Explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico dos processos, práticas e recursos relacionados à Enfermagem e os impulse ao desenvolvimento de novas e brilhantes pesquisas.

Samira Silva Santos Soares

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS MATERNOS EM UM ESTADO BRASILEIRO, NO PERÍODO DE 2012 A 2016

Larissa Pereira Falavina
Gabriela Souza Alves Fraron
Yasmin Duque Franco
Maicon Henrique Lentsck
Emiliana Cristina Melo
Erica de Brito Pitilin
Kelly Holanda Prezotto
Rosana Rosseto de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.2712124031

CAPÍTULO 2..... 12

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Fernanda da Conceição Lima Santos
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes
Isabel Alves Targino
Monnik Emyle Lima Santos
Gabriel Ferreira Araújo
Rosilene dos Santos Mélo
Edenilson Cavalcante Santos

DOI 10.22533/at.ed.2712124032

CAPÍTULO 3..... 25

PREPARAÇÃO PARA O PARTO: ANÁLISE DE CONCEITO

Ana Maria Aguiar Frias
Ana Filipa Silva Ressurreição
Andreia Filomena Monteiro Lobão
Cláudia Cristina Firmino Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.2712124033

CAPÍTULO 4..... 38

PARTO VERTICAL E O PAPEL DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM À SUA REALIZAÇÃO E DIFUSÃO

Cleia da Silva Gomes Galindo
India Mara Sgnaulin

DOI 10.22533/at.ed.2712124034

CAPÍTULO 5..... 49

GESTÃO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PARA IDENTIFICAÇÃO DE SÍFILIS GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carlos Alexandre de Santana Silva
Jadiel Sousa Oliveira
Jane Hellen Santos da Cunha

Joventina Julita Pontes Azevedo

Thainá Sala Morais

DOI 10.22533/at.ed.2712124035

CAPÍTULO 6..... 56

FATORES QUE INTERFEREM NA AUTOEFICÁCIA DA MÃE PARA AMAMENTAR

Orácio Carvalho Ribeiro Junior

Tayane Moura Martins

Amanda Dianna Lopes Rodrigues

Patrícia Resende Barbosa

Higor Barbosa da Silva

Natália Miranda Monteiro

Lucas Saboia Pereira

Agliely Gomes Pereira

Clara Laís da Silva Silva

Antônio Victor Souza Cordeiro

Graziela Cristina Gomes Queiroz

Ester Silva de Sousa

Murilo Henrique Nascimento Araújo

Marcus Vinicius de Arruda Almeida

Yasmim Luana Andrade Rodrigues

Elisanne Carvalho Viterbino

Gabriela Marques Brito

DOI 10.22533/at.ed.2712124036

CAPÍTULO 7..... 68

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: RELEITURA DOS DADOS PARA O PERÍODO DE 2011 À 2017

Igor de Oliveira Lopes

Maristela Cássia de Oliveira Peixoto

André Luis Machado Bueno

Geraldine Alves dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.2712124037

CAPÍTULO 8..... 83

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE TRAUMAS MAMILARES NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Beatriz Chagas Rodrigues de Almeida

Lenir Honório Soares

Livia de Keismanas de Ávila

Gislaine Eiko Kuahara Camiá

Geraldo Mota de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.2712124038

CAPÍTULO 9..... 91

CUIDADO DE ENFERMAGEM NOS ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO: REFLEXÃO SOB A ÓTICA DE LEONARDO BOFF

Maurícia Lino Miranda

Nayara Carvalho Oliveira
Carla Daiane Costa Dutra
Michelle Araújo Moreira
Fabiola Pereira Paixão Farias
Alba Benemerita Alves Vilela
Vitória Solange Coelho Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.2712124039

CAPÍTULO 10..... 99

DIA MUNICIPAL INSTITUÍDO PARA A INFORMAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A ENDOMETRIOSE EM UMA CIDADE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Simone Souza de Freitas
Ana Maria de Oliveira
Carollyne Bianca Burégio de Almeida Ribeiro
Dhayana Wellin Silva de Araújo
Elizangela Ferreira da Silva
Lindenberg Nicodemos de Oliveira
Maria da Conceição de Oliveira Pinheiro
Matheus Lucas Vieira do Nascimento
Maria Cecília Guimarães da Silva
Roberto Antônio do Nascimento
Renata Perazzo de Carvalho
Shelma Feitosa dos Santos
Sonia Maria da Silva

DOI 10.22533/at.ed.27121240310

CAPÍTULO 11 105

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Laura Graças Padilha de Carvalho Albuquerque
Mayrene Dias de Sousa Moreira Alves
Ana Luiza Rabello da Silva
Jacqueline Lima Santos Marinho
Maria Aparecida Munhoz Gaiva

DOI 10.22533/at.ed.27121240311

CAPÍTULO 12..... 113

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL E COMORBIDADES APRESENTADAS POR GESTANTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Gleiccy Kelly do Carmo
Danielly Fernanda da Silva
Pamela Cristiny Mota do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.27121240312

CAPÍTULO 13..... 126

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Simone Souza de Freitas

Amanda Dacal Neves
Gabriela Rodrigues Amorim
Inalda Juliani Ferreira dos Santos
Janaina de Souza Fiaux Almeida
Luis Felipe da Silva Medeiros
Marcileide da Silva Santos
Maria Ramona da Penha Carvalho
Nathalia Nascimento Gouveia
Robson Gomes dos Santos
Shelma Feitosa dos Santos
Tayanne Kettyne Silva Santos
Victor Hugo Silva de Lima

DOI 10.22533/at.ed.27121240313

CAPÍTULO 14..... 134

A VIVÊNCIA DAS MÃES SOBRE O PROCESSO DE INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Rebeca dos Santos Duarte Rosa
Amanda Solene de Carvalho
Ludmilla Lima da Costa
Luiza Helena Rocha Sousa

DOI 10.22533/at.ed.27121240314

CAPÍTULO 15..... 149

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR: VIVÊNCIAS DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA MATERNIDADE DE BELO HORIZONTE

Rebeca dos Santos Duarte Rosa
Camila Adriella Martins do Nascimento
Letícia Cristina Reis
Patrícia Andrade de Paula Santana
Regina Magalhães dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.27121240315

CAPÍTULO 16..... 165

UM OLHAR SOBRE O NASCIMENTO INDÍGENA: DA GESTAÇÃO AO PÓS PARTO

Larissa Cristina Vichi
Bruna Alves dos Santos
Kátia Zeny Assumpção Pedroso

DOI 10.22533/at.ed.27121240316

CAPÍTULO 17..... 172

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ASSISTÊNCIA COM AÇÕES EDUCATIVAS E IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM VOLTADO PARA AS GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Valdiclea de Jesus Veras
Rosemary Fernandes Correa Alencar

Maria Almira Bulcão Loureiro
Suzana Portilho Amaral Dourado
DOI 10.22533/at.ed.27121240317

CAPÍTULO 18..... 180

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

Thayná Cunha Bezerra
Karen Dutra Macedo
Maria Talissa Oliveira de Sousa
Leula Campos Silva

DOI 10.22533/at.ed.27121240318

CAPÍTULO 19..... 189

OS BENEFÍCIOS DO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR NO DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA INTRACRANIANA NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Luis Henrique Winter
Cátia Aguiar Lenz

DOI 10.22533/at.ed.27121240319

CAPÍTULO 20..... 191

INFECÇÕES NA UTI PEDIÁTRICA: DESAFIO PARA ENFERMAGEM

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher
Carina Galvan
Rosaura Soares Paczek
Débora Machado Nascimento do Espírito Santo
Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

DOI 10.22533/at.ed.27121240320

CAPÍTULO 21..... 203

A ABORDAGEM FARMACOCINÉTICA-FARMACODINÂMICA (PK/PD) PERMITE O AJUSTE DE DOSE EM TEMPO REAL PARA A EFETIVIDADE DA VANCOMICINA NAS INFECÇÕES CAUSADAS POR PATÓGENOS GRAM-POSITIVOS CIM >1MG/L EM GRANDES QUEIMADOS PEDIÁTRICOS SÉPTICOS

Silvia Regina Cavani Jorge Santos
Vedilaine Aparecida Bueno da Silva Macedo
Thaís Vieira de Camargo
Ronaldo Morales Junior
Verônica Jorge Santos
Carlos Roberto da Silva Filho
Edvaldo Vieira Campos
David de Souza Gomez

DOI 10.22533/at.ed.27121240321

SOBRE A ORGANIZADORA..... 216

ÍNDICE REMISSIVO..... 217

CAPÍTULO 1

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS MATERNOS EM UM ESTADO BRASILEIRO, NO PERÍODO DE 2012 A 2016

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Larissa Pereira Falavina

Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2973042184168535>

Gabriela Souza Alves Fraron

Universidade Estadual de Londrina,
Departamento de Enfermagem.
Londrina – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1689079002432711>

Yasmin Duque Franco

Universidade Estadual de Londrina,
Departamento de Enfermagem.
Londrina – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1689079002432711>

Maicon Henrique Lentsck

Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná
Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7947997933034008>

Emiliana Cristina Melo

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9041180942797227>

Erica de Brito Pitilin

Universidade Federal da Fronteira Sul
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/4259141990552062>

Kelly Holanda Prezotto

Universidade Estadual do Norte do Paraná
Bandeirantes – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5507674845918696>

Rosana Rosseto de Oliveira

Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Centro Universitário Ingá. Departamento de Enfermagem
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0221609729509187>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A mortalidade materna é um desafio mundial de saúde pública, apresentando taxas inaceitavelmente altas. O monitoramento é parte importante para manejo e redução dos casos. **OBJETIVO:** Caracterizar as principais causas de óbitos maternos no estado do Paraná, no período de 2012 a 2016.

MÉTODO: Estudo transversal e descritivo que analisou os óbitos maternos no Estado do Paraná no período de 2012 a 2016. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As variáveis analisadas foram: causa do óbito de acordo com categorias da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão, tipo de causa materna, idade, escolaridade, raça/cor, estado civil e local de ocorrência do óbito. Foi realizada estatística descritiva com frequências absolutas e relativas, e cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para caracterização dos óbitos. **RESULTADOS:** No estado do Paraná ocorreram 346 óbitos maternos no período de

2012 a 2016. A RMM aumentou de 38,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2012 para 47,1 em 2016. As principais causas de óbito foram a hemorragia pós parto (9,5%; n=33), hipertensão gestacional com proteinúria (7,2%; n=25), infecção puerperal (6,1%; n=21), eclâmpsia (5,8%; n=20) e embolia na gestação (5,5%; n=19). As causas diretas foram maioria (65,6%). Quanto ao perfil das gestantes que foram a óbito, a maior parte tinha entre 30-39 anos (41,3%), era de raça/cor branca (73,7%), tinha de oito a 11 anos de estudo (42,5%) e era solteira (40,5%). **CONCLUSÃO:** As causas de óbito evidenciadas neste estudo merecem atenção dos gestores e profissionais, com vista a garantir um atendimento focado na prevenção dos casos e intervenções adequadas para seu tratamento e, conseqüentemente, reduzir a RMM no Estado. Oportunidades de manejo adequado a complicações que levam ao óbito não podem ser perdidas.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Materna, Enfermagem Obstétrica, Gestação.

MAIN CAUSES OF MATERNAL DEATHS IN A BRAZILIAN STATE, FROM 2012 TO 2016

ABSTRACT: INTRODUCTION: Maternal mortality is a worldwide public health challenge, with unacceptably high rates. Monitoring is an important part of case management and reduction. **OBJECTIVE:** To characterize the main causes of maternal deaths in the state of Paraná, in the period from 2012 to 2016. **METHOD:** Cross-sectional and descriptive study that analyzed maternal deaths in the state of Paraná in the period from 2012 to 2016. Data were obtained from the website of the Informatics Department of the Unified Health System of the Ministry of Health in the database of the Mortality Information System. The variables analyzed were: cause of death according to categories of the International Classification of Diseases in its 10th review, type of maternal cause, age, education, race, marital status and place of occurrence of death. Descriptive statistics were performed with absolute and relative frequencies, and calculation of the Maternal Mortality Ratio (MMR) to characterize the deaths. **RESULTS:** In the state of Paraná, there were 346 maternal deaths from 2012 to 2016. MMR increased from 38.3 in 2012 to 47.1 in 2016. The main causes of death were: postpartum hemorrhage (9.5%; n= 33), gestational hypertension with proteinuria (7.2%; n= 25), puerperal infection (6.1%; n= 21), eclampsia (5.8%; n= 20) and embolism during pregnancy (5.5%; n= 19). The direct causes were the majority (65.6%). As for the profile of pregnant women who died, most were between 30-39 years old (41.3%), white race (73.7%), had eight to 11 years of study (42, 5%) and was single (40.5%). **CONCLUSION:** The causes of death evidenced in this study deserve attention from managers and professionals, with a view to ensuring care focused on the prevention of cases and appropriate interventions for their treatment and, consequently, reducing MMR in the State. Opportunities for proper management of complications leading to death cannot be missed.

KEYWORDS: Maternal mortality, Obstetric nursing, Pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

Morte materna é aquela que acontece durante a gestação, trabalho de parto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto) por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação (WHO, 2010). Ainda é um problema de saúde pública visto que mais de 800

mortes por causas relacionadas à gestação acontecem diariamente no mundo, sendo 99% delas em países em desenvolvimento (WHO, 2015).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Razão de Mortalidade Materna (RMM) (número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos) é particularmente alta em regiões como Serra Leoa (1,360), Libéria (725), Guiné (679) e República Democrática do Congo (693) enquanto países como Itália, Espanha, Japão e Irlanda figuram entre os de menor número de casos com RMM entre 4 e 8 a cada 100.000 nascidos vivos (WHO, 2015).

O Brasil tinha uma RMM de 104/100.000 em 1990 e fez importantes progressos de redução para cerca de 60/100.000 atualmente (WHO, 2015; BRASIL, 2020). A meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em vigor de 2000 a 2015 corroborou para inúmeros esforços dos países em reduzir o número de mortes e melhorar a saúde materna, no entanto, a meta de redução não foi alcançada no Brasil (WHO, 2015).

Sendo um país com muitas desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde, o número de óbitos maternos nos diversos Estados pode variar. No Estado do Pará de 2005 a 2014 foi encontrada uma RMM de 60,7/100.000 e 135,8/100.000 especificamente na população indígena (SANTOS, et al 2017). Autores identificaram uma RMM de 54.1/100.000 no Estado de São Paulo em 2016 e 2017 (BEREZOWSKI, 2021).

As causas de morte materna também podem sofrer variações, como mostram estudos realizados em diversas localidades que identificaram diferentes causas entre elas aborto inseguro, choque hipovolêmico, hemorragias, hipotonia uterina, transtornos hipertensivos, diabetes e infecções (MARTINS, 2017; MARTINS, 2018; MOURA, 2018; LIMA, 2017; ZALVAND, 2019; RABIATU, 2019; LATT, 2019; MOODLEY, 2020).

Por haver disparidade no número de casos e causas de morte materna, é necessário conhecer o perfil dos casos a nível local. Recomendação importante da OMS é que haja vigilância e monitoramento de dados a fim de ser possível oferecer informações que possibilitem o planejamento e melhoria das ações no campo da saúde materna (WHO, 2016). Dessa forma, justifica-se a realização deste estudo, pois, será possível avançar no conhecimento sobre o comportamento da razão de morte materna nos últimos anos no Estado do Paraná, bem como as principais causas, oferecendo às instâncias responsáveis, dados que possam ajudar no aprimoramento de suas ações para o cuidado da mulher, gestante e puérpera. Assim, foi objetivo desse estudo caracterizar as principais causas de óbitos maternos no Estado do Paraná, no período de 2012 a 2016.

2 | MÉTODO

Estudo transversal, descritivo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponível no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde. A população de estudo foram todos os óbitos maternos

ocorridos no Estado do Paraná no período de 2012 a 2016. O Paraná é um Estado da região Sul do Brasil, faz fronteira com os Estados de Santa Catarina, São Paulo e Mato Grosso do Sul. Possui 399 municípios e população estimada em 2018 de 11.348.937. O Índice de Desenvolvimento Humano do Estado é 0.749 (IPARDES, 2020). A saúde da gestante é organizada com base na Linha Guia Mãe Paranaense desde 2012 por meio de protocolos de exames e gestão de locais de referência para atendimento durante a gestação, parto e puerpério (PARANÁ, 2012).

A coleta de dados aconteceu por meio do Tabnet no site do DATASUS, utilizando os filtros disponíveis no sistema (ano do óbito, tipo de óbito: materno). Os dados gerados foram baixados para uma planilha do Excel organizada pelos pesquisadores para tabulação. As variáveis selecionadas para este estudo foram: causas dos óbitos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças em sua décima revisão (CID-10), tipo de causa materna (direta e indireta), idade (em faixas de anos: 10-19; 20-29; 30-39; 40-49), escolaridade (em anos de estudo), raça/cor (branca, preta, parda, indígena), estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado) e local de ocorrência do óbito (hospital/estabelecimento de saúde e domicílio). O número de nascidos vivos no Paraná segundo ano, utilizado para o cálculo da RMM, foi obtido no Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos por meio do DATASUS.

Para análise dos dados foram calculadas frequências absolutas e relativas apresentadas em tabelas. Também foi calculada a RMM por ano e para o período no Estado do Paraná conforme fórmula abaixo:

$$RMM = \frac{\text{Número de mortes maternas (local e período)}}{\text{Número de nascidos vivos (local e período)}} \times 100.000$$

Por se tratar de estudo com dados secundários e de acesso livre, a presente pesquisa é dispensada de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme orientações da Resolução 466/2012.

3 | RESULTADOS

No Estado do Paraná de 2012 a 2016 ocorreram 346 óbitos maternos e a RMM passou de 38,3 em 2012 para 47,1 em 2016, sendo o maior valor em 2015 (51,6) (Figura 1).

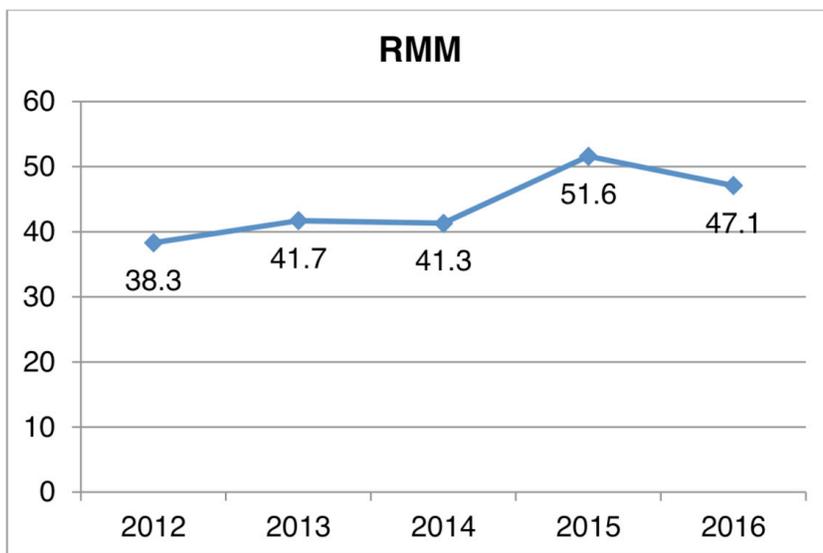


Figura 1. Razão de Mortalidade Materna no Estado do Paraná, de 2012 a 2016.

Em relação às características das mulheres que foram a óbito, a maioria tinha idade entre 30 e 39 anos (41,3%), havia estudado de 8 a 11 anos (42,5%), de raça/cor branca (73,7%) e solteira (40,5%). O tipo de causa obstétrica prevalente foi a direta (65,6%) e os óbitos aconteceram majoritariamente em ambiente hospitalar (93,9%) (Tabela 1).

	n	%
Idade		
10-19	44	12,7
20-29	136	39,3
30-39	143	41,3
40-49	23	6,7
Escolaridade (anos de estudo)		
analfabetas	5	1,4
1-7	120	34,7
8-11	147	42,5
12 ou mais	48	13,9
Ignorado	26	7,5
Raça/cor		
Branca	255	73,7
Preta	19	5,5
Parda	65	18,8

Indígena	3	0,9
Ignorado	4	1,1
Estado civil		
Solteiro	140	40,5
Casado	125	36,1
Viúvo	2	0,6
Outros	68	19,7
Ignorado	11	3,1
Tipo de causa obstétrica		
Direta	227	65,6
Indireta	102	29,5
Ignorado	17	4,9
Local de ocorrência		
Hospital/estabelecimento de saúde	325	93,9
Domicílio	19	5,5
Ignorado	2	0,6
Total	346	100,0

Tabela 1. Características sociodemográficas e obstétricas dos casos de morte materna no Estado do Paraná. Paraná, 2012-2016.

No que se refere às causas de morte materna, destacam-se os principais diagnósticos: hemorragia pós-parto (9,5%), hipertensão gestacional (7,2%), infecção puerperal (6,1%), eclâmpsia (5,8%) e embolia de origem obstétrica (5,5%).

Capítulo do CID-10		n	%
O72	Hemorragia pós-parto	33	9,5
O14	Hipertensão gestacional	25	7,2
O85	Infecção puerperal	21	6,1
O15	Eclâmpsia	20	5,8
O88	Embolia de origem obstétrica	19	5,5
O23	Infecção do trato geniturinário na gravidez	17	4,9
O95	Morte obstétrica de causa não especificada	17	4,9
O75	Outras complicações do trabalho de parto e do parto	12	3,5
O45	Descolamento prematuro da placenta	11	3,2
O71	Outros traumas obstétricos	11	3,2
O26	Assistência materna a outras complicações ligadas predominantemente a gravidez	9	2,6
O06	Aborto não especificado	6	1,7
O11	Distúrbios hipertensivos pre-existente com proteinúria superposta	6	1,7

O74	Complicações de anestesia durante trabalho de parto e parto	6	1,7
O10	Hipertensão pre-existente complicando a gravidez, parto e puerpério	5	1,4
O41	Outros transtornos de membranas e líquido amniótico	5	1,4
B20	Doenc porHIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias	4	1,2
O03	Aborto espontâneo	4	1,2
O44	Placenta prévia	4	1,2
O90	Complicações do puerpério	4	1,2
O00	Gravidez ectópica	3	0,9
O05	Outros tipos de aborto	2	0,6
O87	Complicações venosas no puerpério	2	0,6
O98	Doenças infecciosas e parasitárias maternas	2	0,6
O99	Outras doenças maternas classificadas em outra parte que complicam a gravidez, parto e puerpério	88	25,4
	Outras doenças classificadas nos capítulos B23,B24, D39, O01, 021, O24, O29, O46, O67, O86	10	2,9
Total		346	100,0

Tabela 2. Causas de morte materna no Estado do Paraná, segundo capítulos do CID-10. Paraná, 2012-2016.

4 | DISCUSSÃO

A mortalidade materna é um importante indicador da qualidade de vida de uma população, escancara desigualdades sociais à medida que atinge mulheres mais vulneráveis e com mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde no Brasil (SOUZA, 2013). Os casos são inaceitáveis, precoces e na maioria das vezes evitáveis. A evitabilidade do óbito materno encontra muitos desafios a serem superados que vão além da atuação direta dos profissionais e serviços de saúde, estando também relacionados à diminuição de desigualdades presentes no país (RIBEIRO, 2020).

No período estudado a RMM aumentou de 38,3 para 47,1, resultado alarmante para o Estado, tendo em vista da necessidade de redução dos casos. A Organização das Nações Unidas estabeleceu metas globais a serem cumpridas até o ano de 2030 e entre elas destaca-se a melhoria da saúde materna inclusive com a redução global dos óbitos (ODS, 2020). Regiões que não atingiram a redução esperada em 2015 com os ODM como é o caso do Brasil precisam fazer esforços ainda maiores para assegurar uma boa assistência à mulher.

O Estado de São Paulo bem como o município de Ribeirão Preto também experimentam variações semelhantes, com aumento da RMM principalmente nos últimos anos (BEREZOWSKI, 2021). Em um município do Estado de Minas Gerais houve aumento da RMM de 2005 a 2015 (92,4 e 113,8 respectivamente) com pequenas variações ao longo do período estudado (MARTINS, 2018). Ao que parece, diversas regiões sofrem

variações muito pequenas na diminuição da RMM quando não, o aumento, em contramão do esperado.

Algumas características maternas podem estar associadas ao óbito como o estado socioeconômico, a idade e a escolaridade (ZALVAND, 2019; MOODLEY, 2020; MEKIE, 2021). Nesse estudo a maioria dos óbitos foi em mulheres com 30 a 39 anos concordando com estudo na Nigéria (RABIATU, 2019). Gestantes a partir dos 35 anos de idade apresentam maiores taxas de *near miss* e necessidade de internação por condições como pré-eclâmpsia e hemorragia grave (SILVA, 2016). Considera-se que os extremos de idade são relacionados a maior mortalidade, e cuidado especial também deve ser dado às gestantes adolescentes (MOODLEY, 2020).

Outros fatores associados ao óbito encontrados na literatura dizem respeito às características da assistência como distância da casa até o hospital, falha no transporte da gestante, número de consultas pré-natal, duração da gestação, falta de equipamentos, atraso entre o atendimento de um serviço ao outro, variáveis que não foram objeto de estudo nessa pesquisa, mas devem ser levadas em consideração (RABIATU, 2019; YEMANE, 2020).

A principal causa de morte materna no Paraná entre 2012 e 2016 foi hemorragia pós-parto (9,5%), em concordância com outros estudos (RABIATU, 2019; ZALVAND, 2019; WHO, 2019; MORAES, 2011). Estudo anterior no Paraná evidenciou que a necessidade de hospitalização por *near miss* materno também teve dentre as causas principais a hemorragia grave (SILVA, 2016). A hemorragia pós-parto tem prevalências variadas de acordo com o serviço e a população (KODAN, 2020) e é a principal causa de óbito materno no mundo (WHO, 2019). Fatores associados incluem gestação múltipla, cesárea, nascimento prematuro, macrossomia, atonia uterina e retenção placentária (KODAN, 2020). A profilaxia com ocitocina após o parto é preconizada (WHO, 2019) e as equipes de saúde devem ser capacitadas para o manejo adequado dos casos.

Considerando que estudo realizado anteriormente evidenciou a hemorragia grave no Paraná como uma das principais causas de internação e *near miss* (SILVA, 2016), o presente estudo confirma a partir do número de óbitos pela mesma causa, que é necessário investir em adequações no atendimento a gestantes que sejam capazes de prevenir a hemorragia.

Os transtornos hipertensivos figuram entre as principais causas de óbito não só neste estudo, como em outras regiões do Brasil e do mundo (MOODLEY, 2020; ZALVAND, 2019; MACHANO, 2020; SANTOS, 2017; MORAES, 2011). A proporção encontrada neste estudo (7,2%) foi inferior ao encontrado por outros autores (ZALVAND, 2019; MACHANO, 2020). Gestantes adolescentes tem maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia e por isso necessitam de um cuidado especial (MOODLEY, 2020).

O adequado rastreamento e acompanhamento da pressão arterial na gestação é fundamental para definir diagnósticos e condutas para que sejam evitadas complicações

mais graves como a eclampsia (WHO, 2019). Equipes preparadas para o atendimento de emergências hipertensivas também são fundamentais na evitabilidade do óbito. Investir na capacitação de profissionais da atenção básica, secundária e terciária deve ser prioridade no Paraná para assegurar a melhoria do manejo dos transtornos hipertensivos na gestação, parto e puerpério.

A ocorrência de infecção puerperal ainda é muito comum no mundo e foi a terceira causa de óbitos maternos neste estudo com prevalência de 6,1%. Outros autores encontraram prevalência ainda maior (28,25%) de infecção evoluída para sepse (MARTINS, 2018). A cesárea, endometrite, retenção placentária, uso de fórceps ou vácuo e infecção do trato urinário podem ser fatores associados a infecção pós parto (MOHAMED-AHMED, 2019). Medidas de higiene são essenciais para prevenção de infecções e o diagnóstico precoce dos primeiros sinais é importante para intervenções em tempo hábil (WHO, 2019).

É importante ressaltar que este estudo apresenta limitações. O uso de dados secundários que é influenciado pelo preenchimento adequado das informações nas declarações de óbito, pode apresentar falhas. Além disso, muitos óbitos estão classificados como “outros” no caso do capítulo O99, constituindo a desinformação da verdadeira causa da morte. Não foi objetivo desta pesquisa investigar fatores da assistência que possam estar relacionados ao óbito materno, e que ajudariam a compreender melhor o cenário da saúde materna no Paraná, recomenda-se novos estudos para essa avaliação.

Este estudo identificou um aumento na RMM no Estado do Paraná, bem como apresentou o perfil das mulheres que foram a óbito e as principais causas da morte que foram: hemorragia pós-parto, transtornos hipertensivos e infecção puerperal. Cabe aos gestores e profissionais que atendem o ciclo gravídico-puerperal, elaborarem ações que melhorem o cenário da saúde materna no Estado, contribuindo para uma efetiva redução da mortalidade.

REFERÊNCIAS

BEREZOWSKI, A. T. et al. History of Maternal Mortality in the City of Ribeirão Preto, in its Regional Health Department, and in the State of São Paulo after the Establishment of the Maternal Committees from 1998 to 2017. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, jan. 2021. doi: 10.1055/s-0040-1719143.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatísticas vitais. **SINASC**. 2020. Disponível em: < <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>>. Acesso em: 24 fev. 2021.

IPARDES-Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Paraná em números**. 2020. Disponível em: < <http://www.ipardes.pr.gov.br/>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

KODAN, L. R. et al. Postpartum hemorrhage in Suriname: A national descriptive study of hospital births and an audit of case management. **Plos One**. San Francisco. v. 15, n. 12, 2020.

LATT, S. M. et al. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. **BMC Women's Health**. London, v. 19, n. 1, jan. 2019.

LIMA, H. M. P. et al. Factors associated with maternal mortality among patients meeting criteria of severe maternal morbidity and near miss. **Inter. J. Gynecology & Obstetrics**. Noetherlands, v. 136, n. 3, p. 337-343, mar. 2017.

MACHANO, M.M., JOHO, A.A. Prevalence and risk factors associated with severe pre-eclampsia among postpartum women in Zanzibar: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. London, v. 20, n.1347, 2020.

MARTINS, A. C. S. et al. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 71, n. 1, p. 677-683, 2018.

MARTINS, E. F. et al. Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, :e00133115, 2017.

MEKIE, M. *et al.* Knowledge and attitude of pregnant women towards preeclampsia and its associated factors in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a multi-center facility-based cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v. 21, n. 160, 2021.

MOHAMED-AHMED, O. et al. Operative vaginal delivery and post-partum infection. **Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol**. Oxford, v. 56, p. 93-106, apr. 2019.

MOODLEY, J.; NNABUIKE, N. Maternal deaths due to eclampsia in teenagers: Lessons from assessment of maternal deaths in South Africa. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**. v. 12, n. 1, p. 1-6, 2020.

MORAES, A. P. P. et al . Incidence and main causes of severe maternal morbidity in São Luís, Maranhão, Brazil: a longitudinal study. **Sao Paulo Med. J**. São Paulo, v. 129, n. 3, p. 146-152, maio 2011 .

MOURA, B. L. A. et al. Hospitalizations due to complications of pregnancy and maternal and perinatal outcomes in a cohort of pregnant women in the Brazilian Unified National Health System in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030**. Disponível em:<<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 21 nov. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Linha Guia: Mãe Paranaense**. Curitiba, 2012. v. 1. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

RABIATU, S. et al. Causes and contributory factors of maternal mortality: evidence from maternal and perinatal death surveillance and response in Ogun state, Southwest Nigeria. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v. 19, n. 1, 2019.

RIBEIRO F. LEIST A. Who is going to pay the price of COVID-19? Reflections about an unequal Brazil. **Int J Equity Health**. London, v. 19 n.91, 2020.

SANTOS, D. R. et al . Maternal mortality in the indigenous and non-indigenous population in Pará: contribution to the surveillance of deaths. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170161, 2017.

SILVA, T. C. et al . Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 617-628, set. 2016 .

SOUZA, M. L. et al . Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, p. 711-718, jun. 2013.

WHO. **Fact sheet: Maternal mortality**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 04 jan 2021 .

WHO. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision**. Versão 2010. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2010/en>. Acesso em: 15 set. 2020.

WHO. **Maternal death reviews help countries identify missed opportunities and plan interventions. 2016**. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/feature-stories/detail/maternal-death-reviews-help-countries-identify-missed-opportunities-and-plan-interventions>. Acesso em: 15 set. 2020.

WHO. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: 2015.

YEMANE Y, TIRUNEH F. Incidence-Proportion of Maternal Near-Misses and Associated Factors in Southwest Ethiopia: A Prospective Cross-Sectional Study. **Int J Womens Health**. London, v. 12, p.1125-1134, 2020.

ZALVAND, R. et al. Determinants and causes of maternal mortality in Iran based on ICD-MM: a systematic review. **Reproductive Health**. London. v.16, n.16, 2019.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Fernanda da Conceição Lima Santos

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3218500134479713>

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/1123537823046399>

Isabel Alves Targino

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/4474476281344505>

Monnik Emyle Lima Santos

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3823162537269078>

Gabriel Ferreira Araújo

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/8421782651985398>

Rosilene dos Santos Mélo

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/5949818408315153>

Edenilson Cavalcante Santos

Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/9982604655072252>

RESUMO: OBJETIVO: Analisar como a literatura disponível aborda a atuação dos profissionais de enfermagem frente ao pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS.

METODOLOGIA: Revisão integrativa, com método analítico e descritivo da literatura, em que foi realizado um levantamento bibliográfico através de consulta ao site da Biblioteca Virtual de Saúde. Sendo utilizado o seguinte cruzamento: Prenatal Care AND Nursing AND Primary Health Care AND Prenatal Education. A amostra foi composta de 16 artigos. Essa busca foi realizada em janeiro de 2021. **RESULTADOS:** A literatura disponível aponta aspectos positivos da atuação do profissional de enfermagem durante o pré-natal na APS, dentre esses, a sua busca e empenho em estabelecer uma relação pautada em confiança, no diálogo efetivo, na atenção, no carinho, o seu cuidado humanizado, no acolhimento, sua disposição em atender as demandas apresentadas nas consultas, dentre outros. Além disso, a realização do exame físico das gestantes foi considerada como diferencial do enfermeiro. Entretanto, foi perceptível que pontos importantes desse exame não são realizados, como a palpação obstétrica e exame das mamas. Pontua-se como aspectos fragilizados dessa atuação, que mesmo diante da importância do uso da educação em saúde pelo enfermeiro na APS, essa ainda possui aspectos a serem melhorados. Assim como, a alta rotatividade de profissionais na APS é um fator negativo para a construção de vínculo com as gestantes. Outros aspectos do pré-natal sofrem influência positiva da enfermagem, como a identificação de violência contra as mulheres, a

importância do teste do pezinho e triagem neonatal. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a relação de confiança construída entre enfermeiro e gestantes ocasiona resultados positivos no pré-natal. Entretanto, é perceptível que essa atuação ainda possui fragilidades e necessita que esses profissionais busquem pela sua educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-natal, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Educação Pré-natal.

PROCEEDING OF NURSING PROFESSIONALS IN PRENATAL CARE IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: OBJECTIVE: To analyze how the available literature approach the performance of nursing professionals in the face of prenatal care in the context of Primary Health Care - PHC. **METHODOLOGY:** Integrative review, with an analytical and descriptive method of literature, in which a bibliographic survey was carried out by consulting the Virtual Health Library website. The following crossover was used: Prenatal Care AND Nursing AND Primary Health Care AND Prenatal Education. The sample consisted of 16 articles. This search was carried out in January 2021. **RESULTS:** The available literature points out positive aspects of the performance of the nursing professional during prenatal care in PHC, among these, their search and commitment to establish a relationship based on trust, in effective dialogue, in attention, in affection, their humanized care, in welcoming, their willingness to meet the demands presented in the consultations, among others. In addition, the physical examination of pregnant women was considered a differential for nurses. However, it was noticeable that important points of this examination are not performed, such as obstetric palpation and breast examination. It is pointed out as weakened aspects of this performance, that even in face of the importance of the use of health education by nurses in PHC, this still has aspects to be improved. As well, the high turnover of professionals in PHC is a negative factor for building bonds with pregnant women. Other aspects of prenatal care are positively influenced by nursing, such as the identification of violence against women, the importance of the heel prick test and neonatal screening. **CONCLUSION:** It is concluded that the relationship of trust built between nurses and pregnant women causes positive results in prenatal care. However, it is noticeable that this performance still has weaknesses and needs these professionals to search permanent education.

KEYWORDS: Prenatal Care, Nursing, Primary Health Care, Prenatal Education.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, nota-se que há um aumento das taxas de morbimortalidade materna, o qual é agravado quando não ocorre um acompanhamento precoce da gestante por meio da realização do pré-natal (CHAVES et al., 2020). O pré-natal permite a interação e o estabelecimento de vínculo entre usuária e profissional de saúde, o que contribui com a facilidade do esclarecimento de dúvidas e com a transmissão de orientações importantes (CAMPOS et al., 2016).

No entanto, quando não ocorre um acompanhamento precoce por meio da realização do pré-natal, a gestante possui um maior risco para o acometimento por diversas patologias,

a exemplo da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). Em 2017, apenas 64% das gestantes de todo o mundo receberam uma assistência de pré-natal com pelo menos quatro consultas realizadas. Além disso, no ano de 2015, o número estimado de mortes maternas foi de 303.000 mundialmente. Esse indicador de saúde torna-se essencial para contribuir com a avaliação da abrangência e da qualidade dos serviços de saúde prestados a essa população, além de ser muito importante para a busca de uma melhoria desses serviços (GARCIA et al., 2018; GONÇALVES et al., 2017).

No Brasil, a assistência de pré-natal de baixo risco é fornecida gratuitamente através do Sistema Único de Saúde (SUS), na Atenção Primária à saúde (APS) (NASCIMENTO et al., 2020). Além disso, um dos profissionais responsáveis por esse acompanhamento é o enfermeiro, tendo em vista que possui respaldo legal para a execução de ações de promoção e prevenção de saúde no acompanhamento da gestante de baixo risco, disposto pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem, no qual este profissional como integrante da equipe de saúde, está apto a prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986; GARCIA et al., 2018).

Além disso, diversas políticas e programas foram implementados pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de qualificar e ampliar a assistência de saúde a esse público. Dentre elas, a Política Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituída no ano de 2000, a qual garante um atendimento humanizado que visa evitar procedimentos desnecessários e desgastantes para a gestante e seu bebê, fornecendo um quantitativo de no mínimo seis consultas e permitindo que a mulher possua uma posição ativa durante a sua gestação, parto e puerpério (GARCIA et al., 2018; RAZNIEVSKI et al., 2020).

O Caderno de Atenção Básica, número 32, publicado no ano de 2013, está voltado à atenção ao pré-natal de baixo risco. Este, por sua vez, é um instrumento imprescindível para orientar as ações do profissional de enfermagem nessa assistência abordando as manobras de palpação, de posição fetal, medida da altura uterina, investigação do Diabetes Gestacional (DG) e orientações de procedimentos a serem realizados as gestantes com fator RH negativo, anemias, úlceras, corrimentos, dentre outros (BRASIL, 2013).

Entretanto, mesmo com essa abrangência de políticas e programas voltados a essa população, nota-se que ainda há um destaque dos casos de mortalidade materna e fetal no país (CHAVES et al., 2020). Por isso, torna-se necessário investigar quais os fatores que estão dificultando a realização efetiva da assistência prestada no pré-natal, com ênfase nos profissionais de enfermagem.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar como a literatura disponível aborda a atuação dos profissionais de enfermagem frente a realização do pré-natal no âmbito da APS.

2 | METODOLOGIA

O delineamento metodológico deste estudo constituiu-se de uma revisão integrativa, com método analítico e descritivo da literatura, em que foi realizado um levantamento bibliográfico através de consulta ao site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tendo como foco as bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Base de dados em Enfermagem (BDENF – ENF). Foram utilizados na estratégia de busca no site da BVS junto ao operador booleano “AND”, os seguintes descritores extraídos no Medical Subject Headings (MeSH): “Prenatal Care”, “Nursing”, “Primary Health Care” e “Prenatal Education”. Essa pesquisa foi realizada no mês de janeiro de 2021, resultando inicialmente em 197 artigos.

Posteriormente foram empregados os seguintes critérios de inclusão: Artigos completos, disponíveis na íntegra, com versões no idioma português disponíveis, publicados entre 2015 a 2020. Foram excluídos da amostra os estudos repetidos nas bases de dados, incondizentes com a nossa temática e artigos sem versões em português disponíveis.

A partir dos critérios supracitados foram encontrados 26 artigos, estes foram analisados em duas etapas. Na primeira foi realizada a análise seletiva com leitura dos títulos e resumos dos artigos, ocorrendo a exclusão de 8 artigos, pois não atendiam a temática a ser abordada. Na segunda etapa, ocorreu a análise crítica, que consistiu na leitura na íntegra dos estudos selecionados na etapa anterior, sendo excluídos de 2 artigos, pois não abordam aspectos pertinentes ao tema escolhido e objetivo proposto no presente estudo.

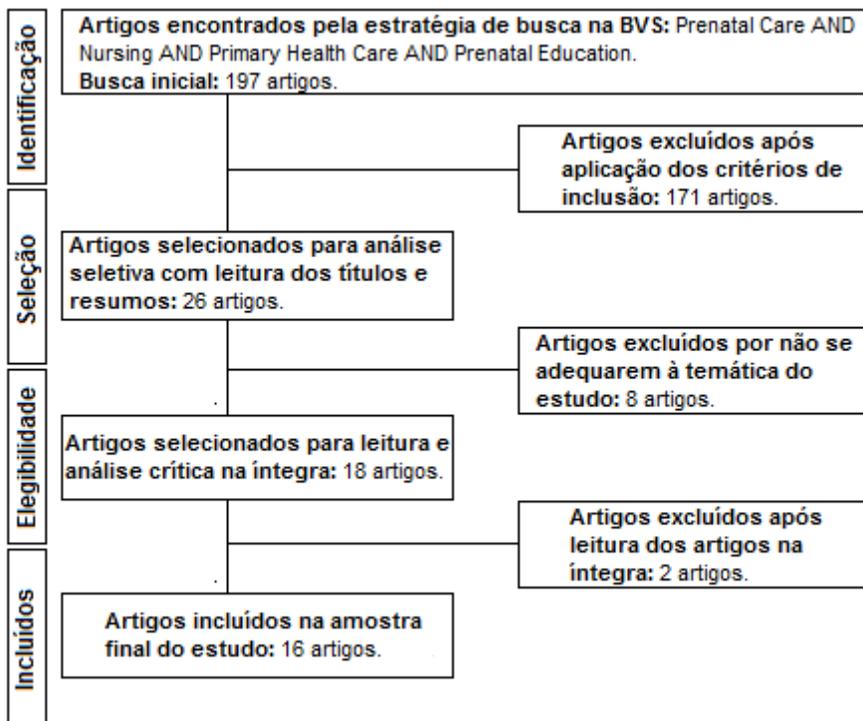


Figura 1 - Fluxograma da seleção e análise dos estudos incluídos na revisão da literatura sobre a atuação dos profissionais de enfermagem frente a realização do pré-natal no âmbito da APS.

Fonte: autores, 2021.

3 | RESULTADOS

No quantitativo de 26 artigos inicialmente encontrados, 16 artigos se adequaram aos parâmetros norteadores do presente estudo. O delineamento metodológico dos estudos apresentou-se da seguinte forma: 2 estudos descritivos exploratórios qualitativos, 3 estudos descritivos qualitativos, 1 pesquisa qualitativa descritiva, 1 estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, 1 pesquisa quali-quantitativa de recorte transversal, 2 revisões integrativas, 1 estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, 1 relato de experiência, 1 estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, 1 estudo quantitativo descritivo, 1 estudo transversal e 1 estudo descritivo.

A disponibilidade destes nas bases de dados se apresentou da seguinte forma: 2 artigos disponíveis na plataforma LILACS, 4 em BDEF - Enfermagem, 2 na plataforma MEDLINE e 8 disponíveis concomitantemente na plataforma LILACS e BDEF - Enfermagem.

Ademais, os artigos incluídos na amostra final foram descritos em quadro para melhor visualização dos seus resultados.

Autor (es)	Título	Ano	Abordagem da pesquisa	Aborda aspectos da atuação do profissional de enfermagem frente ao pré-natal na APS?
1. CHAVES, Isabella Santos et al.	CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE ENFERMAGEM: SATISFAÇÃO DAS GESTANTES	2020	Estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com 15 gestantes que foram acompanhadas por enfermeiras no pré-natal em um município do Estado de Sergipe.	Sim, pontua que o enfermeiro é fundamental na assistência junto às gestantes. E que essas estão satisfeitas com a atuação desse profissional, mediante a sua atenção, carinho, diálogo e relação de confiança.
2. NASCIMENTO, Luana Carla dos Santos et al.	PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	2020	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 29 enfermeiros que atuavam nas ESF em um município do Estado de Pernambuco.	Sim, aborda que o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família - ESF possui destaque no pré-natal de baixo risco pois atende a maioria das gestantes.
3. RAZNIEVSKI, Luana Fietz da Silva et al.	BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA	2020	Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, realizada com 45 enfermeiras que acompanhavam o pré-natal de risco habitual na atenção básica de um município do Estado do Rio Grande do Sul.	Sim, aborda a importância dos profissionais de saúde, com destaque o enfermeiro, buscarem se capacitar tendo como base os documentos e protocolos disponibilizados pelo MS.
4. GOMES, Ana Paula Sena da Silva et al.	CONHECIMENTO SOBRE TRIAGEM NEONATAL: DISCURSOS DE MÃES E PAIS DE RECÉM NASCIDOS	2019	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 18 mães e 2 pais de recém-nascidos acompanhados pelo Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente em um município do Estado da Bahia.	Sim, aborda a atuação do enfermeiro na propagação de informações acerca da triagem neonatal juntos aos pais, realizada durante o pré-natal, sobretudo nas salas de espera para as consultas.
5. LUZ, Cintia Aparecida Souza et al.	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA GESTANTE NUM GRUPO EDUCATIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	2019	Relato de experiência, com foco na implementação de um grupo educativo para gestantes, realizado em um município do Estado de São Paulo.	Não.
6. ALBUQUERQUE, Nayale Lucinda Andrade et al.	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O PARTO NORMAL	2019	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 12 enfermeiras de ESF de um município do Estado de Pernambuco.	Sim, as enfermeiras do estudo possuíam uma postura positiva e favorável sobre o parto normal. E uma constante capacitação profissional é fundamental na quebra de estigmas quanto a esse tipo de parto.

7. NARCHI, Nádia Zanon et al.	O PLANO INDIVIDUAL DO PARTO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA	2019	Estudo descritivo comportado em uma análise qualitativa de estatística descritiva.	Sim, os enfermeiros devem estabelecer vínculo, tornando-se o elo de confiança entre a gestante e demais profissionais. Outrossim, deve ter sensibilidade ao ouvir as expectativas e anseios destas, como também discutir o Plano de Parto Individual, eixo da relação clínica de suma importância entre a gestante e profissional de saúde.
8. GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Felix et al.	AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À GESTANTE: UM DESAFIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	2018	Estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 5 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem que atuavam no atendimento a gestantes em unidades de APS em um município do Estado de Minas Gerais.	Sim, elenca ao longo de sua discussão as principais ações de enfermagem que devem ser realizadas no pré-natal, como aferição da pressão arterial, exame das mamas, palpação fetal, etc. Ademais, discute se tais ações estão sendo feitas pelo profissional de enfermagem.
9. QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al.	GRUPO DE GESTANTES ADOLESCENTES: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO NO PRÉ-NATAL	2016	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 16 adolescentes que participavam do grupo de gestantes em uma unidade de APS em um município do Estado do Ceará.	Sim, pontua que o enfermeiro atua junto aos médicos, dentistas e demais profissionais da equipe multidisciplinar no pré-natal. E que o grupo de gestante auxilia em uma atuação mais efetiva desses profissionais.
10. GONÇALVES, Mariana Faria et al.	PRÉ-NATAL PREPARO PARA O PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUL DO BRASIL	2017	Estudo transversal analítico alinhado a uma coorte prospectiva, de caráter quantitativo, executado na maternidade pública de Londrina- PR.	Sim, a enfermagem é essencial na operacionalização das ações realizadas pela APS, sendo considerada um intermediador entre a equipe de profissionais componentes nesse nível de atenção.
11. MARQUES, Silva Samara et al.	ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO E ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES GESTANTES	2017	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como cenário 20 Unidades de Saúde da Família do município de Porto Alegre -RS.	Sim, os profissionais de saúde em geral e especificamente os enfermeiros encontram-se inseguros e despreparados em identificar violência por parceiro íntimo durante a realização do pré-natal, em decorrência da escassez e fragilidade de uma rede de apoio especializada.

12. CAMPOS, Mariana Lopes et al.	PERCEÇÃO DAS GESTANTES SOBRE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL REALIZADAS PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA	2016	Pesquisa qualitativa de caráter descritivo que teve como cenário 4 USF pertencente ao Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Porto Alegre.	Sim, o enfermeiro é essencial no papel educativo, ou seja, na promoção, prevenção à saúde e humanização de todo o cuidado durante o pré-natal. Sendo assim, necessita de uma qualificação profissional para exercer suas funções.
13. COSTA, Daniela Kércia Ponte et al.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA	2016	Revisão integrativa realizada em 6 etapas, com vistas a responder uma questão norteadora.	Sim, o atendimento através da equipe de enfermagem durante o pré-natal deve adotar um papel de liderança e uso de estratégias para gerar segurança ao paciente, reduzindo ao máximo risco ao binômio mãe-filho.
14. CAMILLO, Bibiana Schultz et al.	AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À GESTANTES E PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA	2016	Revisão da literatura, a partir de 6 etapas, a fim de responder a uma questão qualitativa.	Sim, o enfermeiro deve garantir uma atenção humanizada, individualizada e ampla, bem como realizar ações de qualidade a toda gestante.
15. GONÇALVES, Mirela Dias; KOWALSKI, Ivonete Sanches Giacometti; SÁ, Ana Cristina.	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: ATITUDES DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	2016	Pesquisa quali quantitativa e recorte transversal. Realizada com 83 enfermeiros do sul do estado do Espírito Santo.	Sim, constatou-se a relevância dos mesmos no pré-natal de baixo risco bem como a proatividade destes no estudo. Além disso, os enfermeiros da APS devem possuir uma escuta qualificada juntamente com a ética profissional realizando educação permanente.
16. DEMITTO, Marcela de Oliveira et al.	GESTÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO: PRÁTICAS E TABUS DE MULHERES PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PRÉ-NATAL	2015	Estudo qualitativo descritivo realizado na região norte do município de Londrina, PR.	Sim, a atuação do enfermeiro é imprescindível no programa de pré-natal, sendo o mesmo o organizador de toda a estrutura, fornecendo um cuidado integral com excelência.

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura, segundo autor (es), título, ano de publicação e abordagem da pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4 | DISCUSSÃO

No Brasil, a formação acadêmica ainda continua sendo permeada pelo modelo biomédico, em que há um despreparo dos profissionais de saúde na realização de parto, o

que se configura como práticas insensíveis e desumanizadas. Sendo assim, o MS oferece aos profissionais de saúde e estudantes, bases de dados científicas a fim de que haja a inserção de Práticas Baseadas em Evidências (PBE), o qual estimula uma mudança dentro das práticas assistenciais (ALBUQUERQUE et al., 2019; RAZNIEVSKI et al., 2020).

No ano de 2000, o MS deu origem ao PHPN, o qual unificou a assistência às gestantes e propôs a vinculação entre os serviços de pré-natal e parto. No entanto, apesar do surgimento de programas e manuais, nota-se que há um descuido do MS em seu manual de pré-natal o qual relata os benefícios da cesárea planejada, a exemplo de “maior segurança para o recém-nascido e trauma no assoalho pélvico da gestante” (GONÇALVES et al., 2017 p. 7). Dessa forma, a postura do profissional de enfermagem pode mudar este cenário, facilitando o acolhimento, potencializando as relações interpessoais entre este e a gestante, explanando de maneira clara o manual.

A atuação dos profissionais de enfermagem durante as consultas de pré-natal na APS, mostrou-se com grande relevância no período analisado, sendo alvo de diversos estudos realizados em sua maioria no ano de 2016. Nestes foram elencados aspectos diferenciados e positivos dessa atuação, como a busca e empenho destes profissionais em estabelecer uma relação de confiança com as gestantes, estabelecimento de diálogo efetivo, o seu cuidado humanizado, a sua preocupação e acolhimento, maior estímulo da autonomia da mulher durante a sua gestação e parto, disposição em atender as demandas apresentadas durante as consultas, entre outros (CAMILLO et al., 2016; CAMPOS et al., 2016; GONÇALVES; KOWALSKI; SÁ, 2016).

A forma pela qual a gestante se relaciona com os profissionais e serviços de saúde influencia na sua adesão às consultas e no acompanhamento pré-natal, portanto tais aspectos são fundamentais para o melhor atendimento desse público (CAMPOS et al., 2016). Deste modo, no estudo realizado por Chaves et al. (2020), com gestantes atendidas por uma enfermeira durante seu pré-natal, essas verbalizaram a sua satisfação quanto às consultas devido à postura adotada pela profissional está pautada principalmente em aspectos como atenção, carinho, diálogo e confiança.

Dessa forma, a constante atualização e capacitação dos profissionais é primordial na recriação do senso comum, a fim de amenizar ou até mesmo extinguir as condutas inadequadas (ALBUQUERQUE et al., 2019; GONÇALVES et al., 2017).

Ademais, um aspecto citado como diferencial dos profissionais de enfermagem durante as consultas de pré-natal, é a realização do exame físico das gestantes (CHAVES et al., 2020). Corroborando com os achados de Campos et al. (2016), quanto à realização do exame físico, e Garcia et al. (2018), que constatou a efetiva realização da aferição da pressão arterial e pesagem das mulheres pelos profissionais da equipe de enfermagem. Entretanto, o mesmo autor aponta que aspectos do exame clínico obstétrico, como o exame das mamas, ausculta do batimento cardiotetral e palpação obstétrica, não foram realizados (GARCIA et al., 2018).

A educação em saúde é fundamental durante a assistência dos profissionais da APS junto às gestantes, sobretudo pelo profissional de enfermagem, pois favorece a promoção à saúde, o empoderamento das mulheres, o fornecimento de orientações sobre aleitamento, uso de suplementação, a reelaboração do pensamento deste público sobre o parto normal, as vacinas que devem ser atualizadas, entre outros (ALBUQUERQUE et al., 2019; CAMILLO et al., 2016; CHAVES et al., 2020; GARCIA et al., 2018; GONÇALVES et al., 2017). Do mesmo modo, os grupos de gestantes com adolescentes configuram-se como um importante espaço para a aproximação e maior diálogo com o profissional de enfermagem, o convívio com outras jovens grávidas e a retirada de dúvidas importantes (QUEIROZ et al., 2016).

Além dos aspectos já mencionados, Gomes et al. (2019) evidenciam em seu estudo que os profissionais de enfermagem possuem importante papel na conscientização das mães e pais sobre a realização do teste do pezinho e da triagem neonatal ainda nas consultas de pré-natal. Assim como, devido ao papel propício que o pré-natal possui na identificação de casos de violência contra mulheres na APS, evidencia-se a necessidade do enfermeiro e demais profissionais de saúde se capacitarem para atender essas mulheres de forma adequada, assim como, para encaminhar e notificar os casos (MARQUES et al., 2017).

Durante o processo de pré-natal é relevante destacar a participação do pai, inserindo-o em toda atenção à gestante, como forma de fornecer suporte familiar nessa nova fase que estão vivenciando. No entanto, um estudo de revisão sistemática apontou que os profissionais compreendem os benefícios de um pré-natal que englobava a violência por parceiro íntimo, mas afirmam que não conseguem implementá-lo em sua consulta devido o parceiro estar presente. Dessa forma, faz-se necessário o estabelecimento de confiança entre o profissional e a gestante, como forma de identificar essa situação de maneira precoce, além de compreender a expressão corporal das gestantes (COSTA et al., 2016; MARQUES et al., 2017).

Como aspectos fragilizados da atuação dos enfermeiros frente ao pré-natal, pode-se citar que mesmo a educação em saúde possibilitando a orientação das gestantes quanto ao trabalho de parto, pós-parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento e sobre o local do parto, nos estudos de Campos et al. (2016), Chaves et al. (2020) e Gonçalves et al. (2017) essas informações não foram repassadas pelos profissionais de enfermagem às gestantes. Outrossim, Gonçalves, Kowalski e Sá (2016) destacam em sua pesquisa que os profissionais de enfermagem transferem a responsabilidade da realização da educação em saúde para outros profissionais. Assim como, alguns fornecem orientações apenas quando solicitado pelas mulheres ou para a resolução de problemas (CAMPOS et al., 2016).

Nota-se que a rotatividade e alternância de profissionais presente na APS é considerada um fator negativo para a construção de vínculo entre os profissionais e gestante, em especial o enfermeiro, pois quando o mesmo profissional é mantido em

todas as consultas o vínculo e confiança construído anteriormente é mantido, facilitando a expressão de dúvidas pela mulher, assim como, possibilita a continuidade e qualidade da assistência (CAMPOS et al., 2016). Ademais, o vínculo frágil desencadeado pela alta rotatividade de profissionais também dificulta a identificação de situações de violência na APS (MARQUES et al., 2017).

Narchi et al. (2019), em seu estudo, abordou uma estratégia utilizada e implementada por docentes e discentes, com o intuito de ofertar autossuficiência à mulher durante o parto e nascimento, denominada Plano Individual de Parto (PIP). Este, por sua vez deve auxiliar em práticas adequadas na assistência, em que a gestante após receber as informações provenientes dos profissionais de saúde, deve considerar seus valores, expectativas, anseios e em consonância com os profissionais, explanar quais serão as práticas obstétricas desejadas durante o processo de parto. Sendo assim, essa estratégia reforça a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde quanto a sua utilização.

Hodiernamente, com os desafios vivenciados, o MS tem como objetivos qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País, reduzindo a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, instituindo a Rede Cegonha. O Caderno de Atenção Básica número 32, de atenção ao Pré-natal de baixo risco, configura-se como um instrumento na qualificação do cuidado e na articulação em rede, desde a organização do serviço, bem como aspectos do planejamento, acompanhamento e possíveis intercorrências da gravidez. Além disso, foca na capacitação da equipe de saúde, fornecendo equipamentos necessários para que ocorra atendimento integral para promoção de um parto sem complicações (BRASIL, 2013).

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que o tema alvo de nosso estudo tem sido abordado de forma expressiva nos últimos anos, com uma extensa literatura disponível, por meio da qual enfatiza-se a importância e a necessidade da construção de vínculo entre o profissional de enfermagem, a gestante assistida e sua família, como uma forma de qualificar o atendimento e o acompanhamento na APS, garantindo confiança, segurança e bem estar durante todo o processo de pré-natal, parto e pós-parto.

Entretanto, o presente estudo observou fragilidades na atuação dos enfermeiros frente ao pré-natal, destacando a insuficiência no que diz respeito a educação em saúde, em que as informações necessárias e relevantes, como local de parto e cuidados com o recém-nascido não são repassadas pelos profissionais de enfermagem, sendo apenas dialogadas quando há solicitação por parte da gestante. Além disso, a alternância e a rotatividade desses enfermeiros na APS comprometem a continuidade e a qualidade da assistência, pois dificulta a construção de vínculo entre os mesmos, o qual é essencial para a segurança da gestante.

Ademais, é notório a necessidade de uma busca pela educação permanente entre os profissionais atuantes na APS, principalmente o enfermeiro, acerca da realização do pré-natal, tendo como base os documentos oficiais disponibilizados pelo MS, assegurando dessa forma a capacitação e o aperfeiçoamento da equipe de saúde, com o intuito de promover um serviço de qualidade e eficiência, contribuindo assim, para que o processo gestacional transcorra de forma tranquila e segura.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Nayale Lucinda Andrade *et al.* REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O PARTO NORMAL. **Rev. Ciênc. Plur.**, Lagoa Nova, Natal, v. 5, n. 1, p. 34-51, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17944/11742>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 318 p., 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 28 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção I, p. 9.273-9.275, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 28 jan. 2021.

CAMILLO, Bibiana Schultz *et al.* AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A GESTANTES E PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev. Enferm. Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 4894-4921, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11270/12905>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CAMPOS, Mariana Lopes de *et al.* Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **J. nurs. health**, Pelotas, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 3, p. 379-390, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31741/bde-31741-596.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CHAVES, Isabella Santos *et al.* CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE ENFERMAGEM: SATISFAÇÃO DAS GESTANTES. **R. pesq. cuid. fundam. online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 814-819, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7555/pdf_1. Acesso em: 15 jan. 2021.

COSTA, Daniela Kércia Ponte *et al.* CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev. enferm. UFPE on Line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 4909-4919, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11272/12909>. Acesso em: 15 jan. 2021.

DEMITTO, Marcela de Oliveira *et al.* Gestação, parto e puerpério: práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal. **Cult. cuid. enferm.**, Pereira-Risaralda, v. 12, n. 2, p. 6-21, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-785591>. Acesso em: 20 jan. 2021.

GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Felix *et al.* As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **J. rev. fundam. care online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 863-870, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6255/pdf_1. Acesso em: 15 jan. 2021.

GOMES, Ana Paula Sena da Silva *et al.* Conhecimento sobre triagem neonatal: discursos de mães e pais de recém-nascidos. **REVISA**, Góias, v. 8, n. 3, p. 255-263, 2019. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/421/309>. Acesso em: 15 jan. 2021.

GONÇALVES, Mariana Faria *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-6, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401. Acesso em: 15 jan. 2021.

GONÇALVES, Mirela Dias; KOWALSKI, Ivonete Sanches Giacometti; SÁ, Ana Cristina. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1-6, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unilibreperreira.edu.co:8080/View/r/index.jsp?file=123456789/471/Art%20No%201Gestaci%c3%b3n.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

LUZ, Cintia Aparecida Souza *et al.* NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA PARA GESTANTE NUM GRUPO EDUCATIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Cuid. Enferm.**, Catanduva, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 199-203, 2019. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/199.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MARQUES, Samara Silva *et al.* Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S198314472017000300405. Acesso em: 15 jan. 2021.

NARCHI, Nádia Zanon *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, p. 1-7, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100473&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2021.

NASCIMENTO, Luana Carla dos Santos *et al.* Perspectiva dos enfermeiros sobre a assistência pré-natal no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, Rio Grande do Sul, v. 10, e44, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38444/html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. esp., p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v37nsp/0102-6933-rgeenf-1983-14472016esp2016-0029.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

RAZNIEVSKI, Luana Fietz da Silva *et al.* Boas práticas de assistência ao parto e nascimento de enfermeiras da atenção básica. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, Rio Grande do Sul, v. 10, e34, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38887/html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PREPARAÇÃO PARA O PARTO: ANÁLISE DE CONCEITO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 07/03/2021

Ana Maria Aguiar Frias

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

Ana Filipa Silva Ressurreição

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-6757-2255>

Andreia Filomena Monteiro Lobão

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-2215-2131>

Cláudia Cristina Firmino Rodrigues

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
Portimão, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-5561-0426>

RESUMO: A gravidez é uma fase na vida da mulher, onde decorrem uma série de modificações quer a nível físico, psicológico e biológico. São diversas as alterações emocionais a acontecer, tais como a felicidade e a satisfação mas também o medo, a insegurança e a dúvida podem estar presentes nesta fase da vida. É neste sentido

que a preparação para o parto é fundamental para a atenuação de sentimentos negativos e encorajamento da mulher, existindo assim a necessidade de fazer-se uma revisão sobre este conceito, com a finalidade de compreender-se o seu contributo na maternidade. **Objetivo:** Definir o conceito de *preparação para o parto* e sua aplicação prática. **Métodos:** Propôs-se uma análise do conceito *Preparação para o Parto*, com recurso ao método de análise concetual de Walker e Avant com base numa revisão da literatura, incluindo a pesquisa em bases de dados e outras fontes. **Conclusão:** Apesar de se terem identificado uma quantidade variada de atributos, todos convergiram de maneira particular no entendimento da complexidade e da multidimensionalidade da preparação para o parto. Na perspetiva de preparação para o parto, verificou-se a escassez de informação na exploração deste tema. É necessário que se continuem a fazer análises ao conceito na tentativa de compreender-se as modificações que vão surgindo.

PALAVRAS CHAVE: Preparação para o parto, Gravidez, Parto, Maternidade.

PREPARATION FOR CHILDBIRTH: CONCEPT ANALYSIS

ABSTRACT: Pregnancy is a stage in a woman's life, where a series of changes take place, both physically, psychologically and biologically. There are several emotional changes to happen, such as happiness and satisfaction, but also fear, insecurity and doubt can be present at this stage of life. It is in this sense that the preparation for childbirth is fundamental for the mitigation

of negative feelings and encouragement of women, thus there is a need to carry out a review of this concept, in order to understand its contribution to motherhood. **Objective:** To define the concept of preparation for childbirth and its practical application. **Methods:** An analysis of the concept of Preparation for Childbirth was proposed, using Walker and Avant's conceptual analysis method based on a literature review, including research in databases and other sources. **Conclusion:** Despite having identified a varied number of attributes, they all converged in a particular way in understanding the complexity and multidimensionality of preparation for childbirth. From the perspective of preparing for childbirth, there was a scarcity of information in exploring this topic. It is necessary to continue to make analyzes of the concept in an attempt to understand the changes that are emerging.

KEYWORDS: Preparation for childbirth, Pregnancy, Childbirth, Maternity.

1 | INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento de um filho desencadeiam na mulher e no homem um conjunto de mudanças próprias, que podem ser maravilhosas, enriquecedoras, mas também desafiadoras. Este processo tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos e modifica de forma irreversível a identidade, os papéis e funções dos pais e de toda a família (RELVAS; LOURENÇO, 2001). É um período de múltiplas transformações e conseqüentes adaptações que implicam a resolução de um conjunto de tarefas do desenvolvimento, desde a aceitação da gravidez, a ligação afetiva ao bebê, a reestruturação de relações incluindo o novo membro, à identificação com o novo papel de mãe/pai (CARVALHO; LOUREIRO; SIMÕES, 2006).

Mercer (2004), na teoria da Consecução do Papel Maternal, considera que este processo se desenvolve em quatro fases: comprometimento, vinculação com o feto e preparação para o parto e maternidade; conhecimento/vinculação com a criança e aprender a cuidá-la, copiando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações; recuperação no sentido de uma nova normalidade e finalmente, conquista da identidade materna através da redefinição do self (MERCER, 2004). Na primeira etapa, é fundamental que a grávida estabeleça uma primeira relação com o feto, preparando-se para o momento do parto, que concretiza a separação.

Ao longo da gravidez a mulher cria expectativas e atitudes que influenciam o seu comportamento no parto e após o nascimento do bebê. O último período da gravidez, último trimestre, é caracterizado pelo aumento da ansiedade devido à antecipação do parto (MERCER, 2004), um acontecimento percebido como incontrolável, fisicamente doloroso, que acarreta sofrimento ou morte e, ainda, o momento de confronto com o verdadeiro bebê. É um período marcado por alguns sentimentos de ambivalência, por um lado a vontade de ver o bebê e terminar o período de gravidez e, por outro o desejo de a prolongar, adiando o momento do parto e as novas adaptações exigidas pelo nascimento do bebê (CARVALHO; LOUREIRO; SIMÕES, 2006).

A ansiedade, caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, Jan./Jun. 2006) é um componente emocional muito presente no período gestacional, que se constitui como um período de grande vulnerabilidade. Sendo a gravidez não apenas um período de espera, mas também de preparação, torna-se imperativo que a aprendizagem seja realizada de forma progressiva e coerente de acordo com o nível de compreensão da mulher. O conhecimento do seu corpo, o modo como funciona e se desenvolve, vai permitir uma melhor adaptação da mulher à gravidez, melhorando posteriormente experiência do parto (COUTO, 2003) e a construção do seu papel parental. Este conceito de *preparação para o parto* durante o período gestacional ganha importância na medida em que mulheres/casais informados e preparados, encaram o nascimento do filho de modo mais confiante, sereno, com atitudes adequadas, que resultam na melhoria dos resultados obstétricos e neonatais e nos efeitos sobre a satisfação da grávida/casal antes, durante e após o parto (FRIAS; FRANCO, 2008; FRIAS; FRANCO, 2010).

Uma pesquisa na literatura permitiu constatar a importância desta preparação que a gravidez e parentalidade exigem em diferentes contextos - biológicos, sociais e psicológicos e revelou a necessidade de uma análise conceitual sobre o significado da preparação para o parto e parentalidade.

2 | METODOLOGIA

Analisar um conceito permite elucidar ideias vagas, ambíguas e preconcebidas, de acordo com o contexto histórico social. Neste sentido, é relevante definir termos para que se eliminem concepções preestabelecidas subjetivamente e a literatura passe a ser a fonte de aquisição do conhecimento.

A utilização de modelos teóricos na análise conceitual, favorece a caracterização dos fenômenos de forma adequada e atual. Perante o exposto, parece relevante analisar o significado do conceito Preparação para o Parto com vista a adquirir mais conhecimento sobre o tema e a clarificar a aplicação deste conceito na realidade da área da saúde. Permite ainda a pesquisa de evidências em relação à Preparação Para o Parto com vistas ao alcance de melhorias no cuidado de enfermagem prestado.

Para a análise do conceito foi utilizado método análise conceitual de Walker e Avant (FERNANDES; NÓBREGA; GARCIA; COSTA, 2011), tendo sido realizada uma revisão da literatura em bases de dados e outras fontes. Obteve-se um conjunto de dados para análise, que foi feita procurando dar resposta aos passos propostos no método (FERNANDES; NÓBREGA; GARCIA; COSTA, 2011). Foi realizada uma pesquisa de artigos (originais, resenhas, editoriais) na literatura científica através dos bancos de dados PubMed, Scielo, EBSCO e LILACS utilizando como estratégia de pesquisa em Português as palavras chave Preparação para o Parto; Gravidez; Parto; Maternidade, uma vez que não existem como

descritores MeSH. Foram definidos como critérios de pesquisa a presença de palavras chave no resumo/título, artigos em português disponíveis em texto completo. Não foi aplicado nenhum limite de ano de publicação na pesquisa, nem restrição quanto à metodologia utilizada no caso dos artigos originais, dado o reduzido número de artigos encontrados.

Também foi realizada uma busca manual, que incluiu livros didáticos sobre Enfermagem, Psicologia, Maternidade/Paternidade para identificar se o conceito de preparação para o parto surgiu nalgum momento como conceito. Além disso, foram verificadas as bibliografias dos artigos encontrados na tentativa de identificar mais artigos pertinentes para análise. Por fim, o estudo revisou as definições do significado de *preparação e parto* no dicionário infopedia da língua portuguesa, no Dicionário Médico online e Medipedia online. A integração das informações da revisão da literatura foi realizada através das etapas propostas, para a análise do conceito, por Walker e Avant (FERNANDES; NÓBREGA; GARCIA; COSTA, 2011): identificar os usos do conceito, determinar os atributos, identificar casos de modelo, limitar e contrariar, identificar antecedentes e consequências do conceito e definidas as referências empíricas.

3 | RESULTADOS

3.1 Definições e usos do conceito Preparação para o Parto

Como sugerem Walker e Avant (2011), foi realizada uma pesquisa variada em dicionários, livros e artigos relativa ao uso dos conceitos, para proporcionar uma compreensão mais profunda do conceito (WALKER, 2011). Os primeiros usos do conceito foram extraídos do dicionário infopédia da Língua Portuguesa online e são apresentados de seguida:

Preparação é definida como a ação ou efeito de preparar algo de forma a poder ser utilizado, diz respeito à organização e preparativos que tornam possível que algo aconteça, é a ação de preparar alguém ou de se preparar; formação; treino (Infopédia, 2003-2020).

Parto é definido como o conjunto de fenómenos e mecanismos que tem por finalidade a expulsão do feto, e dos seus anexos, do organismo materno, a partir do momento da viabilidade teórica do feto (Infopédia, 2003-2020). Conforme o dicionário médico online, *parto* é definido como ato de parir, é a expulsão do filho, do produto da concepção (Dicionário Médico, 2014).

De acordo com a consulta na Medipedia, *Preparação para o Parto* é a adequada informação sobre tudo o que irá ocorrer durante o parto e a realização prévia de exercícios físicos específicos que permitem enfrentar este acontecimento transcendental com uma atitude positiva e em ótimas condições (Medipedia Preparação para o parto).

3.2 Usos do conceito na literatura

Para Frias (2012) é necessária a aprendizagem sobre o desenrolar do trabalho de parto, no sentido da criação de expectativas realistas para maior controlo e participação ao longo do trabalho de parto, contribuindo para o maior controlo da dor, menor ansiedade e maior satisfação na experiência do parto (FRIAS, 2012). Essa aprendizagem poderá ser feita através de uma ação educativa em grupo, com preparação psicológica, pedagógica e física, de cariz teórico-prático, na qual são abordadas temáticas que vão ao encontro dos interesses e das dúvidas das grávidas, corrigindo ideias erradas, favorecendo a aquisição de conhecimentos que lhe permitem vivenciar o trabalho de parto e o parto de forma consciente e esclarecida, diminuindo a ansiedade e o desconforto, e onde aprende a lidar com o seu bebé (FRIAS; FRANCO, 2008; FRIAS; DAMAS, 2019).

A preparação para o parto consiste num processo educacional flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético, que se constrói a partir da troca de conhecimentos e experiências em grupos de pessoas com histórias de vida distintas com interesses semelhantes, ocorrendo uma interação com base nas ideias, valores, atitudes e experiências de cada elemento. Este processo dá oportunidade para compreensão do processo de nascimento; abre caminho para autonomia; prepara para o parto, maternidade e paternidade; permite a extensão do círculo social e conhecimento dos direitos (ZAMPIERI; GREGÓRIO; CUSTÓDIO; REGIS *et al.*, 2010).

Ao realizar um estudo com um grupo de enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Germano Couto verificou que, segundo as mesmas, a preparação para o parto é, um momento de educação para a saúde, que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos que é realizado ao longo da gravidez nas consultas de enfermagem de saúde materna, mas também em cursos de preparação para o parto propriamente dito. Esse momento constitui-se de grande importância como um meio de melhorar o conhecimento, o controlo, a motivação e a vivência da grávida no parto e maternidade (COUTO, 2006).

A preparação para o parto é efetuada em sessões em grupo com vista a ensinar e treinar técnicas de controlo da dor, a promover o controlo da ansiedade durante a gravidez e trabalho de parto, a proporcionar informação sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido (GRAÇA; FIGUEIREDO; CARREIRA, 2011).

Em Portugal, a preparação para o parto é considerada um direito e configura-se como uma intervenção na preparação da mulher/casal, com o objetivo de ensinar técnicas que apoiam a utilização de estratégias de *coping* adequadas a gestão do trabalho de parto (SOUSA; SANTOS; FERREIRA, 2019; FRIAS; SOUSA; FERREIRA, 2020). A preparação para o parto é uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento 125/2011, 18 de Fevereiro de 2011). Para Meleis, a preparação e o conhecimento são facilitadores de transições, o conhecimento é inerente à

preparação. A preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é um inibidor (MELEIS, 2010).

3.3 Antecedentes do conceito de Preparação para o Parto

O ser humano, ao longo da sua vida, passa por várias transformações e experimenta mudanças. Existem, contudo, determinados períodos em que essas mudanças assumem especial importância e são deveras rápidas, ocorrendo no nosso corpo e mente, nos relacionamentos e nos compromissos. A gravidez insere-se indubitavelmente nestas transformações e constitui uma etapa da vida na qual se processam profundas alterações na mulher e família constituindo uma ponte para um projeto de uma vida, a parentalidade. É um momento de mudanças físicas, num corpo que se transforma a cada dia e que são acompanhadas de alterações emocionais (SILVA, 2013). De acordo com Velho citado por Couto (2003) “...a gravidez é um processo. A mulher vai engravidando. Engravidada biologicamente num dado momento, mas depois tem de percorrer um caminho, onde se confronta com uma tarefa de vida” (COUTO, 2003).

Múltiplos problemas afetam as mulheres durante a gravidez, no parto e após o nascimento do bebé. A ansiedade, os medos relacionados com a dor de parto, as malformações do bebé, receio da própria morte ou da morte do bebé durante o trabalho de parto, serão talvez os mais expressivos (COUTO, 2003; TOSTES, 2016). Estes sentimentos são determinados pelo desconhecimento, o que origina uma forte tensão emocional que potencializa a dor durante o trabalho de parto (FRIAS, 2014; PRATAS, 2010).

As expectativas e atitudes que a mulher cria ao longo da gravidez, bem como a informação e o conhecimento que possui influenciam o seu comportamento no parto e após o nascimento do bebé e interferem com a vivência do momento (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2012; FRIAS; SOUSA; FERREIRA, 2020). O parto é o momento aguardado pela mulher/casal, tendo significados que vão sendo construídos e reconstruídos dinamicamente na cultura em que a mulher está inserida e também de acordo com as experiências vivenciadas. As expectativas geradas em relação a esse momento geralmente são baseadas em experiências anteriores, em informações obtidas por meio informal, incorreto e empírico, assimiladas através de histórias de gravidezes e partos complicados, através, sobretudo, da tradição oral (COUTO, 2006; TOSTES, 2016). Por outro lado, essas expectativas são muitas vezes constituídas por rituais e mitos, preceitos, proibições e tabus (KITZINGER, 1996).

O parto, como marco significativo na vida da mulher/ casal está associado a altos níveis de ansiedade que se elevam à medida que a grávida se vai apercebendo que o parto se aproxima e que não existe uma forma fácil de o bebé nascer (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2012). A dor é influenciada por fatores psicológicos, como o medo e a tensão e levam a alterações comportamentais de descontrolo e desespero (FRIAS, 2012; ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017). Frequentemente é um momento temido, gerador

de insegurança e ansiedade devido ao desconhecimento do que pode vir a suceder e à possibilidade de sentir dor, de modo que o medo decorrente influencia as expectativas relacionadas ao parto (TOSTES, 2016).

3.4 Consequências do conceito Preparação para o Parto

Na sequência da análise dos artigos para o estudo do conceito e de acordo com o modelo de Walker e Avant (FERNANDES; NÓBREGA; GARCIA; COSTA, 2011), predispõe-se o levantamento das consequências que resulta da aplicação de um determinado fenómeno.

A preparação para o parto trouxe inúmeros benefícios para a mulher, no sentido em que aumentou a sua autoconfiança, segurança, mais conhecimentos nos cuidados ao recém-nascido e para si própria. De acordo com Frias (2012, 2014), as sessões de preparação para o parto vão permitir que as grávidas adquiram informação necessária que possa facilitar no período de trabalho de parto e parto, bem como receber o seu bebé de forma harmoniosa e mais confiante (FRIAS, 2012; FRIAS, 2014).

A compreensão dos fenómenos fisiológicos da gravidez, as técnicas de relaxamento e respiração e com a cooperação da pessoa significativa, levou a que a mulher conseguisse um maior controlo da dor (AYRES; TEIXEIRA; HENRIQUES; DIAS *et al.*, 2019). O medo, a ansiedade e a dor são os pontos mais cruciais defendidos por diversos autores no que se refere à gravidez e parto. Acima de tudo, a mulher deve ser esclarecida de todos os processos que acontecem durante o período gravídico e prepará-la a fim de que compreenda as atitudes que podem ser tomadas, garantido a sua participação (SOUSA; SANTOS; FERREIRA, 2019). Nesta fase de transição, “de díade a tríade”, o casal procura obter o máximo de informação para combater a ansiedade que permanece até ao nascimento do bebé.

É seguro então afirmar, que as mulheres que não fizeram preparação para o parto, sentiram maior ansiedade, maior descontrolo e mais dúvidas na prestação de cuidados ao recém-nascido (FRIAS, 2012; FRIAS; DAMAS, 2019; FRIAS; SOUSA; FERREIRA; 2020). Sendo que houve uma maior necessidade de instrumentalização nos partos bem como o recurso a medidas farmacológicas (MORGADO; PACHECO; BELÉM; NOGUEIRA, 2010).

3.5 Atributos do Conceito Preparação para o Parto

Após a seleção do conceito, sua aplicação nas diferentes áreas e sua definição, surge uma etapa fundamental na análise do conceito: a determinação de atributos, que não são mais do que palavras e expressões que revelam a essência do próprio conceito (FERNANDES; NÓBREGA; GARCIA; COSTA, 2011). Desta forma, a revisão de literatura permitiu-nos identificar três atributos ao conceito preparação para o parto: preparação profilática, preparação psicológica e preparação física.

Relativamente à **preparação profilática**, destacam-se as transformações e ajustes do casal à chegada de um novo filho. Digamos que tem como finalidade a prevenção de

situações negativas e de risco. Para Graça (2011), a abordagem realizada nos cursos de Preparação para o Parto e a interação das intervenientes, permite não só a criação de redes de apoio assim como o desenvolvimento de habilidades que podem contribuir positivamente para a capacitação e gestão dos sintomas somáticos (GRAÇA; FIGUEIREDO; CARREIRA, 2011). Frias (2008) reitera que a transmissão de informação e de conhecimentos, a preparação física e psicológica, permitem capacitar a grávida e empoderá-la, tornando-a mais confiante e segura para o momento do parto e no desempenho do seu novo papel de mãe (FRIAS; FRANCO, 2008; GRAÇA; FIGUEIREDO; CARREIRA, 2011).

A **preparação psicológica** trata um atributo de grande destaque para a caracterização do conceito em estudo. Barlow e Coren (2004) citados por Morgado (2010) concluem que os cursos de preparação para o parto contribuem significativamente para a saúde mental das mães a curto prazo (MORGADO; PACHECO; BELÉM; NOGUEIRA, 2010). Envolvem a preparação psicológica da grávida para a entrada na maternidade, mas prepara-a sobretudo para o momento do parto. Contribui para a eliminação e/ou atenuação da ansiedade, medos e preocupações da mulher (COUTO, 2006), que podem ter repercussões adversas a nível obstétrico a até interferir na própria experiência emocional do parto (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2012). Utiliza técnicas de relaxamento e exercícios de respiração e, sobretudo, permite à mulher um maior e melhor conhecimento do seu corpo, um maior controlo das suas emoções e conseqüentemente, um maior controlo da dor (COUTO, 2006; FRIAS; FRANCO, 2008; MORGADO; PACHECO; BELÉM; NOGUEIRA, 2010). Os cursos de preparação para o parto devem ser constituídos por sessões de psicoeducação e ensino de estratégias de *Coping* (FRIAS; SOUSA; FERREIRA, 2020).

A **preparação física** como o próprio nome indica prepara fisicamente a grávida para o processo de gravidez que culmina no parto. Envolve a adaptação a um estilo de vida mais saudável e ativo, através de uma alimentação e prática de atividade física regular adequados. Com a colaboração dos outros atributos, a mulher procura educar-se sobre a gravidez, parto e cuidados ao bebé; realiza uma vigilância periódica e adequada às suas necessidades. Entende a gravidez, o trabalho de parto e parto como algo natural, absolutamente fisiológico. Esta preparação tem o seu principal destaque para o momento do parto, onde a mulher é protagonista. Capacitada para este fenómeno natural da vida, a mulher, através de esforços expulsivos controlados acompanhados de técnicas de ventilação por si aprendidas, faz nascer o seu filho (AYRES; TEIXEIRA; HENRIQUES; DIAS *et al.*, 2019).

3.5.1 *Caso modelo*

A Beatriz é uma mulher de 32 anos, professora de Educação Física, que vive com o seu marido, o João de 35 anos, também ele professor de Educação Física. Sempre sonharam ter filhos, mas consideravam o momento inoportuno, porque adoravam viajar e

levar uma vida mais livre de preocupações. Entretanto, recém-chegada de umas férias de lazer com o marido, Beatriz descobre que está grávida. Assustada com a notícia, porque não se sentia ainda preparada e inclusive estava preocupada com a evolução favorável da sua gravidez, dado que tinha estado num país tropical a consumir alimentos em mercados de rua onde ingeriu bebidas alcoólicas. Rapidamente marcou consulta no seu ginecologista e juntamente com o João, descobriu uma gravidez de 9 semanas saudável. Prontamente iniciou a suplementação vitamínica adequada à gravidez, manteve o estilo de vida saudável que já tinha e continuou o seu exercício físico adaptado, com a ajuda do seu marido. Para além das consultas de rotina, das análises e exames periódicos, inscreveu-se num curso de Preparação para o Parto às 28 semanas, sugerido por um grupo de amigas. Adquiriu novos conhecimentos sobre a fisiologia da gravidez, desmistificou crenças, realizou exercícios de relaxamento e técnicas de ventilação, e sentiu-se mais confiante quando teve oportunidade de visitar o Bloco de Partos onde iria ter o seu parto. Teve um grande apoio por parte da família, mas sobretudo, um grande apoio emocional do marido que partilhou todos os momentos consigo.

3.5.2 Caso Limite

A Fernanda é uma mulher de 40 anos, doméstica, que vive com o marido e as duas filhas. Sempre idealizou uma família grande, desejava pelo menos três filhos, mas após o nascimento da segunda filha ficou desempregada e abdicou desse sonho. Descobriu que estava grávida e ficou feliz, mas ao mesmo tempo muito apreensiva tendo em conta a sua situação atual e a idade que tinha. Ansiosa por contar ao marido com receio que este ficasse transtornado com a notícia, ao contar-lhe teve uma boa surpresa; ele ficou radiante e tranquilizou-a dizendo-lhe que iria correr tudo bem. A Fernanda vigiou a sua gravidez no hospital da sua zona de residência, pois devido à sua idade era considerada uma grávida de risco; foi no hospital que realizou a amniocentese que lhe revelou que iria ter um rapaz. Devido ao pouco tempo que tinha, tendo em conta todos os seus afazeres domésticos, não conseguiu frequentar aulas de preparação para o parto. Apesar de ser o terceiro filho, muita coisa tinha mudado nos dez anos que passaram desde que teve a última filha. Sentia-se ansiosa em relação aos cuidados ao bebé. O marido e as filhas foram o seu grande apoio e estiveram presentes em todos os momentos.

3.5.3 Caso Contrário

A Carolina é uma adolescente de 17 anos que fica em choque quando descobre uma gravidez, fruto de um curto relacionamento com um rapaz mais velho, de 25 anos. Ele não aceita porque está a acabar a universidade e não quer assumir o compromisso e a Carolina sente-se perdida, porque também ela vai entrar na universidade e os pais nunca aceitariam uma gravidez tão precoce. Decide terminar a gravidez, mas quando vai

ao médico descobre que está grávida de 14 semanas e que legalmente não pode fazer um aborto. Passado um mês recebe a notícia de que foi admitida numa universidade longe da sua casa e toma a decisão de ir, não podia perder essa oportunidade. Tentou esconder a gravidez o máximo de tempo possível até que uma colega de curso com a qual tinha uma boa relação a questionou, e ela não conseguiu esconder mais. Teve uma gravidez mal vigiada, tomava apenas os suplementos vitamínicos e realizou apenas duas ecografias. Sabia que não estava preparada para ser mãe tão nova e sentia-se incompetente para tratar de um bebé, considerava que o seu bebé merecia uma vida melhor do que ela lhe poderia dar. Então após muita reflexão e com o apoio da sua colega que veio a tornar-se uma grande amiga, decidiu que o seu futuro bebé iria para adoção.

Preparação para o Parto		
Antecedentes	Atributos	Consequências
Ansiedade; Medo; Insegurança; Tensão; Mitos; Desconhecimento.	Preparação profilática: • Prevenção Preparação psicológica: • Educação • Técnicas de ventilação e exercícios de relaxamento Preparação física: • Exercícios de relaxamento e preparação	Autoconfiança; Segurança; Participação ativa; Maior Controlo da dor; Uso de Medidas não farmacológicas.
<p>Definição: O conceito de preparação para o parto entende-se como um processo de formação interativo e dinâmico, entre a mulher/casal e o enfermeiro, favorecendo o processo de transição para a maternidade. Focado essencialmente, na aquisição de conhecimento relativo aos fenómenos fisiológicos da gravidez, trabalho de parto e parto, desmistificando medos e inseguranças para que o parto seja vivido de forma positiva e com uma participação ativa.</p>		

Tabela 1- Modelo Concetual da preparação para o parto

3.5.4 Referências Empíricas

De acordo com a metodologia de Walker e Avant, as referências empíricas são categorias ou classes de fenómenos observáveis que quando presentes demonstram a ocorrência do conceito, possibilitando, assim, sua definição operacional (FERNANDES; NÓBREGA; GARCIA; COSTA, 2011).

AUTORES	ANO	REFERÊNCIA EMPÍRICA	INSTRUMENTO
Costa, Pacheco e Figueiredo	2012	Antecipação e experiência emocional de parto.	Questionário sociodemográfico; Questionário de Antecipação do Parto (QAP) e Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)
Couto	2006	Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto.	Questionário à equipa de enfermagem com técnica de Delphi
Sousa, Santos e Ferreira	2019	Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem.	Questionário de autoeficácia no Trabalho de parto (qaetp)
Morgado <i>et al.</i>	2010	Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo.	Questionário sociodemográfico e o Questionário de Antecipação do Parto (QAP)
Graça, Figueiredo, Carreira	2011	Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade.	Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (mama)

Tabela 2 - Referencias empíricas relativas ao conceito Preparação para o Parto

4 | CONCLUSÃO

O objetivo dessa análise conceitual foi fornecer uma definição clara e abrangente de preparação para o parto. Apesar de se terem identificado uma quantidade variada de atributos, todos convergiram de maneira particular para entender a complexidade e a multidimensionalidade da preparação para o parto.

Embora a revisão da literatura tenha sido exaustiva, os estudos incluídos nesta análise conceitual foram insuficientes e alguns deles pouco claros quanto à definição do conceito. Grande parte dos estudos analisados visavam principalmente compreender em que medida a preparação para o parto influencia a satisfação da mulher relativamente à experiência de parto.

As fontes incluídas e analisadas permitiram perceber três grandes componentes desse conceito - uma componente física, uma componente psicológica e uma componente profilática – que representam uma busca pelo equilíbrio entre elas no sentido de favorecer a transição para a parentalidade de forma positiva e com a participação da mulher/casal.

Existem algumas limitações nesta análise. Primeiro a exclusão de artigos em idiomas diferentes do português pode contribuir para o viés de seleção, uma vez que isso não permite entender a natureza universal e todo o espectro cultural do conceito. Em segundo, a clareza limitada em alguns dos artigos relativamente à preparação dificultou um pouco a elaboração dos atributos e a definição do conceito.

REFERÊNCIAS

- AYRES, L.; TEIXEIRA, L.; HENRIQUES, B.; DIAS, A. *et al.* **Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos** publicados no Brasil em meados do século XX. *História, Ciências, Saúde*. 26: 53-70 p. 2019.
- BAPTISTA, M.; BAPTISTA, A.; TORRES, O. **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes**. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 7: 39-48 p. Jan./Jun. 2006.
- CARVALHO, P.; LOUREIRO, M.; SIMÕES, M. **Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade**. *Covilhã: Psicologia e Educação*. V: 39-49 p. Dez. 2006.
- COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. **Antecipação e Experiência Emocional de Parto**. (13). 15-35 p. 2012. Instituto de Educação e Psicologia, Departamento Psicologia, Universidade do Minho, Braga. *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- COUTO, G. **Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural**. Loures: Lusociência 2003.
- COUTO, G. **Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14: 190-198 p. 2006.
- FERNANDES, M.; NÓBREGA, M.; GARCIA, T.; COSTA, K. **Análise conceitual: considerações metodológicas**. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(6): 1150-1156 p. 2011.
- FRIAS, A. **Aprender para bem Nascer!...INFAD**: *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2: 1-8 p. 2012.
- FRIAS, A. **Concepção pedagógica dos cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento**. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, [s. l.], v. 4, n. 1, 139-148p, 2014.
- FRIAS, A.; DAMAS, F. **Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar**. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*; v. 5, n. 2, 1846-1860 p, 2019.
- FRIAS, A.; FRANCO, V. **A Preparação psicoprofilática para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo**. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1. 47-54p, 2008.
- FRIAS, A.; FRANCO, V. **A dor no Trabalho de Parto...Um desafio a ultrapassar!** *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 2. 53-61p, 2010.
- FRIAS, A., SOUSA, L., & FERREIRA, A. **Medo do Parto: Avaliação em um grupo de grávidas** in Silene Barbosa (Org). *A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral* 3.187-198p, 2020. Ponta Grossa- Paraná: Atena Editora, ISBN 978-65-5706-670-6. DOI 10.22533/at.ed.706200812. <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/ebookPDF/3719>
- GRAÇA, L.; FIGUEIREDO, M.; CARREIRA, M. **Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade**. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série: 27 - 35 p. 2011.

Infopédia. Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa. EDITORA, P. Porto 2003-2020.

Regulamento 125/2011. **competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Diário da Republica, II serie - nº 35 18 de Fevereiro de 2011.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença 1996.

MELEIS, A. **Transitions Theory. Midle range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company 2010.

Medipedia. **Preparação para o parto**. <https://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=769>

MERCER, R. **Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment**. JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP. 36: 226-232 p. 2004.

MORGADO, C.; PACHECO, C.; BELÉM, C.; NOGUEIRA, M. **Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida**: estudo comparativo. Revista Referência. II 2010.

PRATAS, M.; VIEIRA, M.; BRÁS, C. **Projecto viver a maternidade – que resultados?** revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras: 51-56 p. 2010

RELVAS, A.; LOURENÇO, M. **Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade**: Perspectiva sistémica. In: EDITORA, Q. (Ed.). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: M.C. Canavarro (Ed.), 4, 105-132 p, 2001

SILVA, E. **Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção** O Mundo da Saúde, São Paulo. 37: 208-215 p. 2013.

SOUSA, A.; SANTOS, C.; FERREIRA, M. **Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem**. Revista de Enfermagem Referência. Série IV: 27-36 p. 2019.

TOSTES, N. **Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto**. Temas em Psicologia. 24: 681-693 p. 2016

WALKER L. **Concept analysis**. in Walker L., Avant K. (Eds.) **Strategies for theory construction in nursing**. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education: 157-179 p. 2011.

ZAMPIERI, M.; GREGÓRIO, V.; CUSTÓDIO, Z. A.; REGIS, M. *et al.* **Processo Educativo com Gestantes e Casais Grávidos: Possibilidade para Transformação e Reflexão da Realidade**. Texto Contexto Enferm. 19: 719-727 p. 2010.

ZANATTA, E; PEREIRA, C.; ALVES, A. **A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe**. Revista Pesquisas e práticas psicossociais, 12(3), 2017.

PARTO VERTICAL E O PAPEL DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM À SUA REALIZAÇÃO E DIFUSÃO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Cleia da Silva Gomes Galindo

Faculdade Estácio de Sá
Campo Grande / Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5984-0536>

India Mara Sgnaulin

Faculdade Estácio de Sá
Campo Grande / Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8782058646589604>

RESUMO: O parto vertical se destaca entre as formas naturais de nascimento e a Enfermagem se destaca em sua difusão e esclarecimento a partir da plural atuação do profissional como agente de informação e educação voltados ao parto. O objetivo deste artigo foi discutir as formas pelas quais a enfermagem pode contribuir à realização e difusão do parto verticalizado sob a ótica da humanização em saúde e protagonismo feminino. Para tanto, foi empreendida revisão de literatura, de natureza qualitativo-descritiva, realizada entre publicações divulgadas no intervalo dos anos de 2015-2020, escolhidas ao critério do crivo crítico da autoria, fator seletivo comum em revisões dessa natureza, sob escolha norteada por suficiente descrição metodológica, publicação em língua portuguesa ou inglesa e forma (artigos de periódicos ou livros). Para a busca das publicações, foram utilizados os descritores Parto Normal/*Natural Childbirth*, Parto Humanizado/*Humanizing Delivery*,

Enfermagem Obstétrica /*Obstetric Nursing* e Parto Vertical / *Vertical Childbirt*. Foi observado que o parto vertical apresenta benefícios fisiológicos ao nascimento e é reconhecido por seu conforto e viabilidade à mulher, embora não seja amplamente utilizado como um eco à cultura medicalizada do nascimento. A enfermagem pode atuar pela informação e orientação à experimentação feminina das diversas posições ao parto, permitindo e apoiando na identificação de sinalizadores de conforto, efetividade e maior colaboração ao nascimento. Assim, a atuação da enfermagem na oferta de informações e orientações ocorre antes do parto, nos encontros pré-natais e durante, na assistência à mulher, sendo elemento fundamental na decisão e programação das formas de nascimento durante o pré-natal e/ou experimentação das mesmas no decorrer do trabalho de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Tocologia, Enfermagem Obstétrica, Nascimento.

VERTICAL DELIVERY AND THE NURSERY ROLE TO ITS REALIZATION AND DISSEMINATION

ABSTRACT: Vertical delivery is a natural form of birth and nursing stands out in its dissemination and clarification from the professional plural practice as an agent of information and education focused on childbirth. This article aims discuss the nursing ways to contribute of the verticalized childbirth realization and dissemination from the humanization in health and female protagonist perspective. Therefore, a qualitative-descriptive literature review was undertaken, carried out between publications published in the period

2015-2020, chosen by critical sieve of authorship criterion, a common selective factor in these reviews, under a choice based on sufficient methodological description, publication in Portuguese or English and form (articles of periodicals or books). The search by publications was conducted by the descriptors Parto Normal/*Natural Childbirth*, Parto Humanizado/*Humanizing Delivery*, Enfermagem Obstétrica /*Obstetric Nursing* e Parto Vertical / *Vertical Childbirth*. So, was observed that vertical delivery has physiological benefits at birth and is recognized for its woman comfort and viability, although it is not widely used as an echo to the medicalized culture of birth. Nursing can act offer information and guiding the woman experimentation in different childbirth positions, allowing and supporting the birth in identification of comfort, effectiveness and greater collaboration. Thus, nursing in the provision of information and guidance occurs before delivery, in prenatal meetings and during, in the care of women, being a fundamental element in the decision and programming of forms of birth during prenatal care and/or experimentation of the same during labor.

KEYWORDS: Tocology, Obstetric Nursing, Birth.

1 | INTRODUÇÃO

Por longo tempo, o nascimento foi abordado como uma perspectiva fisiológica, como experiência pertencente à intimidade dos círculos de convívio femininos, experiências domésticas ou coletivas, conforme a perspectiva cultural. Contudo, a gradativa medicalização do último século e o avanço de técnicas cirúrgicas foram fatores expressivos para a mudança na abordagem do parto, com a adoção de um modelo hora tecnocrático (que dissocia a mente do corpo), hora humanístico (que interpreta de forma unitária corpo e mente, tendo por foco evitar a morte) e hora holístico (na interpretação de mente, corpo e espírito em sinergia, com o indivíduo em protagonismo). A visão holística é a mais próxima do comportamento em saúde adotado contemporaneamente, que busca a humanização e protagonismo do paciente (DAMRAT, 2016; MOURA; NERY, 2014).

Um dos efeitos diretos da medicalização foram mudanças nas formas de parir, com a menos frequente opção por posições eretas, em pé ou agachadas, assim como dorsais e laterais, em prol da litotomia que, por sua maior facilidade ao acompanhamento clínico, se tornou uma das opções mundialmente mais adotadas (MOURA; NERY, 2014).

No entanto, A partir das duas últimas décadas há um crescente movimento de retomada da naturalização do parto e de tomada, na área da saúde, do protagonismo da condição fisiológica do parto e do protagonismo da mulher no parir (DAMRAT, 2016).

A escolha da posição de parir é posicionada como uma das vias de protagonismo e integra o rol de temas que visam retomar à mulher essa centralidade, a exemplo da violência obstétrica, procedimentos dispensáveis e cultura de medicalização (SILVA et al., 2015; SILVEIRA; CARVALHO, 2016).

Este artigo aborda o parto de cócoras, vertical, posição diretamente ligada à fisiologia do parir, uma escolha comum entre povos indígenas e outros grupos tradicionais por sua vinculação à natureza. Ao parto vertical são atribuídos benefícios como melhor andamento

do trabalho de força e atuação ativa da mulher ao nascimento, com menor esforço dada a cooperação da gravidade. Não raro, o parto vertical é ainda facilitado pelo uso de cadeiras de parto, mesas ou banheiras que favorecem a adoção da posição pela mulher (SILVA et al., 2018).

Neste contexto, é relevante identificar entre os profissionais de saúde os papéis e espaços que podem ser assumidos referentes à retomada fisiológica do nascimento, reflexão que foi assumida sob o seguinte questionamento norteador deste artigo: qual o papel da enfermagem na informação e disseminação do parto verticalizado como parte do movimento de naturalização do nascimento?

Esta problemática é representativa pelo crescente reconhecimento do papel da enfermagem nos diferentes espaços de saúde, sobretudo no campo preventivo, favorecimento do autocuidado, da autonomia e do protagonismo do sujeito frente a seu bem-estar e qualidade de vida. Vargens et al. (2017) frisam que a enfermagem tem uma função que vai além da assistência direta à saúde e envolve a educação informal e o favorecimento de processos diversos voltados à saúde – nos quais é possível incluir a assistência humanizada e informação ao parto.

Contemporaneamente, mesmo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) fomenta com normas e diretrizes voltadas às redes pública e privada para a melhoria da rotina nas maternidades e garantia de escolha no transcórre do parto, o que inclui fatores como posição e algumas medidas de assistência, sempre dentro de uma margem de segurança (BRASIL et al., 2018; PASSOS et al., 2017).

Em mesmo sentido, desde o ano de 2015, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) seguem uma meta de redução de partos cirúrgicos não necessários. Nesse processo, a enfermagem atua na informação continuada à mulher, tanto durante o pré-natal quanto parto (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016).

A humanização do nascimento é um tema que emerge de forma global e que traz em sua principal mensagem a priorização da não medicalização do parto, em medidas cristalizadas à assistência de. Consideradas estas colocações, esta revisão discute as vias pelas quais a enfermagem pode contribuir à realização e difusão do parto verticalizado sob a ótica da humanização em saúde e protagonismo feminino no parto.

2 | MÉTODO

Esta é uma pesquisa de revisão bibliográfica ou de literatura, do tipo qualitativa e de ordem descritiva/explicativa. As revisões desta natureza são apontadas como uma estratégia metodológica adequada ao conhecimento do estado da arte de um tema, e sua organização segue, em geral, a estruturação do encadeamento temático – que congrega diferentes tipos de publicação, para análise conduzida pelo crivo crítico do(s) autor(es) em sua análise do objeto pesquisado (GONÇALVES, 2019).

Neste artigo, foram consideradas publicações nacionais e internacionais divulgadas no intervalo dos anos de 2015-2020. A coleta de dados foi concentrada em práticas diárias de escrita, organização, leitura e fichamento das obras, que foram selecionadas a partir de suficiente corpo metodológico e incluíram publicações divulgadas em língua portuguesa e inglesa, na forma de artigos de periódicos ou livros.

As publicações foram coletadas em um processo de busca digital que foi aplicado nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medline*, *Pubmed*, *Lilacs*, *Bireme*, *Portal Periódicos Capes* e *Elsevier*, com o uso dos termos coletados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) Parto Normal / *Natural Childbirth*, Parto Humanizado / *Humanizing Delivery*, Enfermagem Obstétrica / *Obstetric Nursing* e Parto Vertical / *Vertical Childbirth*. A escolha das publicações se deu pela combinação dos descritores com o uso dos operadores booleanos *AND* para os três primeiros descritos e *OR* para o último.

Uma vez fichados os principais achados do estudo, os dados foram analisados em processo de interpretação crítica, sendo apresentados, em forma prevalentemente indireta em sequência, sem prioridade cronológica e estruturados a partir do interesse de relato das chaves temáticas dos tópicos seguintes.

3 I POSIÇÕES / RECURSOS AO NASCIMENTO E A VERTICALIZAÇÃO

A definição da posição de parir usualmente ocorre no segundo estágio do trabalho de parto, que se inicia com a total dilatação do colo uterino e encerra pelo nascimento. Nesta fase, há duas etapas: a passiva, com o aguardo do trabalho de parto, e a ativa, quando a criança se desloca ao assoalho pélvico por movimentos giratórios, o que ocorre com o entremeio de contrações e fases de descanso. A etapa passiva nem sempre está presente em partos nos quais a mulher começa o movimento de empurrar voluntariamente assim que a dilatação cervical se mostra completa (BRASIL, 2015; DAMRAT, 2016; MOURA; NERY, 2014).

O impulso natural de empurrar surge quando a cabeça do bebê já se encontra no assoalho pélvico, e visa a ejeção fetal e expulsão pelo canal de nascimento, o que pode ocorrer com ou sem esforço consciente. Mulheres que recebem anestesia epidural podem não apresentar este reflexo, conforme o tipo de medicação utilizada (CARVALHO; SILVA, 2020; PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016). Na sequência, algumas das principais posições são analisadas.

Uma parte significativa de mulheres afirma sentir alto conforto com a adoção do parto em posição de decúbito dorsal. Nela, a parturiente se deita de costas, de forma muito similar ao repouso. Mas, embora confortável, esta posição não faz com que a gravidade contribua ao parto e a saída pélvica não é totalmente aberta (PASSOS et al., 2017; TORRES et al., 2018).

A litotomia é a posição de parto mais adotada no Ocidente, sobretudo por facilitar o acompanhamento das equipes de saúde. Nela, a mulher permanece de pernas dobradas para cima e afastadas, com apoio em estribos, de forma similar a postura supina. Este posicionamento abre suficientemente a saída pélvica, assim como a vagina, e com isso colabora ao nascimento (MOURA; NERY, 2014; PASSOS et al., 2017).

A posição de McRobert é geralmente utilizada no momento da passagem dos ombros do feto no canal vaginal, pois amplia a mobilidade sacroilíaca, a rotação pélvica e aumenta a pressão uterina em quase o dobro nas contrações. Nela, a parturiente flexiona os joelhos até que possa abraçar o peito e, dessa maneira, abrir de forma satisfatória a saída pélvica (LYONS et al., 2015).

O agachamento favorece de forma ampla a abertura da saída pélvica, mas não costuma ser tolerado por longo tempo pelas mulheres, sobretudo quando sedentárias. Assim, agachar somente é indicado na presença de resistência suficiente para tanto (inclusive com a indicação de prática prévia na gestação pelas mulheres que desejem parir com seu uso, a fim de prontidão no parto). Se o agachamento demanda muito esforço, torna-se contraproducente ao parto e causa aperto do assoalho pélvico. Igualmente, mulheres que recebem anestesia epidural usualmente não conseguem aderir a esta prática (LYONS, 2015; PASSOS et al., 2017).

Parir com apoio nas mãos e joelhos (de quatro) facilita a abertura da saída pélvica de forma similar ao agachamento, mas exige menor esforço à mulher e oferece maior conforto. A posição alivia dores nas costas e favorece a gravidade, além de relaxar o assoalho pélvico. É possível ainda que sejam utilizados apoios durante ao ajoelamento, ou que a mulher mude a posição de baixo para o alto para repousar nas contrações (MOURA, 2014; PASSOS et al., 2017).

A parturiente também pode fazer uso de inclinação à frente, com mãos ou cotovelos sobre uma mesa, para exercer o trabalho de parto com apoio da gravidade e menor esforço. O cansaço pode ser minorado com o apoio da parte superior do corpo sobre uma mesa ou apoio, com sustentação de travesseiros, bolas ou outros recursos dessa natureza. Em geral, a elevação da cabeceira da cama entre 30° - 45° oferece bom apoio às costas e, quando essa elevação atinge 90°, oferece excelente apoio para as costas (HENSHALL et al., 2016; PASSOS et al., 2017).

O partir verticalizado eleva a satisfação materna e reduz a percepção de dor e esforço, além da oferta de maior ampliação da dimensão de saída pélvica nos casos de agachamento, ajoelamento ou na posição de quatro. Como a gravidade coopera de forma latente a grande parte das posições verticais, também é comum que seja menor a necessidade de uso de recursos como vácuo, fórceps e episiotomia, com maior benefício sistêmico à mulher e a criança. Anormalidades de frequência cardíaca no bebê são mais raras nessa posição, bem como eventos de laceração de períneo (HENSHALL et al., 2016; MOURA, 2014; TORRES et al., 2018; PASSOS et al., 2020).

Se a mulher opta por dar à luz deitada de lado, pode ocorrer redução da fase ativa ao empurrar se houver conciliação com mudanças de posição na etapa passiva do segundo estágio de parto. Sem o uso de epidural, as posições verticais colaboram para o menor uso de ocitocina sintética. Quanto aos riscos, até o momento não há registros específicos a este respeito, de forma que o nascimento deve ser conduzido ao conforto e melhor desfecho materno-fetal, sempre que possível. É necessário observar ainda que os registros relacionados às posições de nascimento são, em sua maioria, elaborados a partir de quadros que envolvem gestantes saudáveis e partos de baixo risco, de forma que estas informações nem sempre podem ser aplicadas a gestações e partos que apresentem maior ou alguma complexidade (HENSHALL et al., 2016; LYONS, 2015; moura, 2014; PASSOS et al., 2020; TORRES et al., 2018).

Ainda que a posição vertical tenha uma série de benefícios alegados, a mulher deve ter a liberdade de escolha sobre a posição ou posições de parto, a fim de que possa decidir por aquela que maior conforto ou adequação apresenta. O profissional de Enfermagem atua na informação e orientação das experimentações, até a definição das práticas, tendo por enfoque o melhor posicionamento e fluxo de nascimento, com preservação do monitoramento e preservação/prevenção à gestantes e fetos contra complicações (CARVALHO; SILVA, 2020; RODRIGUES et al., 2018).

Alguns artefatos podem ser empregados para facilitar o nascimento de forma verticalizada, como cadeiras e bancos de parto. As cadeiras são utilizadas desde o Antigo Egito, e ficaram fora de evidência por longo tempo. Mas a partir de 1980, retornaram ao enfoque por seu elevado benefício de aproveitamento da gravidade ao parto, com redução do tempo de trabalho e maior conforto à mulher. O banco de *Kaya*, por exemplo, permite que a parturiente se sente de forma confortável durante o parto e tenha os mesmos benefícios que são oferecidos pela cadeira (BUDIN; TURFA, 2016; LYONS, 2015; SILVEIRA et al., 2017).

A equipe de saúde que assiste ao parto pode oferecer e incentivar posições e recursos diferentes à parturiente, idealmente com o posicionamento destes acessórios na sala de parto, para que a mulher possa experimentar livremente as opções disponíveis. As ressalvas são feitas sobre a posição de partir no caso de uma adoção muito longa do decúbito dorsal, que pode não ser favorável ao andamento do trabalho de parto. A enfermagem, dessa forma, atua no apoio da escolha da mulher (SILVA et al., 2015).

4 | A ENFERMAGEM NO PARTO VERTICALIZADO – INFORMAÇÃO E DIFUSÃO

O parto tem como centro o bem-estar do binômio mãe-bebê, com escolhas de assistência que priorizam este desfecho. No entanto, Brasil et al. (2018) refletem que a escolha das formas de parir passa por influências de ordem histórico-social em que o acesso à informação é determinante para a fruição da diversidade de escolhas possíveis.

Não é raro que a mulher ingresse ao hospital para o parto sem um conhecimento prévio sobre as posições ao partir, em total ligação ao modelo medicalizado.

Moura e Nery (2014) ressaltam que a retomada da centralidade da fisiologia do parto evidencia a necessidade de prontidão de profissionais para a informação da mulher durante o pré-natal e parto a fim de que possam exercer diferentes escolhas e possibilidades ao nascimento. A enfermagem, neste processo, pode atuar em um atendimento de educação informal no qual sejam trabalhadas medidas de informação em saúde, aspectos da fisiologia do parto e orientação feminina para a integração ativa neste processo.

Mesmo em sala de parto, a enfermagem pode atuar na preparação dos espaços de nascimento e na condução da mulher pela experimentação das posições e processos, percepção de conforto e adequação e orientação para maior e melhor favorecimento da musculatura pélvica e comportamento vaginal ao parto (RODRIGUES et al., 2018). O parto verticalizado pode ser repassado a partir de sua amplitude de benefícios, como parte das escolhas possíveis ao nascimento que diretamente colaboram à fisiologia do evento (HENSHALL et al., 2016).

Exames como toques e outras práticas voltadas ao acompanhamento do trabalho de parto podem ser realizados, sempre com informação prévia à mulher, preservando o diálogo e explicitação dos procedimentos (PASSOS et al., 2017). O profissional de Enfermagem, nessas e em outras oportunidades, pode fazer uso de seus conhecimentos para dialogar com a mulher a fim de conduzir a experiências que atendam de forma holística a assistência, sob uma perspectiva de valorização da fisiologia e não centralmente da medicalização (DAMRAT, 2016; SILVA et al., 2015; SILVEIRA; CARVALHO, 2016).

Assim, a enfermagem não atua gerando novas formas ou intervenções ao parto, mas com uma intervenção aberta de proposição, condução e orientação da mulher a que vivencie o seu corpo e as sensações que formam cada etapa da parturição. A qualidade e o rigor dos processos necessários ao acompanhamento do nascimento são mantidos, somados ao diálogo e reforço da conexão da mulher ao processo vivenciado para que seja uma experiência positiva e livre à mesma (RODRIGUES et al., 2018; SILVA ET AL., 2018).

Na perspectiva de uma orientação à fisiologia do parto, a enfermagem atua no embasamento das decisões femininas ao parir, o que afeta diretamente na redução de partos cesarianos não necessários e maior compreensão da mulher sobre seu corpo e processo de nascimento. O pré-natal, assim, é também uma oportunidade de início deste processo informativo, em que a perspectiva feminina é elaborada em uma assistência ativa e humanizada, que leva a mulher ao conhecimento das diferentes vias possíveis ao parto (OLIVEIRA-FILHO, 2016).

A enfermagem tem a necessidade de conhecer e reconhecer os diferentes momentos que formam o trabalho de parto e atuar de forma ativa em cada uma delas. Moura e Nery (2014) afirmam que a posição de partir geralmente é definida na segunda etapa do parto, mas as orientações podem se iniciar mesmo antes dessa fase, bem como

as experimentações para a escolha. A mulher pode ser conduzida pelo profissional de Enfermagem a, segundo Carvalho e Silva (2020), experimentar as diferentes posições, o que inclui a vertical, para identificar qual a que se concilia com seu maior conforto e fluxo de parto, se forma livre e autônoma.

Moura e Nery (2014) refletem que a enfermagem não altera procedimentos do parto, e nem nele interfere invasivamente, mas orienta, apoia e dialoga com seus conhecimentos a fim de que a autonomia e protagonismo da mulher no parto se consolide. Assim, o profissional deve se orientar ao conhecimento da fisiologia do parto e funcionamento do corpo feminino neste momento, a fim de que sua atuação e orientação ativa ocorram de forma natural e embasada (RODRIGUES et al., 2018).

Moura e Nery (2014) e Passos et al. (2017) afirmam que a litotomia pode ser naturalmente evocada pela mulher por seu maior reconhecimento coletivo, mas o profissional de Enfermagem pode entremear a informação e orientação das diferentes posições em outros momentos do parto. Isto ocorre pela escuta ativa da mulher, reconhecimento do corpo e de suas respostas e consciência humanizada da representatividade do processo de nascimento pelo profissional.

Assim, se a mulher buscar posições em que o seu conforto seja maior, como o decúbito dorsal, que não favorece a gravidade, a enfermagem deve buscar intervir de forma orientativa a fim de que experimente oscilar por outras ou que se mantenha nesta de forma colaborativa à uma assistência segura ao andamento do parto, sempre de forma respeitosa à escolha feminina (PASSOS et al., 2017).

Se o profissional de Enfermagem tem o conhecimento sobre a pressão e demanda das diferentes fases do parto pode, por exemplo, propor a experimentação da posição de McRobert no momento em que os ombros precisam passar, dando o seu efeito de maior pressão uterina e rotação da pelve (LYONS, 2015). Também, este conhecimento possibilita a oferta de apoios adicionais para o parto, se assim for desejado ou necessário, para ampliar a efetividade do processo e o conforto feminino. Desta maneira, Burdyn e Tyrfa (2016), bem como Lyons (2015) refletem que a enfermagem pode intervir em diferentes momentos ofertando bolas, cadeiras, bancos, apoios, travesseiros e outros recursos, para que a mulher se sinta confortável e apta a experimentar as diferentes possibilidades do parto, com informação e orientação às respostas fisiológicas ao processo.

O parto vertical pode ser apresentado pelo profissional de Enfermagem pela orientação de que a mulher explore o ambiente de parto, se agache e utilize apoios como camas e bancos, entre outros. Passos et al. (2017) sugerem que este espaço de nascimento seja preparado para esta finalidade exploratória, a fim de que a mulher possa identificar as oportunidades e possibilidades ao nascimento, sobretudo qual ou quais opções se enquadram a sua tolerância e conforto. Para Lyons (2015), parir de quatro é uma orientação que geralmente alivia e tem bom retorno a mulheres que apresentam dores mais

acentuadas, e o(a) Enfermeiro(a) pode propor esta experimentação nesses momentos, indicando de forma ativa e com suporte à dor.

Quando a mulher expressar dores nas costas, o profissional de Enfermagem pode propor o ajoelamento, que favorece a musculatura envolvida no parto e reduz a sensação de algia (MOURA, 2014). Assim, a mulher pode experimentar, sob uma orientação ativa da enfermagem, uma série de vivências que permitem ampliar o seu bem-estar e evolução do parto, inclusive elevação de cabeceiras, de pernas e outras práticas que possam melhorar a fisiologia do nascer (HENSHALL et al., 2016; SILVA et al., 2018; PASSOS et al., 2017).

Outra possibilidade é de que, nos momentos de dor e sinalização dos locais atingidos, o(a) Enfermeiro(a) massageie e colabore ativamente para intervenções naturais e comportamentais que melhorem a percepção da mulher do momento vivenciado, como o toque e a acolhida verbal (HENSHALL et al., 2016; SILVA et al., 2018; PASSOS et al., 2017).

O parto de cócoras pode ser apresentado à mulher no momento do nascimento, por ser altamente favorável ao expulsivo, fortalecendo a potência dos efeitos das contrações uterinas e melhor passagem do bebê pela pelve (LYONS, 2015). Estes benefícios são mais amplos na posição de cócoras que os obtidos com agachamento ou ajoelamento, o que reduz o esforço e melhora os resultados do trabalho de parto (MOURA, 2014; TORRES et al., 2018).

Desta maneira, conforme Brasil et al. (2018), Carvalho e Silva (2020), Lyons (2015), Moura (2014) e Torres et al. (2018), a fim de que a mulher possa vivenciar de forma ativa e autônoma o parto, a escolha da posição de nascimento pode ser aportada pelo profissional de Enfermagem pela educação informal no pré-natal ou durante o parir, com acompanhamento e monitoramento para que as escolhas sejam orientadas ao protagonismo, saúde feminina e fetal e satisfação/efetividade ao trabalho de parto.

5 | CONCLUSÃO

Neste artigo, foi identificado que o(a) Enfermeiro(a) tem uma função plural no nascimento, sobretudo em uma perspectiva de promover maior conexão com a fisiologia e oportunização da centralidade feminina no processo. Este papel pode ser exercido no pré-natal, a partir de medidas de informação sobre o processo de parto e as escolhas que podem ser tomadas em seu desenvolvimento e informando, de forma sistemática, a mulher sobre as possibilidades associada ao parto vaginal e suas diferentes maneiras de estabelecimento.

No parto, o profissional de Enfermagem age de forma interventiva não em mudanças de procedimentos de assistência ou práticas, tampouco em alterações de rotina e rigor, mas no diálogo e abertura, bem como suporte prático para que a mulher possa experimentar as diferentes posições de nascimento e conhecer, com informação de suporte, como seu

corpo responde. O parto verticalizado é, em geral, apresentado no momento da entrega da criança, quando o expulsivo se apresenta, e pode ser proposto a partir da experimentação da posição e da elucidação, por apoio e diálogo, de como o corpo reage a esta posição.

O objetivo da participação da enfermagem na escolha e difusão das formas de nascer não é imposição de posições, mas a possibilidade de que a mulher transite pelas opções disponíveis e escolha aquela que melhor se encaixar à sua fisiologia. Estas percepções obtidas com a revisão empreendida neste estudo poderão trazer ganhos relacionados à melhor compreensão do parto e das práticas de assistência possíveis ao Enfermeiro(a), sob o enfoque do parto vertical.

Assim, os fatores aqui apresentados podem contribuir à melhor compreensão do papel deste profissional frente à saúde e em como pode contribuir para a melhoria do estado da prática a um parto mais humanizado, de protagonismo feminino e centralizado na intervenção sob medida de necessidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, G.; NEVES, G. C.; MACIEL, D. M. V. L.; FIGUEIREDO, R. C. Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?. **Scire Salutis**, v. 8, n. 2, p. 9-23, 2018. Disponível em:< <https://sustenera.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0002>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

BUDIN, S. L.; TURFA, J. M. **Women in Antiquity**: real women across the ancient world. London: Routledge, 2016. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=fkzUDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=ptBR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CARVALHO, S. S.; SILVA, C. S. Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto normal: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, p. 110-119, 2020. Disponível em:< https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6290>. Acesso em: 20 abr. 2020.

DAMRAT, C. Mulher, corpo e vida: histórico sobre o parto humanizado na cidade de Curitiba. **Revista NEP-Núcleo de Estudos Paranaenses da UFPR**, v. 2, n. 1, p. 159-185, 2016. Disponível em:< <https://revistas.ufpr.br/nep/article/view/45444>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GONÇALVES, M. J. R. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5, p. 29-55, 2019. Disponível em:< <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/63>>. Acesso em: 30 mai. 2020.

HENSHALL, C.; TAYLOR, B.; KENYON, S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 53-66, 2016. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26975299/>>. Acesso em: 01 abr. 2020.

LYONS, P. **Obstetrics in Family Medicine**. New York: Springer International Publishing, 2015. Disponível em:< <https://www.springer.com/gp/book/9783319200774>>. Acesso em: 3 abr. 2020.

MOURA, F. M. J. S.; NERY, I. S. **Parto normal**: na história de vida de mulheres. Teresina: Edufpi, 2014. Disponível em:< https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10060/pdf_11374 >. Acesso em: 10 abr. 2020.

PASSOS, E. P.; RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S. H.; MAGALHÃES, J. A.; MENKE, C. H.; FREITAS, F. **Rotinas em ginecologia**. São Paulo: Artmed Editora, 2017. Disponível em:< <https://docero.com.br/doc/e5xxes> >. Acesso em: 20 abr. 2020.

PIMENTEL, T. A.; OLIVEIRA-FILHO, E. C. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 187-199, 2016. Disponível em:< <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/4186#:~:text=Concluiu%2Dse%20que%20muitos%20s%C3%A3o,o%20pr%C3%B3prio%20sistema%20de%20sa%C3%BAde.> >. Acesso em: 20 mai. 2020.

RODRIGUES, F. R. ; COVOS, J. S.; COVOS, J. F.; RODRIGUES, B. C. Pré-natal humanizado: estratégias de enfermagem na preparação para o parto ativo. **Revista Saúde em Foco**, v. 9, n. 10, p. 89-100, 2018. Disponível em:< https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/010_PRC3%89_NATAL_HUMANIZADO.pdf >. Acesso em: 15 mai. 2020.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R. do; COELHO, E. A. C. Práticas de las enfermeras para la promoción de la dignidad, participación y autonomía de las mujeres en parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300424&script=sci_abstract&tlng=es >. Acesso em: 15 mai. 2020.

SILVA, D. F.; PERES, L. C.; ARAÚJO, N. C. S. S. Conhecimento da gestante sobre as posições do parto. **Revista de Enfermagem da FACIPLAC**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em:< <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/viewFile/504/192#:~:text=No%20parto%20normal%2C%20a%20gestante,facilitar%20o%20trabalho%20de%20parto.> >. Acesso em: 12 mai. 2020.

SILVEIRA, I. P.; CARVALHO, F. A. M. Conhecimento das mulheres sobre posições para o parto normal. **Revista Rene**, v. 4, n. 1, p. 37-39, 2016. Disponível em:< <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5643#:~:text=Os%20resultados%20demonstraram%20que%2038,conhecer%20a%20posi%C3%A7%C3%A3o%20de%20c%C3%B3coras.> >. Acesso em: 15 mai. 2020.

TORRES, M.; VINAGRE, C.; GODINHO, A. B.; CASAL, E.; PEREIRA, A. Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 12, n. 4, p. 277-283, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005 >. Acesso em: 10 mai. 2020.

VARGENS, O. M.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 10 mai. 2020.

CAPÍTULO 5

GESTÃO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PARA IDENTIFICAÇÃO DE SÍFILIS GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 05/01/2021

Carlos Alexandre de Santana Silva

Universidade Salvador - UNIFACS
Salvador - Bahia

Jadiel Sousa Oliveira

Universidade Salvador - UNIFACS
Salvador - Bahia

Jane Hellen Santos da Cunha

Universidade Salvador - UNIFACS
Salvador - Bahia

Joventina Julita Pontes Azevedo

Universidade Salvador - UNIFACS
Salvador - Bahia

Thainá Sala Morais

Universidade Salvador - UNIFACS
Salvador - Bahia

RESUMO: OBJETIVO: Descrever a gestão de enfermagem nos serviços da atenção básica à saúde para identificação de sífilis gestacional. **MÉTODO:** Relato de experiência dos graduandos em enfermagem, conforme a prática vivenciada durante Estágio Curricular 1, inserida na matriz acadêmica do 7º semestre, no período de 2019.1, vinculada a uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada da cidade de Salvador. **RESULTADOS:** Durante atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS), graduandos e profissional de enfermagem acolheram a

paciente no consultório. Estabelecido o vínculo de confiança paciente/profissional, a paciente referiu estar sentindo náuseas e atraso no ciclo menstrual. Diante dos dados da anamnese, a equipe explanou sobre a suspeita de gravidez e ofertou o teste rápido de gravidez (TRG), simultaneamente ressaltou o valor dos teste rápidos das infecções sexualmente transmissíveis (TISTs). Obtido o consentimento, deu-se início aos exames, resultando na confirmação dos TRG e o TIST de sífilis. Também, abordaram sobre a importância da realização dos TISTs no companheiro, feito os testes, foi comprovado sífilis. Conduzindo-os a orientação imparcial sobre a transcendência da doença, profilaxia e tratamento da sífilis, além de ter iniciado as consultas de pré-natal. Finalizada a consulta, foi preenchida a ficha de notificação compulsória. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a gestão da enfermagem aprimora a distribuição dos serviços de saúde, além de constituir dados fidedignos, adquiridos pela imparcialidade imposta na detecção de sífilis gestacional.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: As habilidades de enfermagem devem ser aprimoradas constantemente, a estruturação da gestão desde a graduação intercedem na ampliação dos conhecimentos sobre os serviços de saúde disponíveis e na composição da escuta ativa para atender às variadas situações de forma equitativa atenção básica à saúde, além da constituição do vínculo de confiança com a comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica à Saúde, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

MANAGEMENT OF BASIC HEALTH CARE SERVICES FOR THE IDENTIFICATION OF GESTATIONAL SYPHILIS: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: OBJECTIVE: To describe nursing management in basic health care services for identification of gestational syphilis. **METHODS:** Report of experience of nursing students, according to the practice lived during Curriculum 1, inserted in the academic matrix of the 7th semester, in the period of 2019.1, linked to a private Higher Education Institution (IES) of the city of Salvador. **RESULTS:** During the attendance in Basic Health Unit (UBS), graduates and nursing professional welcomed the patient in the office. Once the patient/professional bond of trust was established, the patient reported feeling nauseous and delayed in the menstrual cycle. Before the data of the anamnesis, the team explained about the suspicion of pregnancy and offered the rapid pregnancy test (TRG), simultaneously emphasized the value of the rapid tests for sexually transmitted infections (TISTs). Once consent was obtained, the tests began, resulting in confirmation of the TRG and the syphilis TIST. They also discussed the importance of performing the TISTs in the partner and, after the tests, syphilis was proven. They conducted impartial guidance on the transcendence of the disease, prophylaxis and treatment of syphilis, in addition to having initiated prenatal consultations. After the consultation, the compulsory notification form was filled out. **CONCLUSION:** It is concluded that the management of nursing improves the distribution of health services, besides constituting reliable data, acquired by the impartiality imposed in the detection of gestational syphilis. **CONTRIBUTIONS AND IMPLICATIONS FOR THE ENFERMAGE:** The nursing abilities must be constantly improved, the structuring of the management since the graduation intercede in the magnifying of the knowledge on the available health services and in the composition of the active listening to take care of the varied situations of equitable basic attention to the health, beyond the constitution of the bond of confidence with the community.

KEYWORDS: Primary Health Care. Sexually Transmitted Diseases.

INTRODUÇÃO

A priorização dos serviços de saúde às necessidades dos pacientes dependem da capacidade crítica e dinâmica do profissional, induzindo a beneficência no rastreamento, diagnóstico, tratamento e prevenção de patologias. Efetivadas pela vigência da gestão, conferindo o alcance de melhores desfechos para integralidade da saúde (CADOSO et al., 2019). Destarte, a Sífilis Gestacional (SG) constitui um dos desafios da Atenção Básica à Saúde (ABS), priorizando a identificação prévia para possibilitar a resolutividade dos agravos a mãe e ao feto (ARAÚJO, 2019).

Agrupada nas infecções sexualmente transmissíveis (IST), a sífilis constitui-se com influência proeminente dentre as ISTs, recaindo em constante contágio nas populações de todo o mundo. Sabidamente, o agente causador desta doença é a bactéria *Treponema Pallidum*, afetando paulatinamente no alcance de condições crônicas, resultante da sistemática e consistente infecção. Em gestantes, suas afecções possuem capacidade teratogênica, perfazendo em complicações graves ao feto – abortamento, parto pré-maturo, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido (SILVA, 2019).

Destaca-se, no Brasil, 62.599 casos da SG notificados no ano de 2018, com a região nordeste na segunda posição, acumulando 9.153 casos notificado, advindos da elevação na taxa de detecção nessa região do país, resultando em 18,1/1000 nascidos vivos (NV) em 2018. Ainda assim, perfaz a inferioridade com média nacional de 21,4/1000 NV, impende a alta taxa de detecção nas capitais nordestinas, superior à média do país (BRASIL, 2019).

Entre as capitais, Salvador – Bahia, em 2018, expõe-se com notoriedade com taxa de detecção em 32,7/1000 NV, parte dos fatores que influenciaram esse resultado, está na qualificação ativa e viabilidade de integração discente nos estabelecimentos da ATB, estruturando um cenário prático das competências de gestão e assistência ao indivíduo, ponto incisivo a adequação pragmática de políticas e programas a população (BRASIL, 2019).

Erguidos por marcos regulamentadores, com a priori a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, convocando e organizando estrategicamente os serviços destinados a integralidade da saúde aos acometidos por tais condições clínicas. Com capilaridade adquirida através da PNAB, estreitou as relações entre a comunidade e o SUS, mobilizando capacidades mais intrínsecas com a linha de cuidados destinados a sociedade (BRASIL, 2012).

Compondo o arcabouço do aparelhamento contra a sífilis, está que é prevenível pelo uso do preservativo, ainda assim, conta com medida profilática da penicilina, em casos com diagnóstico precoce, induz a uma resposta curativa. Auxiliadas com o apoio da educação em saúde, especialmente, na integração de conhecimentos sobre prevenção (NOBRE et al., 2018).

Concernentes ao exposto, a assistência em saúde pauta-se de um conjunto macro e micro de serviços, vinculando aspectos gerenciais na dispensação por prioridade requerente do paciente, na consolidação de reduções exponenciais aos pacientes. Tal expertise, consolida-se previamente com a adesão aos estágios na instituições, fortificando os alicerces da saúde pública na redução das ITS. Pretende-se nesse estudo, descrever a gestão de enfermagem nos serviços da atenção básica à saúde para identificação de sífilis gestacional.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo no formato de relato de experiência, envolvendo a vivências de estudantes do 7º semestre do curso de graduação em enfermagem, durante cumprimento das atividades práticas do Estágio Curricular 1 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada na cidade de Salvador/Ba. Os relatos de experiência corroboram no aperfeiçoamento profissional, bastante utilizados no ambiente saúde, mostrando exemplos de como conduzir determinado caso (ARAGÃO, 2013).

Disciplina da matriz curricular do curso de bacharelado em enfermagem, o Estágio Curricular Supervisionado foi integrado para fornecer a prática aos discentes, condicionando o desenvolvimento profissional e melhorar a perspectiva funcional dentro do lócus de trabalho, ao fornecer a possibilidade da atuação na atenção primária, secundária e terciária de saúde.

Formando a utilização dos assuntos abordados em disciplinas anteriores para o provimento da prática profissional vigente a evidências científicas, contribuindo no desenrolar do acadêmico na sua atuação. Com isso, dentre as múltiplas vivências ocorridas, o objeto de estudo foi relatar consulta de enfermagem à mulher na ABS com a participação de dois discentes e supervisionado por profissional de enfermagem vinculada ao posto de saúde.

Esse estudo foi embasado por seleção de documentos da literatura com os Descritores em Ciência de Saúde (DeCS): “Educação em Enfermagem”; “Atenção Básica à Saúde”; e “Sífilis”. Nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), utilizando o descritor booleano “AND”. Os critérios de seleção foram artigos disponíveis na íntegra, dos últimos 5 anos, nos idiomas inglês, português e espanhol. Do critério de exclusão, artigos repetidos.

Após essa etapa, os artigos selecionados foram analisados por título e resumo, conferindo se os estudos selecionados atendiam a proposta deste estudo, em seguida, os selecionados, foram integrados. Além, de serem adicionados os recentes manuais, protocolos e livros sobre sífilis, somaram para favorecer a discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o expediente em Unidade Básica de Saúde (UBS), acadêmicos da graduação de enfermagem, oportunizaram a realização participativa em consulta de enfermagem à mulher. Na ocasião, a paciente foi chamada na sala de espera para iniciar a consulta. Nesse momento, ao acomodar-se no consultório, a profissional e estudantes prontificaram-se em estabelecer vínculo com a paciente, identificando-se. Em seguida, foi solicitado o documento de identificação com foto e cartão do SUS, para verificar se existe uma ficha anterior da paciente, o que não havia.

Ao observar esse ponto, a profissional buscou saber se a paciente já havia comparecido a UBS anteriormente, cuja resposta foi não. Desse modo, a consulta foi modelada a constatar na íntegra as condições de saúde da cliente. A enfermeira iniciou a anamnese, com questões que objetivassem as queixas contundentes para garantir fluidez e resolutividade na gestão dos serviços. Decorrente das perguntas, a paciente referiu estar sentindo náuseas e atraso do ciclo menstrual.

Pela percepção crítica da profissional da enfermagem, ela inferiu a suspeita clínica de gravidez. Motivada a ter uma constatação, relatou a existência de testes diagnósticos

de gravidez (TRG) com resultados rápidos, com acurácia de detecção acima de 60%, necessitando de amostra da urina para identificar a possibilidade da gestação. A partir da explicação conceitual, a paciente sentiu-se confortável em realizar o teste, com isso, os discentes buscaram TRG. Nesse momento, a cliente foi orientada quando houvesse vontade de urinar, embeber uma parte do teste para gerar o resultado, podendo ser dentro ou fora da UBS. Sentindo-se mais assistida naquele momento, decidiu aguardar na unidade.

Após esse desfecho, foram aferidos os sinais vitais da paciente, onde não foram identificados anormalidade, ao exame físico não foram detectados complicações dentro das técnicas de ausculta, percussão, palpação e inspeção. Ao observar o TRG, encontrava-se o resultado com positivo, na garantia de fornecer a linha de cuidado a paciente, foi ressaltado a necessidade da realização de testes rápidos para ISTs, por trazerem malefícios contundentes a mãe e ao feto.

Diante da explicação, a paciente concordou na realização dos Testes Rápidos da Infecções Sexualmente Transmissíveis (TISTs), oportunizando a constatação de SG. Ao expor o resultado a paciente, os profissionais e discentes de enfermagem, forneceram um atenção humanística qualificada, ressaltando que são ofertadas medidas profiláticas estagnar a infecção por sífilis, obtendo efeitos significativos para cura em casos precoces.

Visto que as condições de reinfecção por ISTs são causados falta de diagnóstico no conjugue, a paciente recebeu a orientação de convocar o namorado para realização dos TISTs, por consequência, ela informa que ele a aguarda no corredor da UBS. Por ser um caso de excepcionalidade, a enfermeira encaminha o discentes para fornecer as devidas orientações.

Enquanto isso, a consulta deu seguimento final, deliberando os exames subseqüentes para confirmação da gestação e marcação dos exames de pré-natal. Realizado as marcações, o parceiro da cliente foi convidado a entrar no consultório para realização da testagem. Sendo confirmado sífilis, pautaram-se de iniciar as orientações concernentes a prevenção das ISTs, das medidas profiláticas utilizadas e acompanhamento familiar. Ao termino da consulta, a profissional reservou um momento para preenchimento da notificação compulsória, finalizando após de adicionar todos os dados resultantes da consulta de enfermagem.

Costa et al. (2018) consta que os profissionais da ATB devem estar condicionados a realização da testagem, pautando-se do planejamento das instituições de saúde para fornecer os insumos requisitados para o diagnósticos dos casos suspeitos. Essa percepção, resulta de um agravo entre o gestor e o profissional da saúde, por suas atuações reverberarem de forma consistente do outro, tal magnitude traz uma déficit ao panorama do SUS.

No recebimento desse diagnóstico, as puérperas sentem susto, tristeza e pavor pelas consequências ao bebê, recompondo-se pelas orientações destacadas pelo profissional que a assiste ou por terem histórico de familiares com essa doença, sabendo

a possibilidade de ser curável (SILVA, 2019). A adequação empática da forma de como será conduzido a comunicação pertinente ao resultado, para aliviar o sofrimento e tensões desencadeadas.

Araújo et al. (2019), infere que a articulação da linha do cuidado a gestante com ISTs são negligenciadas pela frágil captação e alcance das gestantes e parceiros, falta de educação continuada e falta de envolvimento da gestão executiva.

Ressalta-se em Nascimento et al. (2018), a falta de infraestrutura, falta de recursos humanos e definição de fluxo de trabalho no seguimento dos paciente reagentes, para favorecer parâmetros inquestionáveis da boa utilização dos materiais disponíveis ao serviço da população.

CONCLUSÃO

Trazendo a premissa de descrever a gestão dos serviços na consulta de enfermagem a paciente com SG, pode inferir que a adoção de práticas gerenciais podem colaborar para resolubilidade das questões de saúde apresentadas pelo cliente, edificado ao conhecimento consolidado das legislações pertinentes a SG, na possibilidade de permanência no rastreio e no planejamento de ações curativas.

Em movimento as técnicas de gestão, a enfermagem conduz o trajeto de ensino aos discentes para convergir na criação das habilidade de gestão e análise crítica aos sinais e sintomas do paciente, consoantes a articulação priorizada e garantia de profissionais qualificados na ATB.

Constata nesse relato, a adesão aos termos concedidos nas legislações, política e programas de saúde com foco específico nas ISTs, determinando no enriquecimento produtivo na qualidade da saúde, gerando a conquista da integralidade da saúde.

Os moldes ressaltados na condução da consulta, possui crível formulação de profissionais com o poderio técnico científico das nuances da saúde, em enfática relação com os problemas de saúde pública. Para adequação e fomento de novas intervenções, sugere-se novos estudos que agreguem o poder formador e capacidade na execução das legislações pertinentes à saúde.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, Hiasmin Marques; LUCIETTO, Grasielle Cristina; SILVA, Rondinele Amaral da; OLIVEIRA, Joely Maria; MACIEL, Monique Maira. PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A ATRIBUIÇÃO DE GESTOR DA UNIDADE. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 3-17, 22 jan. 2020. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v8i2.3601>.

SILVA, Jéssica Gama da et al. SÍFILIS GESTACIONAL: REPERCUSSÕES PARA A PUÉRPERA. **Cogitare Enfermagem**, [S.I.], v. 24, dec. 2019. ISSN 2176-9133. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65578>.

ARAÚJO, Michelle Andiará de Medeiros; MACÊDO, Giovanna Gabrielly Custódio; LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de; NOGUEIRA, Matheus Figueiredo; TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes; TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten. Linha de cuidado para gestantes com sífilis baseada na visão de enfermeiros. **Rev Rene**, [S.L.], v. 20, p. 1-8, 7 ago. 2019. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041194>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. ISBN 978-85-334-1939-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Especial Secretaria de Vigilância em Saúde. v.1, p. 1-44. ISSN 2358-9450.

NOBRE, Caroline Soares et al. Sistema de saúde no controle da sífilis na perspectiva das enfermeiras [Health system in syphilis control, from the nurses' perspective] [Sistema de salud en el control de la sífilis en la perspectiva de las enfermeras]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e12527, dez. 2018. ISSN 0104-3552. Doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.12527>.

COSTA, Ledianá dalla; FARUCH, Soraia Bernal; TEIXEIRA, Géssica Tuani; CAVALHEIRI, Jolana Cristina; MARCHI, Aparecida Donizetti de Araújo; BENEDETTI, Volmir Pitt. Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis / Knowledge of professionals who do prenatal in the basic attention on the management of syphilis. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-9, 12 jul. 2018. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i1.40666>.

FERNANDES NASCIMENTO, D. da S.; DA SILVA, R. C.; TÁRTARI, D. de O.; CARDOSO, Érika K. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018. DOI: 10.5712/rbmf13(40)1723.

CAPÍTULO 6

FATORES QUE INTERFEREM NA AUTOEFICÁCIA DA MÃE PARA AMAMENTAR

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 12/02/2021

Orácio Carvalho Ribeiro Junior

Professor Auxiliar I da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Tayane Moura Martins

Enfermeira do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/8513740313686731>

Amanda Dianna Lopes Rodrigues

Enfermeira do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/6343508911528117>

Patrícia Resende Barbosa

Enfermeira do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/6209492703139711>

Higor Barbosa da Silva

Enfermeiro do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/9913957095273315>

Natália Miranda Monteiro

Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará
Santarém-PA
<http://lattes.cnpq.br/1194957682551748>

Lucas Saboia Pereira

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8614790500090016>

Agliely Gomes Pereira

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/9655897522434782>

Clara Laís da Silva Silva

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/9544404263777921>

Antônio Victor Souza Cordeiro

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8816938468187690>

Graziela Cristina Gomes Queiroz

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/1050215063940305>

Ester Silva de Sousa

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/4574675382691825>

Murilo Henrique Nascimento Araújo

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9163112879039416>

Marcus Vinicius de Arruda Almeida

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/8639810727553312>

Yasmim Luana Andrade Rodrigues

Discente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/8015733715275712>

Elisanne Carvalho Viterbino

Discente do Curso de Educação Física da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/7505777227807376>

Gabriela Marques Brito

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/71637557645333369>

RESUMO: Objetivo: analisar na literatura científica os fatores que interferem na autoeficácia materna para amamentar. **Método:** revisão integrativa da literatura realizada nos meses de agosto e setembro de 2019 com busca por artigos científicos disponíveis e indexados no PubMed/MEDLINE, LILACS e BDEFN. **Resultados:** a amostra final foi composta de 05 artigos oriundos de estudos primários, realizados e publicados no Brasil e utilizaram o Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES) ou o Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) para avaliar a autoeficácia para a amamentação enquanto desfecho para associar com diversas variáveis explicativas. **Conclusão:** os estudos mostraram que a autoeficácia avaliada nos diferentes contextos foi predominantemente alta. Dentre os fatores relacionados a este desfecho, destacam-se: apoio recebido no pós-parto de mães e sogras, ausência de intercorrências na gestação, trabalho de parto e parto, amamentação na primeira hora e após a primeira hora de vida do neonato.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Autoeficácia, Confiança, Eficácia.

FACTORS THAT INTERFERE WITH THE MOTHER'S SELF-EFFICACY TO BREASTFEED

ABSTRACT: Aim: to analyze in the scientific literature the factors that interfere with maternal self-efficacy to breastfeed. **Method:** integrative literature review conducted in August and September 2019 with search for scientific articles available and indexed in PubMed/MEDLINE, LILACS and BDEFN. **Results:** the final sample was composed of 05 articles coming from primary studies, conducted and published in Brazil and used the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES) or the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) to assess self-efficacy for breastfeeding as an outcome to associate with several explanatory variables. **Conclusion:** The studies showed that self-efficacy assessed in the

different contexts was predominantly high. Among the factors related to this outcome, the following stand out: postpartum support received from mothers and mothers-in-law, absence of complications during pregnancy, labor and delivery, breastfeeding in the first hour and after the newborn's first hour of life.

KEYWORDS: Breastfeeding, Self-efficacy, Trust, Efficacy.

1 | INTRODUÇÃO

Através da amamentação é possível construir bases favoráveis para efeitos biológicos e afetivos no desenvolvimento da criança. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, na fisiologia do seu desenvolvimento cognitivo e emocional, em sua saúde ao longo do tempo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança e complementar até os dois anos de idade (BRASIL, 2015).

Os benefícios do aleitamento materno para as crianças têm sido relacionados às menores taxas de diarreia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções e menor mortalidade por essas doenças em crianças amamentadas quando comparadas às não amamentadas (LEÓN-CAVA et al., 2002; ABREU et al., 2019). Além disso, um estudo de coorte realizado no Brasil mostrou que a duração do aleitamento materno é positiva e linearmente associada ao desempenho em testes de inteligência, escolaridade e renda aos 30 anos de vida, com importantes impactos em termos de saúde pública (VICTORA et al., 2015).

Entretanto, apesar dos benefícios já consolidados na literatura acerca do aleitamento materno, as prevalências globais de amamentação aos 12 meses mostram maiores taxas em países da África Subsaariana, no Sul da Ásia e em partes da América Latina. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é considerada baixa, variando de menos de 1% a 35%: Reino Unido (<1%), Estados Unidos da América (EUA) (27%), Suécia (16%) e Noruega (35%) (VICTORA et al., 2016).

No Brasil a realidade não é tão diferente, pois, apesar de apresentar taxas de AME superior a vários países desenvolvidos, um estudo de base populacional desenvolvido nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) aos seis meses de vida é de apenas 41%, dado que mostra que as ações para a promoção desta prática ainda não têm surtido os resultados esperados, impactando diretamente na condições de saúde e qualidade de vida destes sujeitos (BOCCOLINI et al., 2017).

O cenário de saúde materno-infantil com baixas prevalências de AME tende a gerar como consequências: aumento da mortalidade por doenças infecciosas, maiores incidências de doenças diarreicas, infecções respiratórias, otite media aguda, eczema,

alergias alimentares, rinite alérgica e asma, com elevadas taxas de internação hospitalar por estas doenças. Além disso, crianças não atingidas pelo AME podem apresentar no desenvolvimento antropométrico, cárie dentária, excesso de peso ou obesidade, diabetes tipo 2, alto índice de colesterol total e menor inteligência na vida adulta ((BRASIL, 2015; VICTORA et al., 2016). Aproximadamente metade de todos os episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias poderiam ser evitadas pela amamentação. A proteção contra internações hospitalares devido a estas doenças é ainda maior: a amamentação pode prevenir 72% das internações por diarreia e 57% daquelas por infecções respiratórias (VICTORA et al., 2016).

Acredita-se que mulheres, com baixo nível de confiança no aleitamento têm mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que têm total confiança, pois a autoeficácia é um componente da motivação, que está relacionada com a atuação e com a persistência e que exerce papel importante na adoção e na mudança de comportamento da mesma (MARGOTTI E; MARGOTTI W, 2017).

O aleitamento materno depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Dentre eles estão: idade materna, grau de instrução, situação socioeconômica, condições de trabalho materno, situação conjugal, papel do pai e de outras pessoas significantes para a mãe, paridade materna, experiência anterior, intenção de amamentar, problema com aleitamento e autoeficácia da mãe para amamentar (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

A autoeficácia consiste na confiança ou expectativa da mulher com relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar com êxito seu filho (BIZERRA et al., 2015). Determinar os fatores que interferem na autoeficácia da amamentação possibilita o fortalecimento dos fatores que são positivos e trabalhar na melhora dos que são negativos, sobretudo, na perspectiva educacional. Neste contexto surge a seguinte questão: quais fatores interferem na autoeficácia da mãe para amamentar?

Assim, este trabalho tem por objetivo analisar na literatura científica os fatores que interferem na autoeficácia materna para amamentar.

2 | MÉTODOS

Revisão Integrativa da Literatura (RIL), realizada entre os meses de agosto a setembro de 2019. Este método de estudo busca responder determinada questão de pesquisa por meio do emprego de técnicas adequadas e sistematizadas para a identificação, seleção, análise e discussão de estudos primários, de maneira a propiciar a síntese das informações analisadas para que sirvam como qualificadores dos processos de trabalho em saúde e em enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). O estudo foi realizado de acordo com o proposto por Teixeira et al. (2013) em seis etapas interrelacionadas: seleção da questão norteadora e estratégias de busca, busca nas bases de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação e síntese dos achados e apresentação da revisão.

Para a elaboração da pergunta norteadora e elaboração dos mecanismos de buscas nas bases de dados foi utilizada a estratégia PICO (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). A população foi constituída de mães aptas para amamentar (P); a intervenção considerou-se a mensuração da autoeficácia para amamentar (I); não houve grupo comparativo (C) e o desfecho foram os fatores que influenciaram nos níveis de autoeficácia para amamentar (O). Assim, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: quais fatores interferem na autoeficácia da mãe para a amamentar?

Com o intuito de guiar o processo de busca, foram utilizados descritores alinhados à questão de pesquisa elaborada, com os operadores booleanos AND e OR. Todos os descritores foram retirados das plataformas Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). As bases utilizadas para a busca dos estudos foram as seguintes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval* (PubMed/MEDLINE).

A estratégia de busca utilizada foi a seguinte: [(aleitamento materno) OR (amamentação) OR (aleitamento)] AND [(autoeficácia) OR (eficácia) OR (confiança)]; [(breastfeeding) OR (breastfed) OR (exclusive breastfeeding)] AND [(self-efficacy) OR (efficacy) OR (trust)].

Após o processo de busca dos estudos nas bases, feita por dois revisores independentes, os artigos duplicados foram removidos e na sequência ocorreu a análise crítica dos estudos tendo como base os critérios de inclusão: artigos completos, publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, publicados no período de janeiro de 2014 a junho de 2019 e que respondessem à questão de estudo. Foram excluídos os artigos do tipo revisão, relato de experiência, estudo de caso e as publicações da literatura cinza.

Após leitura minuciosa dos artigos e compilação da amostra final, foram extraídas as informações dessa amostra por meio de um quadro síntese para a coleta dos seguintes dados: base de dados, revista, título do artigo, autor (es), objetivo, metodologia (tipo de estudo/ abordagem utilizada) e ano de publicação.

A análise dos estudos selecionados ocorreu por meio da leitura aprofundada e buscando identificar a variável primária (níveis de autoeficácia para amamentar) e as variáveis explicativas (fatores associados a autoeficácia), realizando as convergências e divergências para a construção da discussão. A revisão foi apresentada por meio do fluxograma de seleção da amostra, quadro síntese e dissertação em categoria única das análises realizadas.

Por tratar-se de um estudo de revisão, não foi necessário a submissão do trabalho a um Comitê de Ética em Pesquisa, todavia, a construção da dissertação do mesmo foi feita seguindo as normas de citação para preservação dos direitos autorais das obras consultadas.

3 | RESULTADOS

Nesta pesquisa foram identificados um total de 346 artigos nas bases: bases de dados de enfermagem (BDENF); Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED) no período de agosto a setembro de 2019, sendo que após leitura, revisão e aplicação dos critérios de seleção, foram selecionados 05 artigos como amostra final da revisão, conforme evidenciado na figura 1.

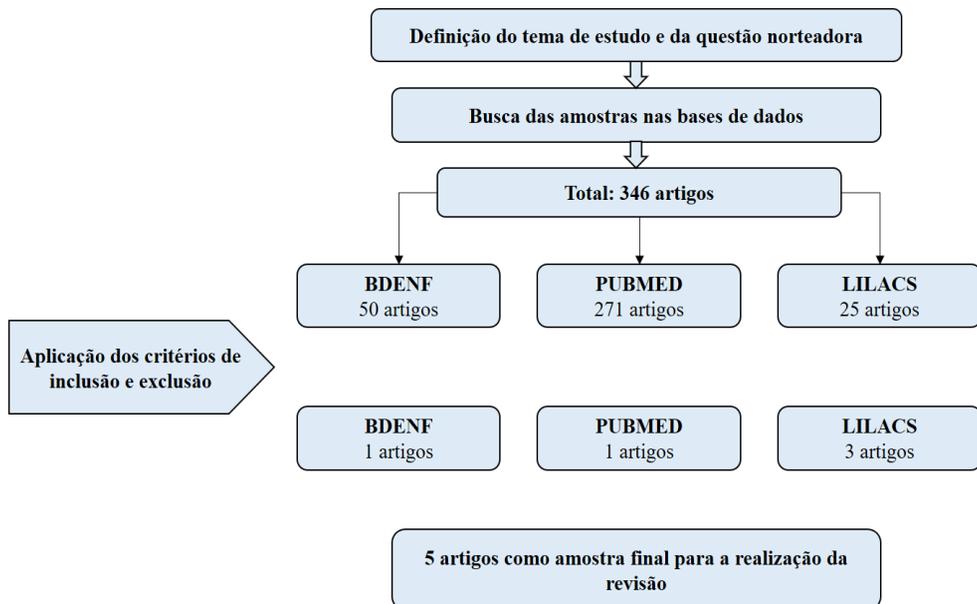


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa

Fonte: autores

Em uma análise ampla dos estudos, constata-se um predomínio de publicações na base de dados LILACS, possível reflexo das publicações incluídas serem da região de abrangência desta base. No entanto, nota-se que a maioria das publicações estão em revistas de enfermagem, evidenciando o quanto é de interesse desta profissão. Na análise metodológica observa-se que a maioria são estudos do tipo transversal e observacional, conforme mostra o quadro 1.

Nº	Base	Revista	Título	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
						Tipo	Abordagem	
1	BDENF	Acta Paulista de Enfermagem	Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.	Conde, Guimarães, Azevedo, Oliveira, Santos	Verificar a associação entre a autoeficácia na amamentação de mães adolescentes e a duração do aleitamento materno exclusivo.	Estudo longitudinal e prospectivo	Observacional e analítico	2017
2	PUBMED	Revista Latino Americana de Enfermagem	Autoeficácia em amamentar e depressão pós-parto: um estudo de coorte	Vieira, Caldeira, Eugenio, Lucca, Silva.	Avaliar a autoeficácia para amamentação, a presença de sintomas de depressão no período pós-parto e a associação entre autoeficácia na amamentação e depressão pós-parto, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo.	Estudo de coorte	Observacional	2018
3	LILACS	Revista Eletrônica de Enfermagem	Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes	Bizerra, Carnáuba, Chaves, Rocha, Vasconcelos, Oriá	O objetivo da pesquisa foi avaliar autoeficácia em amamentar entre adolescentes lactantes.	Pesquisa Transversal	Quantitativo	2015
4	LILACS	Escola Anna Nery	Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação	Rodrigues, Padoin, Guido, Lopes.	O objetivo deste estudo foi analisar quais os fatores relacionados ao pré-natal e ao puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação para as puérperas internadas em alojamento conjunto	Transversal	Quantitativa	2019
5	LILACS	Acta Paulista de Enfermagem	Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes.	Guimarães, Conde, Gomes, Oriá, Monteiro.	Verificar a associação entre a autoeficácia na amamentação e os fatores sociodemográficos e obstétricos das adolescentes.	Transversal e Descritivo	Observacional	2017

Quadro 1: Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia e Ano.

Fonte: autores

4 | DISCUSSÃO

A avaliação da autoeficácia de mães para amamentar identificada em todos os estudos desta revisão foi realizada por meio da Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) e Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), uma escala desenvolvida por uma enfermeira canadense que é capaz de medir a autoeficácia de mães em suas habilidades para amamentar (DENNIS; FAUX, 1999; DENNIS, 2003). Esta escala, tanto em sua forma completa, quanto em sua forma abreviada foi traduzida e validada para diversos países, entre eles o Brasil (ORÍÁ et al., 2009; DODT et al., 2012).

Um estudo realizado por Guimarães et al., (2017) em uma maternidade pública no interior de São Paulo, detectou fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. Participaram desse estudo 94 puérperas adolescentes. O primeiro instrumento considerou os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas. O segundo instrumento que integrou o estudo, foi a BSES, aplicada para avaliar a autoeficácia das puérperas na habilidade para amamentar. Quanto a autoeficácia para amamentar obtiveram-se os seguintes resultados: baixa (11,70%), moderada (34,04%) e alta (54,26%). O reconhecimento da associação foi obtido entre a variável dependente “autoeficácia na amamentação” e as variáveis independentes relativas às características sociodemográficas, obstétricas e de amamentação. Os resultados mostraram associação significativa entre a variável dependente e a variável explicativa “auxiliar nos cuidados com o bebê”, ou seja, as adolescentes que relataram obter ajuda de suas mães e/ou sogras tiveram maior nível de autoeficácia na amamentação ($p=0,0083$).

Foi constatada associação significativa para as variáveis “amamentação na primeira hora de vida” e “tipo de aleitamento materno no momento da coleta”. As adolescentes que amamentaram na primeira hora de vida do neonato apresentaram maior nível de autoeficácia na amamentação sendo: baixa 9,68%, moderada 13,98% e alta 34,41% $p=0,0244$, assim como aquelas que estavam amamentando exclusivamente no momento da coleta dos dados (baixa 11,70%, moderada 28,72% e alta 52,13% $p=0,0148$, sendo estes resultados estatisticamente significativos. De acordo com os resultados, nenhuma das variáveis obstétricas anteriores (número de gestações, parto, aborto e filhos vivos) apontaram associação estatisticamente significativa com a autoeficácia no aleitamento materno, assim como as variáveis obstétricas atuais (gestação planejada, idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas no pré-natal) intercorrências na gestação, parto e pós-parto, e tipo de parto (GUIMARÃES et al., 2017).

Em um alojamento conjunto de uma maternidade pública no interior do estado de São Paulo, Conde et al., (2017) observaram a autoeficácia na amamentação entre mães adolescentes, onde foi utilizada a BSES como instrumento de avaliação na maternidade após um mínimo de 24 horas após o parto. Das 160 mães adolescentes que participaram do

estudo, 56,90% apresentaram alto nível de autoeficácia para amamentar. As adolescentes que não apresentaram intercorrências na gestação ($p=0,0069$) e durante o trabalho de parto e/ou parto ($p=0,0316$), apresentaram maior autoeficácia na amamentação em relação àquelas que tiveram algum tipo de intercorrência neste processo.

Outro estudo desenvolvido por Bizerra et al., (2015) em unidades básicas de saúde de municípios do nordeste brasileiro, os autores investigaram a autoeficácia de mães adolescentes no puerpério utilizando a BSES-SF. A análise de uma amostra de 172 mães mostrou que 92% (159) tinham prática anterior com amamentação, 54% (93) tiveram parto vaginal como desfecho da gestação e 98% (169) realizaram consultas de pré-natal no período gestacional. As análises referentes a autoeficácia mostraram que 84% (144) das adolescentes foram classificadas como tendo autoeficácia alta.

O estudo ainda mostrou que dois itens da escala BSE-SF mostraram maior pontuação, sendo os dois referentes ao entendimento das mães sobre quando a pega está correta e quando o recém-nascido parou de mamar. Apesar do estudo não ter realizado estudo de correlação entre o desfecho e as variáveis de contexto, é possível perceber que esta eficácia alta das adolescentes pode estar associada a parâmetros do perfil de cada uma, pois, a realização de consultas de pré-natal, a experiência anterior com amamentação e o parto vaginal são descritos na literatura como benéficos e protetores para o aleitamento e a prática da amamentação (BIZERRA et al., 2015).

Já no estudo desenvolvido em um centro de apoio ao aleitamento materno e banco de leite no estado de São Paulo, os autores buscaram verificar a relação entre autoeficácia materna para amamentar, pela BSES, em diferentes momentos do puerpério com a presença de depressão pós-parto, medida pela Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS). Os resultados revelaram que na amostra de 83 puérperas acompanhadas até 210 dias após o parto, não houve associação significativa entre os níveis de autoeficácia e a presença de depressão pós-parto ($p\text{-valor}>0,05$). Porém, o estudo mostrou que o tempo até a interrupção do AME foi maior nas mulheres classificadas com índices mais elevados na BSE, mostrando que a autoeficácia da mãe para amamentar é fator protetor contra o desmame precoce ($p\text{-valor} < 0,0001$) (VIEIRA et al., 2018).

Rodrigues et al., (2014) realizaram uma pesquisa onde buscaram relacionar os fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação numa amostra de conveniência composta de 322 puérperas internadas em um hospital universitário de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul. Um formulário foi utilizado para definir os fatores obstétricos relacionados a gestação e puerpério atual, além da BSES-SF para averiguar a autoeficácia das mães. Os resultados revelaram que 261 (81%) da população investigada possuía autoeficácia alta para amamentação. Com relação a associação entre a variável desfecho e as de contexto, verificou-se que somente colocar o bebê para mamar após a primeira hora do parto esteve associado ($p = 0,018$) com a alta autoeficácia em amamentação.

Entretanto, é preciso interpretar com cautela este dado, visto que é consolidado pela literatura que o contato na primeira hora após o parto com a mãe é um favorecedor para o estabelecimento da amamentação e é uma recomendação unânime da Organização Mundial da Saúde para todos os recém-nascidos que nascem hígidos (BRASIL, 2015). Além disso, em outro estudo desenvolvido em Portugal que utilizou a BSES-SF verificou-se taxas mais elevadas na autoeficácia de mãos que amamentaram logo após o nascimento (SANTOS; BÁRCIA, 2009).

O estudo de Rodrigues et al., (2014) mostrou ainda, a partir de uma análise bruta dos dados, que mães que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal, que receberam orientação sobre aleitamento materno nas consultas, cujos neonatos foram colocados em contato pele a pele na primeira hora e que receberam orientações sobre aleitamento no pós-parto, apresentaram autoeficácia alta segundo a BSES-SF. Ressalta-se que nenhuma dessas correlações foram estatisticamente significativas no teste de qui-quadrado, e, portanto, devem ser analisadas com cautela.

5 | CONCLUSÃO

A revisão ora apresentada evidenciou que a autoeficácia para amamentar mulheres avaliadas foi predominantemente alta, sendo medida unanimemente pelo instrumento BSES, seja na sua forma longa ou curta. Dentre os fatores relacionados à alta autoeficácia para amamentar destaca-se: apoio recebido nos pós-parto de mães e sogras, ausência de intercorrências na gestação, trabalho de parto e parto, amamentação na primeira hora e após a primeira hora de vida do neonato. Estes fatores podem e devem ser utilizados como ferramentas para o enfermeiro trabalhar a promoção do aleitamento materno no seu cotidiano de trabalho no âmbito da saúde materno-infantil.

Destaca-se ainda que, apesar de não ter ficado comprovado a relação com o aumento da eficácia materna para amamentar, a realização de consultas de pré-natal adequadas, a experiência anterior com amamentação, a recepção de informações sobre aleitamento materno durante a gestação e no pós-parto foram variáveis que apareceram nos estudos implicadas em mães que apresentaram autoeficácia alta para amamentar.

O estudo mostrou ainda, que apesar de ser um problema muito sério no ciclo gravídico-puerperal, a depressão pós-parto não esteve relacionada aos escores de autoeficácia materna para amamentar, porém, estes dados são unicamente de um estudo com apenas 83 mulheres, o que remete à necessidade de outros estudos mais robustos que possam realizar este tipo de correlação.

Por fim, este estudo permite sugerir a realização de pesquisas que possam verificar a autoeficácia materna para amamentar entre grupos de mulheres específicas, tais como: indígenas, quilombolas, ribeirinhas, privadas de liberdade, população LGBT e dentre outros que ainda ficam à margem de um cuidado integral, entre eles o da promoção do aleitamento materno e suas nuances.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Alice Damasceno et al. **O aleitamento materno e seu impacto social**. Revista da JOPIC, v. 2, n. 5, p. 77-83, 2019.
- BIZERRA, Renata de Lima et al. **Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 17, n. 3, p.1-8, 2015.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. **Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades**. Revista de Saúde Pública, v. 51, p.1-9, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**, 2. ed. Brasília: DF, 2015.
- CONDE, Raquel Germano et al. **Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 4, p.383-389, 2017.
- DENNIS, Cindy-Lee. **The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form**. Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, v. 32, n. 6, p. 734-744, 2003.
- DENNIS, Cindy-Lee; FAUX, Sandra. **Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale**. Research In Nursing & Health, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.
- DODT, Regina Cláudia Melo et al. **Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample**. Journal Of Nursing Education And Practice, v. 2, n. 3, p. 66-73, 2012.
- FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. **Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração**. Revista de Nutrição, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.
- GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá et al. **Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 1, p.109-115, 2017.
- LEÓN-CAVA, Natalia et al. **Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence**. Pan American Health Organization, Washington DC, v. 3, 2002.
- MARGOTTI, Edficher; MARGOTTI, Willian. **Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro**. Saúde em Debate, v. 41, n. 114, p. 860-871, 2017.
- MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 3 th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- ORIÁ, Mônica O. B. et al. **Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale**. Public Health Nursing, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009.
- RODRIGUES, Andressa Peripolli et al. **Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding**. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 18, n. 2, p.1-7, 2014.

SANTOS, Vanessa; BÁRCIA, Sónia. **Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form» - Versão portuguesa.** Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 25, n. 3, p. 363-369, 2009.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Integrative review: what is it? how to do it?.** Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. **Integrative literature review step-by-step & convergences with other methods of review.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 2, n. 5, p.3-7, 2014.

VICTORA, Cesar G et al. **Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil.** The Lancet Global Health, v. 3, n. 4, p. 199-205, 2015.

VICTORA, Cesar G. et al. **Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida.** Epidemiol Serv Saúde, v. 25, n. 1, p. 1-24, 2016.

VIEIRA, Erika de Sá et al. **Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study.** Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 26, p.1-11, 2018.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: RELEITURÁ DOS DADOS PARA O PERÍODO DE 2011 Á 2017

Data de aceite: 01/04/2021

Igor de Oliveira Lopes

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – RS
<http://lattes.cnpq.br/8737309007563994>

Maristela Cássia de Oliveira Peixoto

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – RS
<http://lattes.cnpq.br/4067287415762416>

André Luis Machado Bueno

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – RS
<http://lattes.cnpq.br/8364149032101277>

Geraldine Alves dos Santos

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – RS
<http://lattes.cnpq.br/1915625445453282>

RESUMO: A seqüela da violência sexual não é única e sim múltipla, e para entender sua dinâmica na realidade brasileira é importante fazer uma pausa para ampliar a compreensão sobre o tema. O Brasil possui em sua história traços de violência articulada à sua colonização e desenvolvimento, logo, na atualidade as situações de violência contra crianças e adolescentes são consideradas problemas de saúde pública e violação dos direitos humanos a nível universal. No ano de 2006, o Ministério da Saúde implantou no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes,

sistema este que teve como objetivo um maior e melhor acompanhamento epidemiológico destas ocorrências a nível nacional. Objetivou-se oportunizar a discussão e conscientização de caráter epidemiológico a fim de identificar o perfil epidemiológico das vítimas, delimitar fatores de enfrentamento, medidas de prevenção e a importância da atuação multiprofissional e multidisciplinar. Estudo ecológico, exploratório e descritivo, oriundo dos dados disponíveis nos Boletins Epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, sobre violências sexuais contra crianças e adolescentes notificadas pelos serviços de saúde, no período de 2011 a 2017. Foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo que 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, totalizando o número de 141.105. Deste total, o número de 119.750 (85%) eram do sexo feminino, 56.320 (39,9%) possuíam idade entre 10 e 14 anos, quanto à raça 72.535 (51,4%) eram negros. A identificação do perfil das vítimas e dos prováveis autores da violência é essencial. A vulnerabilidade social possui grande parcela de contribuição, reconhecemos a importância do relato e da investigação como ação de prevenção a este problema de saúde pública. A atuação multiprofissional e multidisciplinar, ações intersetoriais e fortalecimento de políticas públicas são imprescindíveis para proporcionar um crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual na Infância, Epidemiologia Descritiva, Integridade em Saúde.

SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS IN BRAZIL: REVIEW OF DATA FOR THE PERIOD 2011 TO 2017

RESUMO: The sequel to sexual violence is not unique but multiple, and in order to understand its dynamics in the Brazilian reality, it is important to pause to broaden the understanding on the topic. Brazil has in its history traces of violence linked to its colonization and development, therefore, at present, situations of violence against children and adolescents are considered public health problems and violation of human rights at a universal level. In 2006, the Ministry of Health implemented within the scope of the Unified Health System, the Violence and Accident Surveillance System, a system that aimed at greater and better epidemiological monitoring of these occurrences at the national level. The objective is to provide opportunities for discussion and awareness of an epidemiological nature in order to identify the epidemiological profile of the victims, delimit coping factors, preventive measures and the importance of multidisciplinary and multidisciplinary action. An ecological study, exploratory and descriptive, coming from the data available in Bulletins Epidemiological the Secretariat of Health Surveillance, Ministry of Health, on sexual violence against children and adolescents notified by SA services Ude, in the period from 2011 to 2017. There were 184 524 reported cases of sexual violence, of which 58,037 (31.5%) against children and 83,068 (45.0%) against adolescents, totaling 141,105. Of this total, 119,750 (85%) were female, 56,320 (39.9%) were aged between 10 and 14 years old, as for the race 72,535 (51.4%) were black. The identification of the profile of the victims and the probable perpetrators of the violence is essential. Social vulnerability has a large share of contribution, we recognize the importance of reporting and research as a preventive action against this public health problem. The multi-professional and multidisciplinary, intersectoral action and strengthening public policies are essential to provide one growth and development of children's quality.

KEYWORDS : Child sexual abuse. Descriptive Epidemiology. Health Integrity.

INTRODUÇÃO

A sequela da violência sexual não é única e sim múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra "vis", que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia, são resultado da interação múltipla de fatores socioculturais, ambientais, individuais e coletivos, ainda que o medo, a vergonha e a humilhação caracterizem uma grande tensão emocional desse vivido (BUENO; LOPES, 2018; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Entretanto, para entender sua dinâmica na realidade brasileira é importante fazer uma pausa para compreender e analisar a visão na perspectiva de que a sociedade projeta sobre o tema, seja por meio da filosofia popular, pelo ponto de vista erudito ou inclusive por fatores políticos, econômicos e culturais trazidos das relações sociais (BUENO; LOPES, 2018; MINAYO, 2006).

Em senso histórico, identifica-se que no final da década de 1970 e o início da década seguinte coincidem, ao mesmo tempo, com a consciência nacional sobre o acirramento da violência social e com os processos de abertura democrática no país. A partir de então, crescem os movimentos em prol dos direitos civis e sociais e da emancipação da mulher, da criança, dos negros e de outros grupos excluídos, e se faz necessário reconhecer e distinguir os papéis sociais construídos em nossas culturas de gênero (BUENO; LOPES, 2018; MINAYO, 2006).

No Brasil, foi apenas no final dos anos 1980 que começaram a surgir organizações de defesa de direitos e de atenção a crianças e adolescentes em situação de violência (SANTOS; IPPOLITO, 2009).

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente, com a divulgação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, o referido relatório definiu o problema como “o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (MINAYO, 2009).

O Brasil como nação sempre teve uma história de violência articulada à sua forma de colonização e de desenvolvimento, embora, o mito que corre no imaginário social e é apropriado politicamente é de que somos um país pacífico, porém, esta afirmativa trata-se de uma meia verdade, afinal somos um povo acolhedor, hospitaleiro e solidário, entretanto, somos um povo violento e esta realidade é discutida por muitos estudiosos, os quais arriscam que ainda que os tipos mais tradicionais e seculares de violência como as agressões e abusos intrafamiliares e comunitários conservam as mesmas características, e ainda se estabelece a violência como objeto nas primeiras ciências humanas, sociais e na filosofia, sempre relativamente à saúde (MINAYO, 2006; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reconhece a criança e os adolescente como sujeitos de direitos e não meros objetos de intervenção estatal. As violências contra crianças e adolescentes são consideradas problemas de saúde pública e violação dos direitos humanos a nível universal, e geram graves consequências tanto no âmbito individual, familiar e social. As graves consequências desta infração resultam em potentes cicatrizes biopsicossociais, tanto a vítima quanto a sua comunidade inserida ou outros envolvidos, sendo todos estes também responsáveis pela busca dos direitos desta população (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal institui no artigo 227 sobre os deveres da família, sociedade e estado, e estabelece punições na legislação para crimes vinculados (BRASIL, 1988).

“Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Redação dada pela EC n. 65/2010).”

Enfatiza-se que no ano 2000, o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, temos nesta data o propósito de levantar reflexões e oportunizar a avaliação das ações e políticas públicas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

E a sensibilização em relação ao tema “violência” como pauta para ação do setor de saúde se iniciou pioneiramente com o problema das violências contra crianças. Apenas nos anos 60, por meio de textos e debates, os profissionais de saúde começaram a fazer denúncias sistemáticas sobre as várias modalidades de violência contra crianças e adolescentes e sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas (MINAYO, 2006).

Logo o setor da saúde assumiu, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), um mandato social para atuar na prevenção, diagnóstico e notificação de casos de violência, criou-se assim um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como de prestação de orientações às famílias (BRASIL, 2010).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou em diversos municípios brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que trata da aplicação da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, sistema este que teve como objetivo um maior e melhor acompanhamento epidemiológico destas ocorrências a nível nacional, logo, apresentou dados de notificações relativamente significativos que se demonstravam preocupantes (BRASIL, 2010).

Ainda que as práticas e adesão ao sistema se mostrassem em adaptação, mostra-se importante ressaltar que muitos dados são subnotificados, tendo como justificativas a organização dos serviços de saúde, escassez de tempo, demandas e fragmentação dos serviços, por esta razão, as dimensões desse fenômeno podem ser ainda mais preocupantes e atingir uma parcela significativamente ainda maior da população quanto aos prejuízos causados pela subnotificação (BUENO; LOPES, 2018; ROSSATO; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

A repercussão que a violência reproduz na saúde das populações e dos indivíduos caracterizam a importância e significância de abordagens e estudos que tenham a mesmo como questão, com propósito de diminuir os obstáculos e a os estigmas desta problemática (SCHRAIBER, 2014).

O presente estudo tem como objetivo oportunizar-se a discussão e conscientização sobre o problema de caráter epidemiológico a fim de identificar o perfil epidemiológico das vítimas, mapear e expressar graficamente as regiões do país com registro de notificações, a fim de delimitar os fatores de seu enfrentamento, possíveis medidas de prevenção e a importância da atuação multiprofissional e multidisciplinar na integralidade da vítima.

METÓDO

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório e descritivo, oriundo dos dados disponíveis nos Boletins Epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, sobre violências sexuais contra crianças e adolescentes notificadas pelos serviços de saúde, no período de 2011 a 2017.

Quanto à variabilidade das ciências, é notória a diversidade nos modos de informar a comunidade científica, em que cada qual possui seus direcionamentos para as modalidades mais usuais e representativas. Estas diferentes formas de construir o conhecimento devem ser escolhidas a fins de constituir linguagens e comunicação adequadas e específicas ao tema (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Logo, optou-se pela epidemiologia, a qual em seu processo descritivo estuda o comportamento das doenças, bem como seus agravos nas coletividades. Nesse sentido, esta proposta analítica possibilita a descrição de particularidades e analogias entre os grupos de dados examinados. O estudo ecológico tem por finalidade estudar as coletividades ao invés de indivíduos, por meio da descrição do comportamento dos dados e suas diferenças entre os grupos populacionais em um determinado espaço e em um determinado tempo (ROUQUAYROL, 2013).

As variáveis utilizadas na releitura e discussões no estudo foram: sexo, idade, raça e regionalização das notificações, o sexo e vínculo do provável autor da violência e ainda o tipo de violência notificada.

Este estudo utilizou métodos descritivos de análise, com índices expressos em percentuais e ponderados pela população. Para os estudos ecológicos, a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas submetidas a um evento característico que, geralmente, pertencem a um espaço geográfico definido. Os grupos em análise podem estar contidos em unidades geográficas, como bairros, cidades, regiões ou macrorregiões e as análises são guiadas através da comparação de taxas e indicadores do fenômeno em estudo relacionados a essas unidades (BUENO; LOPES, 2018; ROUQUAYROL, 2013).

Garantiu-se o anonimato e confidencialidade das informações constantes dos registros deste estudo por se tratar de um estudo com dados secundários anônimos, o projeto desta pesquisa é dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016.

RESULTADOS

O VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes) conta com um componente voltado para os atendimentos em serviços de urgência em pesquisas pontuais (VIVA Inquérito) e outro focado nos casos de violência interpessoal/autoprovocada captados nos serviços de saúde em geral, de maneira contínua (VIVA Contínuo). A partir de 2009, as notificações do VIVA Contínuo passaram a integrar o SINAN, mas, somente a partir de 2011, a violência passou a integrar a lista de agravos de notificação compulsória, universalizando-se a notificação para todos os serviços de saúde do país, sendo eles públicos ou privados, e em 2014 os casos de violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até vinte e quatro horas após o atendimento da vítima, e quando se trata de violência contra crianças e adolescentes deverá também ser obrigatoriedade a comunicação ao Conselho Tutelar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

As esferas governamentais entendem e incluem como violência sexual os casos de assédio, estupro, pornografia infantil, exploração sexual, e que se manifestem das seguintes maneiras: abuso incestuoso, sexo forçado no casamento, jogos sexuais, práticas eróticas não consentidas, pedofilia, voyeurismo (desordem sexual que consiste na observação de uma pessoa no ato de se despir, nua ou realizando atos sexuais e que não se sabe ser observada), manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também, exposição constrangedora, atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. As demais se consideram os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição, ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos (BRASIL, 2018).

Conforme boletim epidemiológico, entre os anos de 2011 a 2017, foram notificados no SINAN 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada a crianças e adolescentes. Nesse período, foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo que 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, totalizando o número de 141.105 (BRASIL, 2018).

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual teve como amostragem total o número de 141.090 vítimas, excluíram-se o número de 15 notificações as quais apresentam informações incompletas ou ignoradas. Deste total, o número de 119.750 (85%) era do sexo feminino e 21.340 (15%) eram do sexo masculino. Do total em classificação por faixa etária, 2.653 (1,9%) eram menores de 1 ano, 29.689 (21%) entre 1 e 5 anos, 25.691 (18,2%) entre 6 e 9 anos,

56.320 (39,9%) entre 10 e 14 anos e 26.740 (19%) possuíam entre 15 a 19 anos. Nas características de raça e cor, 72.535 (51,4%) eram negros, 49.625 (35,2%) eram brancos e 18.930 (13,4%) eram de outra raça e ignorados.

Características	Crianças e Adolescentes (0 a 19 anos)	
	n (141.090)	% (100)
Sexo		
Feminino	119.750	85,00
Masculino	21.340	15,00
Faixa etária ^a		
Menores de 1 ano	2.653	01,90
Entre 1 e 5 anos	29.689	21,00
Entre 6 e 9 anos	25.691	18,20
Entre 10 e 14 anos	56.320	39,90
Entre 15 e 19 anos	26.740	19,00
Raça / Cor da pele		
Negros	72.535	51,40
Branco	49.625	35,20
Outra / Ignorado	18.930	13,40

^a A existência de inconsistência com valor total da amostra se dá por provável duplicidade da notificação.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual entre os anos de 2011 a 2017, no Brasil.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 27 de 2018.

Na figura 1, apresenta-se a regionalização das notificações por residência, 50.099 (35,5%) no Sudeste, 28.180 (20%) no Sul, 27.291 (19,3%) na região Norte, 21.986 (15,6%) no Nordeste e 13.500 (9,6%) no Centro- Oeste (BRASIL, 2018).

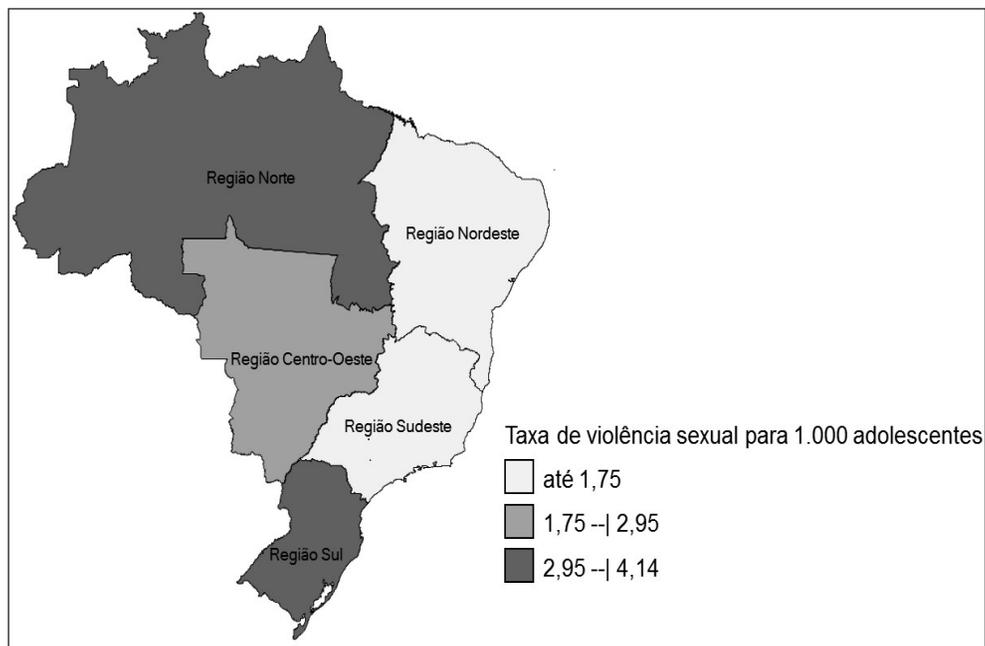


Figura 1 – Taxa de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo as regiões do Brasil, para os anos de 2011 a 2017.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 27 de 2018, elaboração da cartografia A.L.M.B.

A avaliação das características do provável autor da violência sexual mostrou que 124.066 (87,9%) eram do sexo masculino, 3.525 (2,5%) do sexo feminino e 13.499 (9,6%) eram de outro sexo ou tiveram o registro ignorado. Sobre o vínculo, determinou-se que 52.866 (37,9%) possuíam vínculo familiar com a vítima, conforme descrito na tabela 2 (BRASIL, 2018).

Características	Provável autor da violência	
	n (141.090)	% (100)
Sexo		
Masculino	124.066	87,90
Feminino	3.525	02,50
Outro / Ignorado	13.499	09,60

Vínculo com a vítima		
Possui vínculo familiar	52.866	37,90
Amigos ou conhecidos	38.390	27,50
Desconhecidos	21,985	15,70
Outro / Ignorado	26.418	18,90

^aA existência de inconsistência com valor total da amostra se dá por provável duplicidade da notificação.

Tabela 2 – Caracterização por sexo e vínculo do provável autor da violência contra crianças e adolescentes entre os anos de 2011 a 2017, no Brasil.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 27 de 2018.

A Tabela 3 apresenta os resultados em relação a categorização por tipo de violência sexual contra a criança e adolescente, do total de registros foi possível evidenciar que os casos de estupro obtiveram 106.523 (67%), os de assédio sexual foi de 34.814 (21,91%), exploração sexual 5.263 (3,31%), pornografia infantil 3.932 (2,50%), e outros 8.342 (5,25%) (BRASIL, 2018).

Categorizando os registros de notificações, percebe-se que nos casos contra a criança, o estupro teve 39.000 (62%), o assédio sexual 15.693 (24,9%) e a pornografia infantil apresentou 2.0483 (3%). Nas situações que envolveram adolescentes, o estupro obteve 67.523 (70,4%), o assédio sexual 19.121 (19,9%) e a exploração sexual 3.427 (3,6%) (BRASIL, 2018).

Tipo de violência	n (158.874)	% (100)
Estupro	106.523	67,00
Assédio sexual	34.814	21,91
Outros / Ignorado	8.342	5,25
Exploração sexual	5.263	3,31
Pornografia infantil	3.932	2,50

^aO número total de categorias não confere com o número total de notificações, pois se entende que em uma mesma notificação pode ser ter duas ou mais categorias de violências.

Tabela 3 – Categorização da violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas no Sinan, Brasil, 2011-2017.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 27 de 2018.

Uma variável importante para justificar a crescente na categoria de estupro é de que para a criança ou o adolescente é difícil definir ou diferenciar estas classificações, o que dificulta a denúncia, a explicação dos fatos e consequentemente os registros nas notificações. A ainda por outro lado, autores entendem de que o estupro é a forma mais clara de violência sexual.

Comparando-se os anos de 2011 e 2017, observa-se um aumento de 83,0% nas notificações, descritos na figura 2 (BRASIL, 2018).

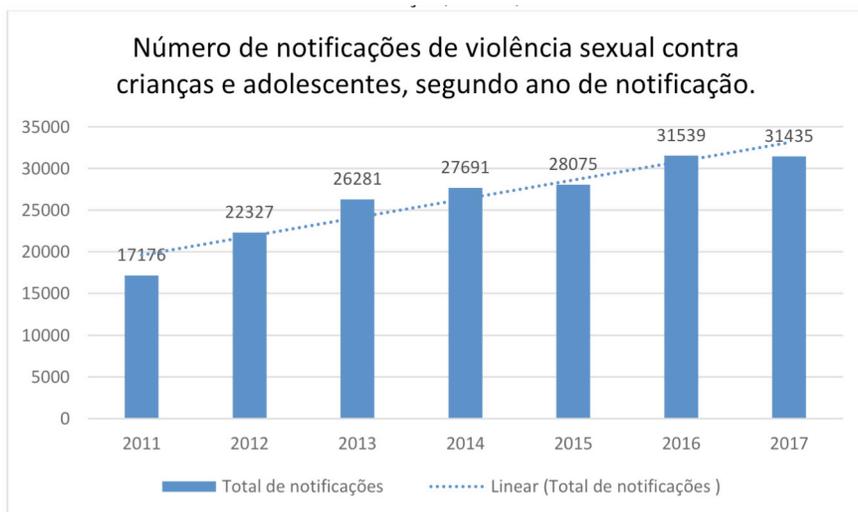


Figura 2 – Número total de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo ano de notificação, Brasil, 2011-2017.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 27 de 2018, elaborado por I.O.L.

O Disque Direitos Humanos, também conhecido por Disque100, em 2017 realizou 349.270 atendimentos. O relatório do balanço digital do disque de direitos humanos registrou em 2011 o número 82.139 denúncias de violação dos direitos humanos de crianças e adolescentes, logo em 2017 o número é de 84.049 denúncias. Sendo que 36.037 denúncias foram de violência sexual dentro dos últimos 7 anos (BRASIL, 2017).

Violências, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo. Esse novo perfil ressalta o peso do estilo de vida, das condições sociais, econômicas, ambientais e da maior longevidade, exigindo novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado (MINAYO, 2006).

DISCUSSÃO

Os dados analisados neste estudo vão de acordo com as informações de (SANTOS *et al.*, 2018) os quais identificaram 2.226 notificações de violência sexual ocorrida na escola contra crianças e adolescentes, no período de 2010 a 2014, e os quais confirmam a predominância de vítimas do sexo feminino (63,8%) na faixa etária de crianças, e quando adolescentes as características predominantes são ainda o sexo feminino e cor da pele/raça negra. No Nordeste brasileiro, os estudos realizados identificaram que a maioria das vítimas (73-79%) era do sexo feminino (DE SENA; DA SILVA; FALBO NETO, 2018) State of Pernambuco (Brazil).

Estudos a fim de contextualizar a vulnerabilidade deste público, obtiveram como amostra composta por sete participantes, sendo que apenas um era do sexo masculino (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2019).

O estudo realizado do estado de Pernambuco/Brasil, traz a informação em concordância quanto à idade e sexo das vítimas, nos dois anos incluídos no estudo, a maioria dos casos periciados foi de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos (59,2%), com predomínio de vítimas do sexo feminino (92,1%). Sobre a caracterização dos autores da violência, estudos mostram que grande parte das vítimas são agredidas ou violentadas por indivíduos do sexo masculino e por conhecidos da vítima e familiares (DE SENA; DA SILVA; FALBO NETO, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

Em concordância com os dados analisados neste trabalho, onde 87,90% nos prováveis autores da violência seriam do sexo masculino, encontrou-se na literatura descrições que os homens acreditam que possuem nos atos de violência a capacidade de corrigir problemas de ordem e comportamentos, alguns valorizam este poder e ainda julgam corretos e éticos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

O resultado descrito na tabela 3, esta de acordo com a análise do estudo de Santos *et al* (2018), o qual também teve como tipo de violência sexual mais frequente o estupro e seguido do assédio sexual. Sendo a violência sexual um problema de difícil investigação, pois suas vítimas sentem-se, muitas vezes, extremamente constrangidas em denunciar suas “tragédias pessoais” nesse tipo de experiência danosa, humilhante e traumática, à saúde física e mental de homens e mulheres, ou seja, de crianças e adolescentes. Quando se tratando destes, devido à condição de dependência parcial ou total dos genitores/cuidadores, e a imaturidade própria da faixa etária, amplia-se a dificuldade de investigação e de relato das vítimas, sendo este um dos mais importantes fatores de enfrentamento (DE SENA; DA SILVA; FALBO NETO, 2018).

A vulnerabilidade social é outro enfrentamento que afeta todos os envolvidos deste contexto, logo, considera-se que há infinitas condições de risco proporcionadas pela vivência em vulnerabilidade social que afetam o desenvolvimento do referido público, fatores ligados à falta de alimentação, educação e relações familiares fragilizadas, desigualdade

de gênero, étnico-raciais e desigualdades econômicas, contribuem para o surgimento de problemáticas no campo físico, psíquico e/ou social e, portanto, a iminência de violação de seus direitos é relevante (SCHRAIBER, 2014; SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2019).

O artigo de Silva; Costa; Nascimento (2019), analisou respostas de entrevistados sobre estratégias de enfrentamento, obtiveram como resultado de estratégias utilizadas pelo público infanto-juvenil para enfrentar os contextos de vulnerabilidade social, que entre sete participantes um pontuou não se importar, e os outros mencionaram como estratégias a realização de atividades como estudar, buscar por afetividade familiar, religiosidade, atividades complementares como práticas artísticas e outras como acesso a mídias digitais.

A mobilização e a demanda por políticas específicas de enfrentamento da violência começaram a abrir espaços na agenda estatal até ganharem especificidade institucional. Entre os anos de 1985 à 1990 ocorreram às primeiras inclusões dos direitos das crianças na Constituição Federal e no ECA o qual foi sancionado pelo presidente da República no dia 13 de julho de 1990. Após no ano de 1992 ocorre à criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CONANDA), iniciando então a estruturação de uma rede de entidades nacionais e internacionais para tratar do tema.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em 1998, lançou a Campanha “Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência”, a fim de sensibilizar e treinar os profissionais da área de saúde. E então no ano de 2000, o governo implementou o programa denominado “Sistema Nacional contra o Abuso e a Exploração Sexual Infanto-Juvenil”, oferecendo o serviço telefônico para denúncias, o qual na atualidade atende pelo disque 100 (SANTOS; IPPOLITO, 2009).

Corroborando tanto quanto os eventos anteriores, a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, tem como um de seus objetivos promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, inclusive a violência, desenvolvendo ações integradas entre a saúde e a educação, objetivando a interação entre os profissionais a fim de construir uma rede de apoio (SANTOS *et al.*, 2018).

Como medidas de prevenção e tentativas efetivas para evitar estes enumerados casos de violência sexual, é fundamental discussões, divulgação de informações, dados estatísticos e estudos científicos com a perspectiva de sensibilizar a sociedade acerca desse sério problema. O desenvolvimento de programas de educação para saúde sexual nas instituições devem ser estrategicamente preparados para a sua implementação, levando em consideração as variáveis da comunidade do meio, contudo é imprescindível a capacitação dos profissionais, os quais tenham condições de analisar, debater e aprofundar as questões relacionadas à sexualidade de maneira geral (SANTOS; IPPOLITO, 2009).

Quando as medidas de prevenção e promoção da saúde e do desenvolvimento infanto juvenil não são conquistados pelos esforços das políticas públicas, pelos setores de saúde e ensino, ainda se tem como alternativa as intervenções judiciais, as quais por sua

vez são decisivas e podem resultar em determinações como medidas terapêuticas para a família, interdição de permanência e de contato com a criança vítima ou, até mesmo, da prisão do agressor. Assim, o poder judiciário situa-se na extremidade final da rede de proteção e da garantia de direitos das crianças, tal qual deve ser acionado, somente quando todas as tentativas de interrupção da violência tiverem sido esgotadas pelas outras esferas ou serviços (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

Na expectativa de tentar entender pouco mais sobre a atuação multiprofissional e multidisciplinar na integralidade da vítima, encontrou-se de que as reações da vítima após exposição à violência podem ser diversas, e sendo estas influenciadas por fatores como tempo de duração do abuso, idade do abusador entre outros, esta variabilidade reforça a necessidade de que a violência sexual contra crianças e o adolescente sejam investigados e receba intervenções advindas de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, ou seja, é de grande importância à participação e integração da equipe multidisciplinar e multiprofissional na atenção a esta vítima. Nesse sentido, psicólogos têm integrado equipes multiprofissionais visando à prevenção e ao atendimento às vítimas em situações de violência (ROSSATO; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

Por ser um fenômeno complexo e de grande magnitude, a violência sexual contra indivíduos nessas idades requer um olhar específico do poder público, e uma resposta abrangente, ainda que este não seja capaz unicamente sozinho de sustentar a ausência destas situações por se tratarem de algo extremamente complexo e de grande enfrentamento (BUENO; LOPES, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

O setor da saúde assumiu, a partir do ECA, um mandato social para atuar na prevenção, diagnóstico e notificação de casos de violência, tendo um papel e um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como a orientação às famílias, quando se trata de um serviço que comporta uma equipe multiprofissional formada para esta finalidade (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde e as instituições de ensino estão entre os principais ambientes que podem identificar os primeiros sinais de maus tratos e violência, e portanto atuarem como unidades sentinelas, sendo estes serviços capazes de identificar, investigar e notificar os casos com maior efetividade (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

Considerando assim, que o ECA é um importante norteador de direitos das crianças e adolescentes, e conseqüentemente da família como um todo, já que tal estatuto é incisivo no que tange à proteção e promoção de um desenvolvimento integral que envolve família e o Estado para garanti-lo (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2019) nas instituições é decisivo para a efetividade deste trabalho preventivo, principalmente quando identificado pelos profissionais que se tratam de situações de risco (SANTOS; IPPOLITO, 2009).

Entende-se que é necessário a aplicação de intervenções efetivas, oportunas, e pautadas na garantia de direitos, na promoção, emancipação e autonomia do sujeito cidadão, e que pressupõe ações intersetoriais planejadas e integradas entre os programas

e setores como assistência social, segurança pública, educação e saúde, buscando construir fluxos e processos comuns de trabalho mais efetivos na defesa e proteção das crianças (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

CONCLUSÃO

A identificação do perfil das vítimas e dos prováveis autores da violência é uma das medidas essenciais quando se busca frear a incidência ou diminuir os impactos a saúde das populações em questão. O reconhecimento de crianças e adolescentes do sexo feminino, negras e que possuem entre 10 e 14 anos, e a maior taxa de violência nas regiões norte e sul do país, são características relevantes para os órgãos competentes, comunidade científica e comunidade de maneira geral a fim subsidiar as ações e intervenções sobre os fatores de enfretamento e medidas de prevenção. A caracterização do provável autor da violência como do sexo masculino que possui vínculo com a família sinaliza a importância dos fatores biopsicossociais como norteadores das ações de prevenção e monitoramento da violência sexual.

A vulnerabilidade social possui grande parcela de contribuição para estas situações, assim, reconhecemos a importância do relato e da investigação junto a vítima como ação de prevenção a este problema de saúde pública a nível nacional. Salientamos que a atuação multiprofissional e multidisciplinar na integralidade, somada a ações intersetoriais e fortalecimento de políticas públicas são imprescindíveis na defesa dos direitos da criança e do adolescente.

É fundamental que o atendimento em situação de violência sexual ocorra de forma humanizada, emergencial, integral e multidisciplinar. Diante da complexidade e do impacto na saúde das crianças e adolescentes, considera-se importante promover a sensibilização dos profissionais da saúde e da sociedade visando à eficácia na prevenção, tratamento, reabilitação e na prevenção da revitimização, possibilitando um atendimento que proporcione as necessidades básicas e respeite a dignidade das vítimas, para que possa ser proporcionado um crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil de qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Ministério da Saúde.* [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>.

BRASIL. *Disque Direitos Humanos Relatório 2017.* [S.l.: s.n.], 2017.

BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente - ECA: Lei no. 8.069, de 13 de julho de 1990.* 2019. [S.l.: s.n.], 1990

BRASIL. *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes.* . BRASÍLIA: [s.n.], 2010

BRASIL. *Supremo Tribunal Federal da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil*. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>, 1988

BUENO, André Luis Machado; LOPES, Marta Julia Marques. Mulheres Rurais e Violências: leituras de uma realidade que flerta com a ficção. *Ambiente & Sociedade*, v. 21, 2018

DE SENA, Cláudia Alves; DA SILVA, Maria Arleide; FALBO NETO, Gilliat Hanois. The incidence of sexual violence among children and adolescents in Recife, State of Pernambuco, Brazil, in 2012 and 2013. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1591–1599, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018235.18662016.

FERREIRA, Cleiciara Lúcia Silva; CÔRTEZ, Maria Conceição J.Werneck; GONTIJO, Eliane Dias. Promotion of children's rights and prevention of child abuse. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 3997–4008, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182411.04352018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21–42.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. p. 134, 2006.

ROSSATO, Lucas; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Perfil de atendimentos psicológicos em contextos de violência sexual infantojuvenil: revisão integrativa da literatura. v. 11, n. 3, p. 297–309, 2018. DOI: 10.4013/ctc.2018.113.02.

ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia & saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos; IPPOLITO, Rita. *Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual*. Childhood - Instituto WCF-Brasil: São Paulo: [s.n.], 2009.

SANTOS, Marconi de Jesus *et al.* Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. *Epidemiologia e serviços de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, v. 27, n. 2, p. e2017059, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000200010. .

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 727–732, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000300200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300727.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: Contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saude Publica*, v. 25, n. SUPP 2, p. 205–216, 2009. DOI: 10.1590/s0102-311x2009001400003.

SILVA, Aline Juliana Nunes da; COSTA, Rafaela Rocha da; NASCIMENTO, Arles Monaliza Rodrigues. As implicações dos contextos de vulnerabilidade social no desenvolvimento infantojuvenil: da família à assistência social The implications of the contexts of social vulnerability in child and youth development: from the family to social assistance Las i. v. 14, n. 2, p. 1–17, 2019.

CAPÍTULO 8

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE TRAUMAS MAMILARES NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Data de aceite: 01/04/2021

Beatriz Chagas Rodrigues de Almeida

Lenir Honório Soares

Livia de Keismanas de Ávila

Gislaine Eiko Kuahara Camiá

Geraldo Mota de Carvalho

RESUMO: O objetivo foi identificar as orientações de enfermagem sobre traumas mamilares recebidas pelas mulheres no período gravídico-puerperal. Pesquisa descritiva, exploratória, quantitativa, realizada com 55 puérperas entre agosto e novembro de 2017. Os resultados mostraram que as puérperas tinham em média 27 anos, estavam em união estável, tinham vínculo empregatício e tiveram até duas gestações. Dentre essas puérperas, 62% receberam informações sobre traumas mamilares, sendo que 29% as receberam no pré-natal. Quanto à abordagem, 55% (30) puérperas relataram que foi sobre a prevenção e 49% (27) sobre o tratamento. As orientações sobre traumas mamilares, ainda são pouco exploradas durante o período gravídico-puerperal, assim, podemos inferir que a assistência nesta fase sobre esta temática ainda é deficiente, não valorizando as demandas dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto, Assistência pré-natal, Amamentação.

NURSING GUIDELINES ON NIPPLE TRAUMAS IN THE PREGNANCY-PUERPERAL PERIOD

ABSTRACT: The objective was to identify the nursing guidelines on nipple trauma received by women in the pregnancy-puerperal period. Descriptive, exploratory, quantitative study, carried out with 55 postpartum women between August and November 2017. The results showed that the puerperal women were on average 27 years old, were in a stable union, had an employment relationship and had up to two pregnancies. Among these puerperal women, 62% received information about nipple trauma, and 29% received it during prenatal care. As for the approach, 55% (30) mothers reported that it was about prevention and 49% (27) about treatment. The guidelines on nipple trauma are still little explored during the pregnancy-puerperal period, so we can infer that assistance at this stage on this topic is still deficient, not valuing the demands of these women.

KEYWORDS: Postpartum period, Prenatal care, Breast-feeding.

INTRODUÇÃO

O trauma mamilar é causa comum para o abandono do aleitamento materno, por ocasionar dor e desconforto às puérperas. Estima-se que entre 80% e 96% das mulheres experimentaram algum grau de dor nos mamilos na primeira semana após o parto. Dentre os fatores associados e identificados, destacam-se a primiparidade, a ausência do companheiro,

as mamas túrgidas e/ou ingurgitadas, os mamilos semiprotrusos e/ou malformados e despigmentados e a preensão e posicionamento inadequados do neonato⁽¹⁾.

Na sociedade moderna, as mulheres apresentam dificuldades em obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais, como o aprendizado com mulheres que tiveram essa experiência na família, foram perdidas à medida que as famílias ampliadas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Assim, muitas mulheres tornam-se mães com pouca ou nenhuma habilidade na amamentação, as deixando vulneráveis para apresentarem dificuldades neste processo ⁽²⁾.

A lesão de mamilo induzida pela amamentação tem particularidade única, pois é potencialmente recorrente, causando distúrbios intermitentes para o tecido cutâneo, com subsequente redução da taxa de epitelização e demora na cicatrização, quando comparado a outros tipos de lesões. A causa básica da lesão de mamilo é uma alteração no padrão de sucção do recém-nascido, sendo este inadequado, que pode ser provocado por presença de ingurgitamento mamário, o que indica a necessidade de acompanhamento mais amigável da puérpera, desde a primeira vez em que amamenta o seu filho e no decorrer do seu período de internação, buscando detectar e resolver precocemente sinais de intercorrências na amamentação, evitando que esta se torne um obstáculo à manutenção da lactação ⁽³⁾.

O período que segue a primeira semana pós-parto é considerado crítico em caso de trauma mamilar. É nessa fase que se percebe que ocorrem as adaptações maternas e do recém-nascido, em que havendo melhora de adequação da sucção é possível se promover melhores condições para cicatrização mamilar, preservação futura dos mamilos e minimização dos desconfortos para a mulher ⁽³⁾.

O conhecimento dos fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilo permite a observação da necessidade de orientação desde o pré-natal, momento propício e valorizado pelas mulheres, quanto aos aspectos referentes às propriedades do leite materno, técnica de amamentação, indicando a necessidade de redobrada atenção para as mulheres primíparas⁽³⁾.

Frente ao exposto, observa-se que o enfermeiro tem atuação importante na prevenção e manejo dessas dificuldades e por isso, este estudo teve como objetivo avaliar as orientações de enfermagem recebidas pelas mulheres sobre traumas mamilares durante o período gravídico-puerperal.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado na unidade de Alojamento Conjunto da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo (ISCMSp) na cidade de São Paulo/SP.

A amostra foi constituída por 55 puérperas internadas entre agosto e novembro de 2017, com idade igual ou maior de dezoito anos e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas as puérperas impossibilitadas de amamentar, aquelas cujo recém-nascido (RN) não estava em aleitamento materno, puérperas com o RN internado na UTI e aquelas que receberam alta hospitalar e que o RN permaneceu internado.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo, sob o número de parecer 2.061.633 e CAAE:68040217.5.0000.5479.

A coleta de dados aconteceu durante a internação das puérperas, no período descrito, de segunda à sexta-feira. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário elaborado pelos autores, contendo 19 questões de múltipla escolha, com transcrição das respostas na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das 55 puérperas foi de 27 anos, sendo que 24% (13) com idade entre 30 a 33 anos; 45% (25) em união estável; 53% (29) empregadas; 40% (22) com ensino médio completo; 49% (27) naturais de São Paulo; 55% (30) uma a duas gestações e 60% (33) de um a dois filhos vivos. 98% (54) das puérperas realizaram o pré-natal na última gestação; 41% (22) das mulheres que realizaram o pré-natal frequentaram de seis a dez consultas, destas 54% (33) realizaram a consulta com médico e enfermeiro.

De acordo com Aldrighi⁽⁵⁾, o adiamento da maternidade se configura como um fenômeno mundial e, nos últimos 30 anos, embora os índices de nascimento estejam decrescendo, a média de idade materna aumenta progressivamente. Inúmeros fatores contribuem para isso, como maior inserção da mulher no mercado de trabalho, crescimento das oportunidades na educação e na carreira da mulher, o desenvolvimento da medicina reprodutiva no que tange ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos.

As gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez o que torna a gestação de alto risco⁽⁶⁾.

Dentre as puérperas entrevistadas, 45% (25) disseram manter união estável, resultados similares ao de Nogueira⁽⁸⁾, nos quais a maioria (85,9%) vivia em regime de união consensual com seus companheiros, entidade familiar reconhecida pela Constituição Federal, portanto, abrange tanto os relacionamentos estáveis entre pessoas que se dedicam inteiramente uma à outra, em convivência íntegra, quanto aqueles reprováveis e ofensivos, como os que importam a quebra do dever matrimonial de fidelidade^(7,8).

Neste estudo, 53% (29) das puérperas desempenhavam tarefas remuneradas, sendo que 68% destas referiram trabalhar entre sete e nove horas por dia. Outros autores identificaram que a prevalência de amamentação exclusiva foi de 22,4% entre menores de quatro meses e foi significativamente maior entre as mães que trabalhavam fora e que tiveram licença maternidade, pois tinham emprego formal^(8,10).

Identificamos que 40% (22) das puérperas completaram o ensino médio. A relação entre a escolaridade materna e o tempo de amamentação é um tema complexo na literatura científica. Embora não haja evidências na associação entre essas variáveis, os autores acreditam haver alguma influência. Diversos estudos demonstraram a relação negativa entre o tempo de escolaridade materna e a duração do aleitamento nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, mães com maior nível de escolaridade tendem a amamentar por mais tempo, porém, o estudo de Giugliani⁽²⁾, realizado em Porto Alegre, constatou que, embora habitando em um país em desenvolvimento, as mães seguiam o modelo dos países desenvolvidos, ou seja, aquelas com maior nível de escolaridade amamentaram por mais tempo^(2, 9).

Ao analisar o histórico obstétrico das entrevistas observou-se que 55% (30) tiveram de uma a duas gestações e as outras 25 puérperas (45%), três ou mais gestações; 60% (33) com um a dois filhos/vivos. Souza et al⁽¹⁰⁾ descreve que o decréscimo da taxa de fecundidade total no Brasil pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho e instabilidade de emprego⁽¹⁰⁾.

Nos dias atuais, muitas mulheres postergam a maternidade por esperar maiores chances de condições socioeconômicas e psicológicas favoráveis. Entretanto, ao colocar como prioridade a qualificação e crescimento profissional, é frequente que muitas delas acabem não se dispondo a arcar com o trabalho de ter filhos posteriormente, em detrimento de sua vida profissional^(10, 11).

Outras explicações para o desejo de ter poucos filhos ou não tê-los são as razões socioeconômicas: as dificuldades materiais de sobrevivência e o desejo de oferecer aos filhos uma vida melhor⁽¹²⁾.

Quanto às consultas de pré-natal, 98% (54) das mulheres realizaram, destas 65% (35 das 54) realizaram de seis ou mais consultas. Isso atende a recomendação do Ministério da Saúde, que refere que o total de consultas deverá ser no mínimo, de seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal⁽¹³⁾.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem⁽¹⁵⁾, o pré-natal de risco habitual pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira. O enfermeiro possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de risco habitual, e espera-se que este realize o acompanhamento e a assistência à população de gestantes⁽⁴⁾.

Na amostra selecionada, 61% das puérperas (33 das 54) realizaram consulta com médico e enfermeiro, Landerdahl et al ⁽¹⁴⁾ ressaltou em seu estudo que as participantes associam a atenção pré-natal a um momento educativo, sentem-se satisfeitas em relação à qualidade da consulta, no sentido de acolhimento, respeito e compromisso que os envolvidos com a atividade reservam a elas, compreendem as orientações compartilhadas nas consultas de enfermagem e sentem-se à vontade para solicitar maiores explicações, o que evidencia a interação e confiança estabelecidas e se consideram apoiadas na relação com a enfermeira e com os acadêmicos de enfermagem. Por outro lado, apontaram a necessidade de maior privacidade nas consultas e solicitam que o pré-natal seja acompanhado pelo mesmo profissional⁽¹⁴⁾.

Em relação às orientações recebidas sobre amamentação, 64% (35 das 55) das puérperas foram orientadas sobre como amamentar (pega correta do bebê no mamilo e aréola, posicionamento da criança para a mamada) e 83% (29 das 35) dessas orientações, foram recebidas na maternidade.

Demitto et al ⁽¹⁶⁾ mostrou que apenas 17% das mulheres haviam recebido orientação no pré-natal sobre amamentação. Revelou ainda uma incidência de lesões mamilares na maternidade de 43%. Tais resultados reforçam a importância da orientação à mulher sobre como amamentar seu filho, na gestação, de forma a evitar o aparecimento de problemas que poderão ser além de dolorosos, motivos de interrupção do aleitamento materno.

Outra pesquisa desenvolvida em Assunção, Paraguai, em 2002, revelou que é preocupante a elevada prevalência de oportunidades perdidas durante o pré-natal para se orientar sobre os cuidados com as mamas e os benefícios do aleitamento materno, o que pode ser observado no puerpério face às dificuldades no manejo da amamentação⁽¹⁶⁾.

Quando questionadas sobre traumas mamilares, 62% das entrevistadas responderam ter recebido alguma informação sobre esta condição e 50% (17) dessas 34 puérperas, receberam essas informações na maternidade e as outras 50% disseram ter recebido essas informações no pré-natal, sites de *internet*, livros e revistas. Porém, ao especificarmos as orientações, obtivemos que, de um total de 153 informações citadas pelas puérperas, 54% (83 das 153 informações) foram passadas durante o pré-natal. De acordo com os resultados de Vieira⁽¹⁷⁾, tais orientações mostram que a educação para a amamentação no pré-natal deve ser realmente efetiva no sentido de favorecer a segurança e conhecimento da mulher em relação à amamentação durante o pós-parto ⁽¹⁷⁾.

Dentre as informações recebidas, 77% (23 das 30 puérperas que receberam informações de prevenção do trauma mamilar) relataram que a posição correta do bebê ao mamar previnem fissuras de mamilos, a mesma taxa (77%) se deu para a pega correta da região mamilo-areolar, assim como no trabalho de Urasaki et al ⁽¹⁸⁾ onde 28,3% das puérperas citaram que as principais causas de trauma mamilar, são: pega incorreta desta região pelo bebê e 13% relataram forte sucção do bebê no mamilo, porém nenhuma

participante relatou a relação do trauma com o posicionamento do bebê durante as mamadas⁽¹⁸⁾.

A literatura científica mostra que a preensão correta é uma medida fundamental a ser adotada na prevenção e no tratamento das lesões mamilares, visto que é reconhecida como a causa maior para a ocorrência dos traumas mamilares⁽¹⁸⁾.

A preensão correta da região mamilo-areolar pelo bebê é considerada quando atende ao menos quatro dos cinco dos seguintes critérios: boca bem aberta, abocanhamento de todo mamilo e boa parte da aréola; língua no assoalho da boca; lábio inferior com projeção para fora; o queixo tocando a mama e o lactente sustentando a pega da aréola⁽¹⁷⁾.

A sucção do bebê e os movimentos de mandíbula, língua e lábios realizados ao longo das frequentes mamadas promovem movimento, compressão e extensão mamilar. Esse processo pode ocasionar dor e dano ao tecido mamilar e, quando a pega está incorreta, há maior força de pressão intraoral do bebê, ocasionando numa maior extensão deste tecido⁽¹⁸⁾.

O posicionamento apropriado envolve: puérpera relaxada e lactente confortável, cabeça e corpo do lactente alinhados, corpo do lactente voltado lateralmente e próximo ao da nutriz e quadril do lactente apoiado. Enquanto que o desfavorável envolve: nutriz com ombrostensos e inclinada sobre o lactente, lactente com o pescoço e cabeça virados para a mama, corpo do lactente distante da mãe e apenas ombros ou cabeça apoiados⁽¹⁷⁾.

Em relação ao tratamento, 49% (27 das 55 puérperas) receberam orientações de tratamento de traumas mamilares, sendo que, 82% (22 das 27 que receberam informações) foram orientadas a “passar o próprio colostro/leite no mamilo” para tratar as fissuras. Resultados similares ao de Montrone et al⁽¹⁹⁾ no qual a conduta mais adotada para a resolução dos traumas mamilares foi a utilização do próprio leite materno na região mamilo-areolar (55%)⁽¹⁹⁾.

Das 27 mulheres (49%), que receberam orientações sobre o tratamento dos traumas mamilares, 82% (22 das 27) disseram passar o próprio leite no mamilo e que ele é eficaz para a recuperação do tecido lesado; 48% (13) foram orientadas a aplicar pomada à base de lanolina anidra e 4% (10) expor as mamas ao sol.

De acordo com Giugliani⁽²⁾, existem duas categorias de tratamento para acelerar a cicatrização dos traumas mamilares: tratamento seco e tratamento úmido. O tratamento seco de fissuras mamilares (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), não tem sido mais recomendado porque se acredita que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas. Por isso, atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das fissuras (com o uso do próprio leite materno, cremes e óleos apropriados). O objetivo do uso do colostro/leite seria formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme, essa conduta tem sido recomendada devido às propriedades anti-infecciosas da secreção láctea, que ajuda a prevenir mastite, uma importante complicação das lesões mamilares⁽²⁾.

CONCLUSÕES

As puérperas receberam orientações sobre aleitamento materno e complicações, como os traumas mamilares em algum momento do ciclo gravídico-puerperal, sendo que a maioria foi no alojamento conjunto/maternidade e apenas um terço no período pré-natal.

Ao analisar os resultados, identificou-se que as orientações sobre a amamentação, incluindo os problemas mamários, são pouco exploradas durante o atendimento pré-natal, desta forma podemos inferir que a assistência neste período se restringe às queixas/situações que interferem na gestação, pouco valorizando as demandas das mulheres sobre esta temática.

Contudo, ao depararmos com o déficit de orientações sobre o aleitamento materno e suas dificuldades, foram propostas atividades educativas sobre o tema, reforçando as informações oferecidas pela Caderneta da Gestante e por outras publicações do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1.Cervellini M, Gamba M, Coca K, Abrão A. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar para um conhecido problema. Rev. esc. enferm. USP. abr. 2014; 48(2):346-5.
- 2.Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J. Pediatr. Rio de Janeiro. Nov 2004; 80(5):147-54.
- 3.Shimoda GT, Silva IA, Santos JLF. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrízes. Revbrasenferm. Out 2005; 58(5):529-534.
4. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc. Anna Nery. Mar 2009; 13(1): 145-153.
- 5.Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK, Cancela FZV. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. Rev. esc. enferm. USP. Jun 2016; 50(3):512-21.
- 6.Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde: departamento de ações programáticas estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. [Online]. Brasília: MS; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.
- 7.Xavier FD. A família e a união estável. In: Xavier FD. União estável e casamento: A impossibilidade de equiparação à luz dos princípios da igualdade e da liberdade. Brasília: Escola de Administração Judiciária – TJDF. 2015; p. 21-78. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/escola-de-administracao-judiciaria/plano-instrucional/e-books/e-books-pdf/união-estavel-e-casamento>
- 8.Nogueira CMR. Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa - Horizonte - Ceará [Internet]. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2009; 59p. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25623.pdf>.

9. Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* Dez 2002;2(3): 253-261.
10. Souza LGSCN, Oliveira-Filho EC. Causas e consequências da redução da taxa de fecundidade no Brasil [Internet]. [Dissertação]. Brasília: Centro Universitário de Brasília. 2016; 15p.
11. Guedes MC. Mulheres de alta escolaridade: repensando a relação entre maternidade e mundo do trabalho. In: 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2008; Caxambú – MG. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1725/1685>
12. Lima LC. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? *Rev. bras. estud. popul.* Jun 2010; 27(1):211-26 .
13. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde (Departamento de Atenção Básica). Caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 318p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
14. Landerdahl MC, Ressel LB, Badineli MF, Bharegaray CF, Oliveira GM. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2007; 11(1):105-11.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde; 2000.66p.
16. Demitto MO, Silva TC, Paschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rene.* 2010; 11(esp):223-29.
17. Vieira F. Efeito da lanolina anidra comparado ao leite materno combinado à concha de proteção para tratamento da dor e do trauma mamilar em lactantes: ensaio clínico randomizado [Internet]. [Tese de doutorado em enfermagem]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás. 2013;172p. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2013/52001016023P7/TES.PDF>
18. Urasaki MBM, Teixeira CI, Cervellini MP. Trauma mamilar: cuidados adotados por mulheres no pós-parto. *Estima.* São Paulo, 2017;15(1):26-34.
19. Montrone AVG, Arantes CIS, Nassar ACS, Zanon T. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. *Rev. APS.* 2006; 9(2):168-74.

CAPÍTULO 9

CUIDADO DE ENFERMAGEM NOS ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO: REFLEXÃO SOB A ÓTICA DE LEONARDO BOFF

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 06/02/2021

Maurícia Lino Miranda

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA
<http://lattes.cnpq.br/1642675301564406>

Nayara Carvalho Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA
<http://lattes.cnpq.br/5338071185271467>

Carla Daiane Costa Dutra

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA
<http://lattes.cnpq.br/1552239035937622>

Michelle Araújo Moreira

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

Fabiola Pereira Paixão Farias

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA
<http://lattes.cnpq.br/2189297740130177>

Alba Benemérta Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA
<http://lattes.cnpq.br/4515220905572869>

Vitória Solange Coelho Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus-BA
<http://lattes.cnpq.br/0990125907673738>

RESUMO: Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, que objetivou desenvolver uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem às mulheres na fase puerperal, especialmente voltada para os aspectos psicoemocionais, a partir da ótica de Leonardo Boff, tendo como base a perspectiva de cuidado trazida pelo autor. Foram trazidos aspectos relacionados a relação entre o cuidador e o receptor do cuidado, através do acolhimento, paciência, perseverança e amor. Evidenciou-se o cuidado de si e do outro desenvolvido pela Enfermagem e família, especialmente no que tange as dimensões biológicas, sociais e psicoemocionais do puerpério, fase de vulnerabilidade feminina.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Puerpério, Sentimentos.

NURSING CARE ON PSYCHOEMOTIONAL ASPECTS OF THE PUERPERIUM: REFLECTION FROM THE PERSPECTIVE OF LEONARDO BOFF

ABSTRACT: This is a theoretical-reflective study, which aimed to develop a reflection on nursing care for women in the puerperal phase, especially focused on psycho-emotional aspects, from the perspective of Leonardo Boff, based on the perspective of care brought by author. Aspects related to the relationship between the caregiver and the care receiver were brought up, through welcoming, patience, perseverance and love. The care of the self and the other developed by Nursing and family was evidenced, especially with regard to the biological, social and psycho-emotional dimensions of the puerperium, a phase of female vulnerability.

KEYWORDS: Nursing, Postpartum period, Emotions.

1 | INTRODUÇÃO

No contexto da saúde pública brasileira e com a perspectiva de promover uma assistência mais humanizada, foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), que teve o acolhimento como uma de suas diretrizes, ali compreendido como o reconhecimento das legítimas e singulares necessidades de saúde do outro, o qual se constrói de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, com o objetivo de estabelecer relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013).

Nesse intuito, o Ministério da Saúde (MS) ressalta a necessidade de uma escuta qualificada pelos trabalhadores das necessidades do usuário, para garantia do acesso oportuno às tecnologias adequadas às suas necessidades, promovendo a ampliação da efetividade das práticas de saúde, o que pode assegurar o atendimento prioritário, a partir da avaliação de aspectos como a vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi criada com a proposta de promover a implementação de ações voltadas à garantia de uma assistência qualificada, humanizada e capaz de reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis e preveníveis. Assim, apresenta como princípios norteadores a promoção da saúde e integralidade, especialmente no que concerne à atenção no ciclo gravídico-puerperal, no planejamento familiar e nas ações de enfrentamento à violência sexual e doméstica (BRASIL, 2009).

Posteriormente, o MS instituiu a Rede Cegonha, com o propósito de garantir o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de promover a garantia do nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis para a criança (BRASIL, 2011).

Com a criação dessas políticas, buscou-se a garantia do acesso das mulheres a uma assistência humanizada e resolutiva, que atendesse de forma satisfatória e oportuna às suas demandas de saúde, as quais se apresentam de forma muito peculiares.

Isso se deve ao fato de que uma gestação vem imbuída de inúmeras expectativas, de modo que o cuidado de si nem sempre acontece e a gestante tem como principal objetivo garantir que o seu conceito se desenvolva de forma saudável em seu útero e venha a nascer em boas condições de saúde, o que reduz o cuidar de si em prol do cuidado do outro.

Além das transformações biológicas decorrentes do ciclo gravídico-puerperal, ocorrem ainda mudanças sociais, psicológicas e emocionais, as quais interferem na organização de toda a estrutura familiar, em suas relações sociais, dentre outros aspectos (MAZZO et al., 2018).

No contexto da assistência perinatal, a violência obstétrica ainda se constitui como uma triste realidade no Brasil, contribuindo para a ocorrência de intenso sofrimento

psicológico, podendo desencadear desordens psicoemocionais no puerpério (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, o MS define como puerpério o período que se inicia imediatamente após o parto e dura em média, cerca de seis semanas após, podendo ocorrer uma variação na duração desse período entre as mulheres. Tais variações decorrem de mudanças de cunho anatômico e fisiológico no organismo da mulher, ao mesmo tempo em que eclodem diversas outras questões no âmbito psicossocial (BRASIL, 2016).

Desse modo, as necessidades de cuidado à mulher no puerpério transcendem a dimensão biológica. Faz-se necessário o desenvolvimento de uma percepção quanto aos aspectos psicológicos e emocionais intrínsecos a esta nova condição.

É nesse contexto que se observa a importância do desenvolvimento de estudos que abordem o “cuidado de si” no puerpério, dentro da perspectiva do cuidado não somente do corpo físico, mas principalmente da esfera psicossocial e emocional da mulher.

Diante dessa lacuna do conhecimento, surgiram os seguintes questionamentos: quais os cuidados de enfermagem necessários para o adequado suporte psicoemocional às mulheres na fase puerperal? Como esses cuidados de enfermagem podem contribuir para a promoção de bem-estar para a mulher nesse período?

Nesse contexto, o presente estudo teve o objetivo de desenvolver uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem às mulheres na fase puerperal, especialmente voltada para os aspectos psicoemocionais, a partir da ótica de Leonardo Boff.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo. Inicialmente, foi realizada busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os seguintes descritores e operadores booleanos: puerpério AND enfermagem AND sentimentos. Foram selecionadas as publicações entre 2015 e 2019, os quais foram encontrados 16 artigos (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS: 9, BDEFN: 6, Coleção SUS: 1), nos idiomas Português (11) e inglês (5).

Foram definidos como critérios de inclusão: textos que versassem sobre o tema escolhido. E os critérios de exclusão: textos que não discorressem sobre o tema e/ou textos duplicados.

Desse modo, após criteriosa leitura dos resumos foram excluídos 10 artigos por não discorrerem sobre o tema e 01 artigo duplicado. Foram selecionados ao final 5 artigos (03 BDEFN, 02 LILACS)

Considerando o pequeno quantitativo de artigos encontrados, buscou-se ampliar a pesquisa e através de uma nova busca, utilizando os mesmos descritores isoladamente, na base de dados Google Scholar. Após leitura dos resumos, utilizando-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados mais 08 artigos, correspondendo a um total de 13 artigos encontrados.

Por fim, realizou-se uma análise mais aprofundada dos artigos a partir da percepção de cuidado segundo a ótica de Leonardo Boff. A partir dessa análise, o estudo foi dividido em duas categorias, que abordaram os seguintes tópicos: “Cuidado de Enfermagem nos aspectos psicoemocionais no puerpério” e “A perspectiva do cuidado sob a ótica de Leonardo Boff”.

3 | CUIDADO DE ENFERMAGEM NOS ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS NO PUERPÉRIO

Com a vulnerabilidade associada ao puerpério, é importante pensar na necessidade de comprometimento na atuação do profissional de saúde na avaliação e cuidado dispensado à mulher, criança e família (ANDRADE et al., 2015).

Nesse contexto, a boa prática não se resume apenas ao saber fazer, ou seja, execução de técnicas e procedimentos. A interlocução entre o profissional cuidador e o receptor do cuidado possibilita uma maior compreensão sobre o cenário e as necessidades ali presentes.

O acolhimento mediante escuta qualificada possibilita a identificação das demandas da puérpera e da sua família, orientando o direcionamento do cuidado a ser prestado. Nessa perspectiva, Almeida e Silva (2008) afirmam que a diminuição de complicações, o conforto físico e emocional, as orientações educativas são cuidados de enfermagem imprescindíveis para o pleno exercício da maternidade nesse período.

No que se refere aos cuidados físicos, a atuação da(o) enfermeira(o) está centrada na observação de alguns pontos específicos como a avaliação das mamas e mamilos, investigação de hemorragias, exame do abdome e genitália, bem como a busca por sinais sugestivos de infecção puerperal. As intervenções e orientações são executadas e/ou prescritas em conformidade com os problemas de saúde identificados (BRASIL, 2016).

No entanto, tão importante quanto a avaliação das condições físicas da puérpera é a identificação de distúrbios de ordem psicológica, social e emocional. Segundo o MS, o pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos (BRASIL, 2016).

Assim, faz-se necessário o fornecimento de apoio à puérpera, considerando as possíveis frustrações decorrentes das expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida. Vale ressaltar que, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se apresenta nesse momento (BRASIL, 2016).

A maternidade se efetiva mediante um processo de interação, onde se revelam sentimentos que regem a relação mãe-filho, na qual a expectativa de suprir as necessidades do recém-nascido induz à atribuição de menor importância às suas necessidades enquanto mulher (SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015).

Cumpra salientar que a maternidade representa muito mais que um evento biológico e reprodutivo, acarretando em mudanças no estilo de vida da mulher, interferindo no seu bem-estar, inclusive na sua relação com seu cônjuge, deixando-a susceptível a alterações físicas e emocionais (MAZZO et al., 2018).

Diante disso, os cuidados de enfermagem nesse período necessitam estar voltados não apenas ao recém-nascido, devendo ser ampliados na perspectiva de compreender as necessidades femininas enquanto mãe, esposa e mulher. Assim, busca-se fornecer o apoio emocional, físico, bem como orientar no que se refere à educação em saúde (SANTOS; MAZZO; BRITO, 2015).

Acerca dos transtornos mentais associados ao puerpério, Campos e Rodrigues (2015) discorrem que as transformações psíquicas podem ser variadas, a exemplo do baby blues, depressão pós-parto e psicose pós-parto.

Embora as mulheres busquem nos familiares os recursos para o seu cuidado, muitas vezes tais recursos são contrários aos oferecidos e orientados pelos profissionais de saúde. Isso ocorre em decorrência do desconhecimento pelos profissionais sobre o contexto familiar e as experiências vivenciadas pela puérpera (MAZZO et al., 2018).

Desse modo, as ações de educação em saúde devem ser direcionadas à mulher e sua família. As orientações quanto ao puerpério apresentam uma maior efetividade quando iniciadas ainda no pré-natal, extensivas aos familiares. Devem abordar os cuidados ao recém-nascido, amamentação, o cuidado de si, inter-relação familiar e articulação de rede de apoio (MAZZO et al., 2018).

Os familiares necessitam compreender que podem ocorrer, ainda, desordens de cunho psicoemocional, ocasionando possíveis riscos para a saúde da puérpera. Tal entendimento auxilia a evitar julgamentos ou descaso.

Quanto às desordens psicoemocionais no puerpério, a(o) enfermeira(o) precisa desenvolver suas habilidades no sentido de identificá-las precocemente. Compete a este profissional, ainda, intervir de maneira adequada e oportuna, realizar os encaminhamentos necessários e fornecer o apoio emocional à puérpera e família, no sentido de promover o fortalecimento de vínculos entre o binômio mãe-bebê e estimular o autocuidado.

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais estejam aptos a ofertar um cuidado de forma segura e humanizada, ultrapassando o fazer cotidiano e fisiológico. Essa preocupação necessita ser iniciada na formação acadêmica, abordando não apenas os aspectos biológicos, mas também valorizando a subjetividade envolvida nesse processo (DEMARCHI et al., 2017).

Quanto à humanização da assistência no puerpério, Cassiano et al. (2015), afirmam que vivenciá-lo implica em entender que se trata de uma fase com mudanças físicas e emocionais e, para tanto, desenvolver a autonomia do cuidado de si e do outro é fundamental.

Tais habilidades necessitam estar presentes na(o)s enfermeira(o)s que atuam nos mais diversos espaços e pontos de atendimento da rede de atenção à saúde da mulher, perpassando pelo âmbito hospitalar, atenção básica e demais serviços de saúde.

4 | A PERSPECTIVA DO CUIDADO SOB A ÓTICA DE LEONARDO BOFF

Leonardo Genésio Darci Boff: teólogo, escritor e professor brasileiro, um dos maiores representantes da Teologia da Libertação, corrente progressista da Igreja Católica, nasceu em Concórdia, Santa Catarina, no dia 14 de dezembro de 1938. Filho de professor, graduou-se em Teologia no Instituto dos Franciscanos de Petrópolis do Rio de Janeiro. Doutorou-se em Filosofia e Teologia pela Universidade de Munique, na Alemanha, em 1970. É autor de mais de 60 livros nas áreas de teologia, ecologia, espiritualidade, filosofia, antropologia e mística. Suas obras estão traduzidas para os principais idiomas modernos.

Para Boff (2014), cuidar é parte da essência humana, sendo expresso em dois movimentos: a vontade de cuidar e a necessidade de ser cuidado. Este cuidado deve abranger o cuidado de si, do outro e do planeta – numa abordagem ecológica, do homem como parte da natureza, permeando aspectos éticos e da espiritualidade.

Segundo Boff (2014), o cuidado se encontra no cerne do ser humano. Desse modo, qualquer coisa que este venha a fazer sempre virá acompanhada e imbuída de cuidado. O cuidado constitui-se em algo maior que um ato: é uma atitude. Assim, o cuidado há de estar presente em tudo.

Boff (2012) traz o cuidado como a ética natural dos profissionais de saúde, os quais vivem o cuidado essencial ligado de forma direta à sua atividade laboral. Trata-se, pois, de uma atitude e envolvimento com o processo de tratamento e cura dos indivíduos submetidos ao seu cuidado.

Portanto, o cuidado é uma característica essencial do ser humano, sem a qual ele perde a sua identidade, de modo que “o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano” (BOFF, 2014).

Em uma mesma escala, o ser humano é dotado das necessidades: cuidar e ser cuidado. Assim, torna-se fundamental receber cuidado e desenvolver o cuidado de si de modo a evoluir como ser humano (BOFF, 2014).

Acerca do cuidado de si mesmo, Boff (2012) afirma que é amar-se, acolher-se, reconhecer nossa vulnerabilidade, saber perdoar-se e desenvolver a resiliência, a qual define como a capacidade de aprender com os erros e contradições e, assim, dar a volta por cima.

Assim, o envolvimento da família desde o acompanhamento pré-natal tende a prevenir o sofrimento emocional e, por conseguinte, a possibilidade de suicídio materno.

Nessa perspectiva, Boff (2014) diz que o cuidado envolve paciência, perseverança, convivência, amor e afeto. Nessa dimensão do cuidado do outro, a família desempenha papel fundamental na proteção à mulher. Ao contribuir com um ambiente saudável, são minimizadas as chances de sofrimentos psicoemocionais.

Boff (2014) traz ainda que o cuidado na dimensão com a Terra é representado como global, enquanto o cuidado com o próprio nicho ecológico representa o local. Defende que a partir da lógica do coração, o ser humano deve ter é a capacidade de encontrar a justa medida e construir o equilíbrio dinâmico.

Considerando a interação entre a enfermagem e a conceituação de Boff sobre o cuidado, pode-se inferir que ao profissional da saúde não cabem apenas os aspectos técnicos, científicos, fisiológicos, farmacológicos e tecnológicos no manejo com a gestante. A(o) enfermeira(o) deve estar munida(o), também, de um componente bio/psico/social/espiritual, ou seja, deve olhar a pessoa cuidada como um ser integral, inserido em uma sociedade com características próprias de acolhimento e expectativas e em uma família que pode amparar ou não os sentimentos confusos inerentes ao momento do puerpério.

Da mesma forma que a mãe necessita cuidar do seu recém-nascido, essa mesma mãe necessita e merece ser cuidada por parte da parceria, familiares, colegas e dos profissionais da saúde envolvidos no processo – médica(o)s, enfermeira(o)s, doulas, etc.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, conclui-se que o período puerperal, devido às suas peculiaridades, demanda da(o) enfermeira(o) um olhar diferenciado e sensível também às questões psicoemocionais.

Nesse contexto, é de extrema importância sua atuação no sentido de criar um ambiente propício ao cuidado, seja o cuidado do outro (da mãe para com o bebê) bem como o cuidado de si (autocuidado da puérpera), contribuindo para o fortalecimento da relação mãe-bebê e de sua autoestima.

As concepções trazidas por Boff permitem a construção de uma nova perspectiva do cuidar para a Enfermagem, na medida em que possibilitam a ampliação do conceito de cuidado, abordando as dimensões micro e macro, agregando humanização à assistência prestada.

Desse modo, esse entendimento amplia o olhar da(o) enfermeira(o) acerca de valores mais subjetivos e profundos, permitindo a formação de cuidadores mais humanos e empáticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm da USP**, v. 42, n. 2, p. 347-54, 2008.

ANDRADE, R. D et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 19, n. 1, p. 181-6, 2015.

BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): MS, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS**. 1. ed. Brasília (DF): MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília (DF): MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 24, de 16 de maio de 2019**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2020.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-92, 2015.

DEMARCHI, R. F et al. Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2663-73, 2017.

CASSIANO, A. N et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2051-60, 2015.

MAZZO, M. H. S. N et al. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 20, n. 2, 2018.

SANTOS, F. A. P. S.; MAZZO, M. H. S. N; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, supl. 2, p. 858-63, 2015.

CAPÍTULO 10

DIA MUNICIPAL INSTITUÍDO PARA A INFORMAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A ENDOMETRIOSE EM UMA CIDADE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 08/02/2021

Simone Souza de Freitas

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Ana Maria de oliveira

Graduação em enfermagem pelo Centro Universitário Mário Pontes Jucá - UMJ. Maceió. AL, Brasil
<https://www.cnpq.br/4936230080533134>

Carollyne Bianca Burégio de Almeida Ribeiro

Enfermeira pelo Centro Universitário dos Guararapes, UNIFG, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9750995827950885>

Dhayana Wellin Silva de Araújo

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/5918115318212078>

Elizangela Ferreira da Silva

Enfermeira pela Faculdade Pernambucana de Saúde– FPS. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0122511469083561>

Lindenberg Nicodemos de Oliveira

Enfermeiro pelo Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0121367745063632>

Maria da Conceição de Oliveira Pinheiro

Psicóloga pela Faculdade Frassinetti do Recife - FAFIRE. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7858846787432539>

Matheus Lucas Vieira do Nascimento

Sanitarista pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5785367121912414>

Maria Cecilia Guimarães da Silva

Enfermeira pelo Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU. Recife, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/6784411823538583>

Roberto Antônio do Nascimento

Enfermeiro pela Faculdade de Tecnologia Gestão e Marketing, FGM/IBGM, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2818003543200352>

Renata Perazzo de Carvalho

Enfermeiro pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Olinda – FUNESO- Olinda, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2746615759480837>

Shelma Feitosa dos Santos

Enfermeira pela Faculdade de Ensino Superior de Florianópolis – FAESF. Florianópolis, PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3645752650123063>

Sonia Maria da Silva

Enfermeira pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2831582738753800>

RESUMO: Introdução: A endometriose é uma doença de caráter crônico e passou a ser vista como um dos grandes problemas de saúde da mulher. Caracteriza-se pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina. **Objetivo:** analisar a literatura a respeito da endometriose como problema de saúde pública, bem como apresentar a lei instituída na cidade do Recife. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir da busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados: PubMed. Os seguintes descritores foram utilizados: endometriose, diagnóstico. Ao final das buscas, 10 publicações atenderam aos critérios de elegibilidade e foram selecionadas para compor o estudo. **Resultados:** a lei instituída na cidade do Recife trouxe grandes avanços na perspectiva de proporcionar debates sobre a assistência as mulheres acometidas de Endometriose, assim como buscar a inclusão do município do Recife no movimento chamado “Endomarcha Mundial da Endometriose” e promover o reconhecimento da Endometriose como problema social de saúde pública. **Conclusão:** ressalta-se, com este estudo, a relevância de se considerar o dia 30 de março de cada ano na cidade do Recife como um marco conquistado pelas mulheres portadoras da doença em busca de melhorias na assistência em prol do diagnóstico precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Endometriose, diagnóstico, saúde da mulher.

MUNICIPAL DAY INSTITUTED FOR INFORMATION AND AWARENESS ON ENDOMETRIOSIS IN A CITY IN THE STATE OF PERNAMBUCO. AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Endometriosis is a chronic disease and has come to be seen as one of the major health problems of women. It is characterized by the presence of functional endometrial tissue outside the uterine cavity. **Objective:** to analyze the literature on endometriosis as a public health problem, as well as to present the law instituted in the city of Recife. **Methodology:** this is an integrative literature review, carried out based on the search for scientific publications indexed in the databases: PubMed. The following descriptors were used: endometriosis, diagnosis. At the end of the searches, 10 publications met the eligibility criteria and were selected to compose the study. **Results:** the law instituted in the city of Recife brought great advances in the perspective of providing debates about the assistance to women affected by Endometriosis, as well as seeking the inclusion of the municipality of Recife in the movement called “World Endometriosis” and promoting the recognition of Endometriosis as a social problem of public health. **Conclusion:** with this study, the relevance of considering March 30 of each year in the city of Recife as a milestone achieved by women with the disease in search of improvements in care in favor of early diagnosis is highlighted. **KEYWORDS:** Endometriosis, diagnosis, women’s health.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença de caráter crônico e passou a ser vista como um dos grandes problemas de saúde da mulher. Caracteriza-se pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina¹. Atualmente, as mulheres estão mais propensas à menarca precoce, gestações tardias ou em menor número, o que acaba implicando em maior número de menstruações e, conseqüentemente, em menstruações retrógradas².

Normalmente, os pacientes apresentam fortes cólicas, ciclos menstruais irregulares e com sangramento excessivo crônico, os quais podem causar danos físicos, psíquicos e sociais³. A maioria das portadoras são assintomáticas ou apresentam sintomas leves, porém outras sofrem fortes dores, mesmo com pequenos implantes de endometriose⁴. A endometriose ainda é uma doença difícil de diagnosticar por meio do exame físico, ou seja, realizado durante a consulta ginecológica de rotina⁵. Dessa forma, os exames como videolaparoscopia e exame histológico de lesões suspeitas são mais adequados para indicar a possível existência da doença⁶.

No entanto, o tratamento se dá por meio da associação de medicamentos e, em alguns casos, utiliza-se o procedimento cirúrgico, com a remoção radical das lesões; porém, esse último é apenas utilizado quando não há resposta por meio dos medicamentos⁷. De acordo com a Associação Brasileira de Endometriose, a doença afeta cerca de seis milhões de brasileiras, onde sua prevalência varia de 10 a 15% entre mulheres em idade reprodutiva e em torno de 3% nas que estão na pós-menopausa⁸. Já em Pernambuco, a cidade do Recife sanciona a lei N° 18.600/2019 que institui o dia Municipal de Informação e Conscientização sobre a Endometriose com o objetivo de informar e conscientizar as pessoas sobre a doença⁹.

As causas desse comportamento ainda são desconhecidas, mas sabe-se que há um risco maior de desenvolver a doença a combinação de fatores ambientais, genéticos, hormonais e imunológicos, que poderiam contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos de endometriose, de maneira que é considerada como uma doença de origem multifatorial¹⁰.

Sendo assim, este estudo, que descreve os obstáculos enfrentados pelas portadoras no diagnóstico precoce assim como no tratamento, é importante, salientar o descaso da saúde pública frente ao problema. Portanto, esse trabalho tem por objetivo analisar a literatura a respeito da endometriose como problema de saúde pública, bem como apresentar a lei instituída na cidade do Recife para promover debates sobre a assistência médica e multidisciplinar que existam e possam ajudar as mulheres acometidas pela doença.

MÉTODOS

O estudo foi configurado como uma revisão integrativa da literatura de natureza qualitativa e exploratória. Qualitativa, por estimular a análise e permitir o desenvolvimento de conceitos e ideias a partir dos dados obtidos. Exploratória por ter o objetivo de contribuir para uma maior compreensão do tema estudado, descrevendo ou caracterizando a natureza das variáveis em análise. A revisão integrativa resume os resultados dos estudos realizados anteriormente, facilitando o acesso ao tema de interesse de forma atualizada. Ainda, possibilita ao leitor escolher os procedimentos no dia a dia da rotina de trabalho,

favorecidos pelas evidências científicas.

A metodologia utilizada para realizar o estudo foi subdividida em seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de investigação; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos mesmos; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Este percurso facilitou a identificação dos resultados relevantes e das lacunas, direcionando o progresso do estudo, para a orientação dos profissionais em relação aos caminhos e decisões a serem tomadas durante o desenvolvimento diário das funções profissionais.

Tipo de estudo

Foi desenvolvida a revisão integrativa da literatura médica através da estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Controle, “*Outcome*” (controle)) para formulação da pergunta condutora desse estudo, sendo: Pacientes: portadores da doença, Intervenção: endometriose, Controle: ausência de endometriose, Resultado: Outcome: tratamento da endometriose.

O estudo pretendeu responder à pergunta condutora: “a lei instituída na cidade do Recife, podem ajudar no diagnóstico precoce da endometriose?”

A revisão da literatura foi realizada através da busca de artigos publicados na base de dados PubMed, utilizando Descritores das Ciências da Saúde (DeCS): “endometriose”, “diagnóstico, saúde da mulher, endometriose”, “diagnostic”. “women’s health” Foi utilizado também, como estratégia de busca, os operadores booleanos “AND” / OR.

Critério de elegibilidade

A busca foi realizada por 5 autores, que inicialmente analisaram separadamente os artigos encontrados na PubMed, em seguida reuniram-se para discussão e escolha daqueles inseridos no estudo. O quinto autor participou através da escolha dos critérios de elegibilidade e na correção do estudo. Os estudos, disponíveis na íntegra, incluídos foram relatos de mulheres portadoras da endometriose, ensaios clínicos, revisões integrativas, meta-análises sistemáticas, estudo experimental e de coorte, indexados entre 2015 a 2020.

Extração dos dados

Os dados foram extraídos após a leitura completa dos artigos encontrados na PubMed. Durante a leitura dos mesmos, na base de dados do estudo foram selecionados 40 artigos publicados sendo 30 deles foram descartados por não atenderem os critérios de inclusão, restando 10 artigos incluídos no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enfatiza-se, em alguns estudos, que a endometriose é uma comorbidade que afeta milhares de mulheres em idade reprodutiva. Segundo os estudos de Matta e Muler a

endometriose é considerada uma doença de difícil diagnóstico, onde, a descoberta se torna um alívio, já que conviver com a doença sem o diagnóstico preciso é não saber lidar com as dores. Em nosso estudo, foi possível observar que a endometriose acarreta prejuízos na vida da mulher e o impacto biopsicossocial da doença é elevado, tanto no âmbito individual, como na saúde pública.

As manifestações clínicas afetam a vida das pacientes, desde o surgimento dos primeiros sintomas até o diagnóstico, dificultando o trabalho, a vida social e fertilidade. Muitas vezes, gera prejuízos emocionais, decorrente de toda dificuldade encontrada no decorrer do diagnóstico e tratamento, alto custo com a saúde, exames e internações, onde a referida patologia transportam uma carga de inúmeros prejuízos principalmente emocional e produtivo. Portanto, a identificação da doença e seu diagnóstico precoce são essenciais para o resultado terapêutico e prognóstico.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose, a dor muitas vezes presentes durante o ciclo menstrual é explicada pela influência da profundidade do implante endometriótico; identificando a doença em estágios de acordo com a localização: “Estágio 1 (doença mínima): implantes isolados e sem aderências significativas; Estágio 2 (doença leve): implantes superficiais com menos de 5 cm, sem aderências significativas; Estágio 3 (doença moderada): múltiplos implantes, aderências peritubárias e periovarianas evidentes; Estágio 4 (doença grave): múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas, aderências densas e firmes”. Conforme a Associação Brasileira de Endometriose a associação da infertilidade dependerá do estágio da doença, na endometriose severa e moderada geralmente se identifica comprometimento morfológico da anatomia pélvica e anomalias ovulatórias.

Assim, em nosso estudo foi possível perceber que a lei instituída na cidade do Recife trouxe grandes avanços na perspectiva de proporcionar debates sobre a assistência as mulheres acometidas de Endometriose, assim como buscar a inclusão do município do Recife no movimento chamado “Endomarcha Mundial da Endometriose” e promover o reconhecimento da Endometriose como problema social de saúde pública. Entende-se que, a lei trará a conscientização sobre a Endometriose e facilitará no diagnóstico precoce da doença e tratamento, além de minimizar o surgimento de sintomas depressivos e ansiedade já que a endometriose interfere fortemente na vida sexual e social das mulheres.

Sendo o diagnóstico precoce essencial para diminuir a dor e prevenir a progressão da doença, bem como preservar a fertilidade futura, já que, com a evolução da condição, os sintomas tornam-se mais graves e a qualidade de vida mais comprometida. Constata-se, por fim, a importância da atenção integral, onde pode facilitar uma melhor assistência às mulheres no manejo da endometriose ao longo da vida, visto que não há cura disponível para a condição.

CONCLUSÃO

Entende-se que a endometriose afeta a qualidade de vida das mulheres portadoras, dificulta a vida reprodutiva, as relações pessoais e as atividades do cotidiano. Tornam-se imprescindíveis, portanto, a assistência multidisciplinar que possam ajudar as mulheres acometidas pela Endometriose. Ressalta-se, com este estudo, a relevância de se considerar o dia 30 de março de cada ano na cidade do Recife como um marco conquistado pelas mulheres portadoras da doença em busca de melhorias na assistência em prol do diagnóstico precoce.

Conclui-se que este estudo constitui uma oportunidade importante para o início de discussões sobre o tema endometriose na cidade do Recife, bem como a assistência prestadas a estas mulheres, para que se possa melhorar a qualidade de vida das portadoras de endometriose, levando em consideração não só o diagnóstico precoce, tratamento e prognóstico como o quadro depressivo associado à patologia.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, D. A. S.; OLIVEIRA, A. M. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. Rev. Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. 2015, vol. 01, nº 01.
2. BELLELIS, P. et al. Aspectos Epidemiológicos e Clínicos da Endometriose Pélvica: Uma série de casos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010, vol. 56, nº. 04. p. 467-471.
3. BIANCO, B. et al. O papel dos reguladores endócrinos na fisiopatologia da endometriose: revisão de literatura. Arq. Bras. Cienc. Saúde. 2010, vol. 35, nº 02.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose.
5. CARDOSO, E. P. S. et al. Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. Ciências e Práxis, 2011, vol. 04, nº 08.
6. CROSEIRA, A. M. L. V. et al. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - Revisão de Literatura. FEMINA. Maio 2010, vol. 38, nº 5.
7. MATTA, A. Z.; MULLER, M. C. Uma Análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. Psicologia, saúde & doenças, v. 7, n. 1, Rio Grande do Sul, 2006.
8. NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia, 2010.
9. SILVA, A.D.R. Endometriose e Infertilidade: o papel do tratamento cirúrgico pélvico a ciclos de procriação medicamente assistida. Dissertação (Mestrado Integração em Medicina). Universidade do Porto, 2012.
10. SOUZA, F. H. B. B.; BRITTO, M. A. M. Tratamento hormonal da dor associada à endometriose: Uma Revisão de Literatura. Universidade Tiradentes. Aracaju, 2015.

CAPÍTULO 11

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Laura Graças Padilha de Carvalho Albuquerque

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Cuiabá-MT
<http://lattes.cnpq.br/2672799190753135>

Mayrene Dias de Sousa Moreira Alves

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Cuiabá-MT
<http://lattes.cnpq.br/6084945865486672>

Ana Luiza Rabello da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Cuiabá-MT
<http://lattes.cnpq.br/8653202262328645>

Jacqueline Lima Santos Marinho

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Cuiabá-MT
<http://lattes.cnpq.br/4590500016046260>

Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Cuiabá-MT
<http://lattes.cnpq.br/4660957137805739>

RESUMO: O movimento em prol da humanização da assistência ao parto destaca-se como uma resposta à medicalização e institucionalização do nascimento observado nos dias atuais, com o objetivo de tornar essa experiência positiva e satisfatória para a mulher e sua família. Nesse cenário o parto domiciliar surge resgatando antigas concepções sobre o nascimento, sendo aquele que ocorre no meio familiar, no conforto de uma casa, seguindo o fluxo natural do dia-dia. Contudo, ressalta-se que esse tipo de assistência tem como base evidências científicas atualizadas e fundadas, que respaldam as condutas e procedimentos realizados. Os estudos elucidados neste capítulo evidenciaram benefícios consistentes dentre as mulheres que tiveram um parto domiciliar planejado, apontando menos intervenções obstétricas, menos risco de laceração perineal grave e menor risco de distócia fetal. Dessa forma, compreende-se que o parto domiciliar planejado envolve riscos e benefícios, que devem ser esclarecidos às gestantes e sua família, para que possam fazer uma escolha livre e informada.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Domiciliar, Parto Normal, Gravidez, Parto Humanizado, Enfermagem Baseada em Evidências.

PLANNED HOME DELIVERY: WHAT SCIENTIFIC EVIDENCE SAYS

ABSTRACT: The movement in favor of the humanization of childbirth care stands out as a response to the medicalization and institutionalization of birth observed nowadays, with the aim of making this experience positive and satisfactory for a woman and her family. In

this scenario, home birth emerges rescuing old conceptions about birth, being that which occurs in the family environment, in the comfort of a home, following the natural flow of day-to-day. However, it is noteworthy that this type of assistance is based on updated and well-founded scientific evidence, which supports the conduct and procedures carried out. The studies elucidated in this chapter have shown consistent benefits among women who had a planned home birth, less obstetric explorations, less risk of severe perineal laceration and less risk of fetal dystocia. Thus, it is understood that planned home birth involves risks and benefits, which must be clarified to pregnant women and their families, so that they can make a free and informed choice.

KEYWORDS: Home Childbirth, Natural Childbirth, Pregnancy, Humanizing Delivery, Evidence-Based Nursing.

INTRODUÇÃO

Uma senhora idosa com lenço na cabeça, bacia, tesouras, água quente, panos brancos limpos e muita oração. É assim que o parto domiciliar se apresenta no imaginário das pessoas no senso comum. Realmente, esse foi (e ainda é) o contexto de muitos partos no Brasil e em outros lugares do mundo, principalmente onde não há acesso a recursos assistenciais e profissionais de saúde.

Historicamente, até a década de 1950, a maioria dos nascimentos acontecia na casa da gestante, que por sua vez, era cuidada por parteiras e mulheres da família e da comunidade. Com a intensificação das práticas biomédicas em todas as áreas da saúde, o parto, que era um evento predominantemente feminino, se tornou um procedimento desenvolvido por médicos no ambiente hospitalar. Com essa mudança de paradigma, o nascimento no hospital passou a ser a norma e o padrão a ser seguido atualmente (BRASIL, 2016a).

Diante da mecanização do trabalho profissional e da violência institucional observados em tais ambientes, surge o movimento em prol da humanização da atenção ao parto e nascimento (RATTNER, 2009), no qual as mulheres se apoderam das escolhas sobre os seus partos e passam a questionar esse modelo de parto hospitalar padronizado. Nesse sentido, o parto domiciliar retorna como uma opção para gestantes e família, possibilitando uma experiência de parto livre, respeitosa e saudável.

Estudiosos apontam o aumento nos números de nascimentos fora do ambiente hospitalar, podendo esse acréscimo ser atribuído a maior disponibilidade de profissionais de saúde e equipes de parto domiciliar, bem como, ao desejo das gestantes por um parto com poucas intervenções e no conforto e rotina de uma casa (CAMPBELL et al., 2019).

Nos países desenvolvidos o parto domiciliar planejado é uma prática já estabelecida e reconhecida pelo sistema público de saúde, e apresenta indicadores obstétricos positivos, como menos intervenções e bons desfechos maternos e neonatais (CAMPBELL, et al., 2019). Contudo, para que o parto domiciliar ocorra com segurança e atinja tais resultados,

se faz necessário o cumprimento de pontos importantes durante a assistência gestacional e parto, descritos a seguir.

A gestação deve ser classificada como de Baixo Risco de Complicações ou Risco Habitual

A classificação da gestação de acordo com o risco de complicações é realizada nas consultas de pré-natal, trata-se de um processo dinâmico, que deve ser realizado em todo o curso da gravidez. Os profissionais de saúde devem garantir que a gestante e a família sejam informadas de qualquer alteração nesta classificação, com objetivo de esclarecer sobre o local mais adequado para o parto de acordo com seu quadro, e com base em uma escolha compartilhada (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, compreende-se a gestação de Baixo Risco para Complicações (ou Risco Habitual), as gestantes que atendem aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, descritos a seguir:

- Início do trabalho de parto durante o período de termo da gestação (considerado o período entre 37 a 42 semanas, contadas a partir da data da última menstruação e/ou com base em exame de ultrassonografia);
- Bebê em apresentação cefálica no momento do parto;
- Ausência de anormalidade física ou genética no bebê, detectada em exame de ultrassonografia, como, síndromes ou malformação de qualquer parte do corpo; não apresentar alterações na placenta e sua circulação, bem como, polidrâmnio ou oligodrâmnio e crescimento do feto fora dos padrões de normalidade.
- Gestante saudável e não apresentar problemas de saúde crônicos ou específicos da gravidez, durante toda a gestação e no momento do parto, tais como: hipertensão arterial; alterações hormonais (hiper ou hipotireoidismo, diabetes gestacional ou diabetes anterior à gravidez); alterações do sistema nervoso (presença de tumores ou apresentar epilepsia); dependência química (uso de álcool, tabaco, anfetaminas, antidepressivos, cocaína, crack, ecstasy); malformação ou alterações problemas no útero (miomas, cirurgia com corte vertical no útero), incluindo alterações na placenta (implantação baixa ou situada em cima do colo uterino, e sinal de envelhecimento precoce com prejuízo ao desenvolvimento da criança).

Além dos critérios descritos, a classificação do risco na gestação e no momento do parto também considera protocolos assistenciais locais, elaborados a partir de evidências científicas, tais como a ocorrência de (uma ou mais) cesárea anterior, nível de anemia na gestação, tempo de bolsa rota, dentre outros aspectos.

Embora o parto domiciliar seja consolidado em alguns países, não há um protocolo mundial para a realização da triagem de risco, ou condução da assistência do parto em casa. Dessa forma, cada país possui autonomia para definir as suas Diretrizes de Atenção

ao Parto Domiciliar, com objetivo de desenvolver essa assistência de forma segura e baseada em evidências científicas atuais.

O parto domiciliar deve ser acompanhado por profissional habilitado

A presença do profissional capacitado na assistência ao parto domiciliar é um dos critérios mais importantes para a sua segurança, visto que, mesmo tendo uma gravidez saudável, classificada como Baixo Risco, qualquer parto pode evoluir para uma intercorrência que necessite de condutas imediatas.

No Brasil, é legalizada a atuação dos seguintes profissionais no parto domiciliar: enfermeiro(a) obstétrico(a), obstetritz (profissional que se forma no curso de Obstetrícia), e médico obstetra ou da família (BRASIL, 2016a). Esses profissionais devem ser contratados via particular pela gestante, visto que o parto domiciliar não é coberto pela saúde suplementar e não faz parte das políticas públicas do país no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos países desenvolvidos, esses atores da assistência ao parto compõem o programa de atenção ao parto domiciliar e atuam na equipe multidisciplinar, na qual a enfermeira obstetra ou obstetritz (*midwife*) assiste à gestante e sua família em domicílio durante a gestação, parto e pós-parto. A assistência hospitalar está prevista para os casos de possíveis distócias ou em situações de alto risco (KOOY et al., 2017; DAVIS et al., 2011).

Nesse sentido, compete a esses profissionais de saúde: realizar a triagem de riscos durante o pré-natal, acompanhar partos fisiológicos, atuar em emergências, reconhecer partos difíceis e encaminhar a gestante para o serviço de retaguarda hospitalar, bem como manter um relacionamento de confiança com a família da gestante. Além disso, cabe a esses profissionais a provisão e organização dos materiais e equipamentos específicos para a assistência ao parto fisiológico e para as emergências.

Assegurar retaguarda médica e hospitalar

Outro aspecto a ser considerado no planejamento do parto domiciliar é o acesso ao hospital em tempo hábil e oportuno. Nesse sentido, durante o pré-natal é necessário informar e esclarecer as gestantes e família que optaram pelo parto domiciliar de uma possível transferência para o hospital durante ou após o parto, explicando as razões pelas quais isso pode ocorrer e como deverá ser o encaminhamento (BRASIL, 2016a).

No Brasil, o protocolo de transporte de emergência é seguido com rigor pela equipe, podendo ser realizado por ambulâncias de empresas privadas ou pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Os motivos de uma transferência, estão ligados a algumas situações tais como, desejo materno, solicitação de analgesia intraparto, possíveis distócias, como por exemplo, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora e parada de progressão do parto, assim como aqueles relacionados às emergências, como hemorragia pós-parto não controlada, necessidade de suporte respiratório avançado para o recém-nascido, dentre outras.

No Brasil, geralmente as equipes de enfermeiras(os) obstétricas(os) que assistem ao parto domiciliar possuem contato informal com médicos obstetras, estes lhes dão suporte e acompanham a parturiente em casos de transferência. Contudo, esse atendimento deve ser pago pela gestante (VIEIRA DE MATTOS; VANDENBERGHE; ALVES MARTINS, 2016). Por sua vez, as gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde e de saúde suplementar, em caso de transferência são atendidas por médicos plantonistas das maternidades conveniadas.

Em outros países, as parteiras têm comunicação com os hospitais e entram em contato direto com os médicos obstetras, e outros profissionais de saúde sempre que necessário, encaminhando gestantes/parturientes em casos de possíveis distócias ou emergências (KOOY et al., 2017; DAVIS et al., 2011). A boa comunicação entre as equipes, de parto domiciliar e do hospital, somado ao transporte de emergência oportuno e apropriado são componentes essenciais para um sistema integrado de assistência sendo prioridades para alcançar melhores práticas em partos domiciliares planejados (CAMPBELL et al., 2019).

O poder de escolha da mulher deve ser baseado em evidências científicas sólidas

O melhor ambiente para o parto é aquele em que a mulher se sente segura, portanto, a escolha do lugar onde parir deve ser uma decisão da mulher e de sua família. Nesse sentido é de fundamental importância o compartilhamento de informações e evidências científicas atualizadas sobre os riscos e benefícios das opções disponíveis para uma escolha informada.

Assim, é preciso que o profissional esclareça a gestante e família sobre qualquer limitação identificada no local de nascimento planejado, utilizando linguagem acessível, em consonância com o nível de entendimento da gestante, e culturalmente adequado e adaptado às suas necessidades. As evidências científicas com relação ao parto domiciliar planejado serão descritas a seguir.

Evidências científicas atuais sobre o parto domiciliar

A discussão acerca da segurança do parto domiciliar envolve a explanação dos riscos e benefícios desse tipo assistência, bem como de cada prática/procedimento a ser realizado. Dessa forma, para que o profissional de saúde tome decisões assertivas, este deve buscar as evidências na literatura científica atualizada.

A Diretriz Brasileira de Atenção ao Parto Normal reafirmou as recomendações sobre parto domiciliar propostas pelo NICE (Instituto Nacional para Saúde e Cuidados de Excelência), órgão público do Departamento de Saúde do Reino Unido, o qual concluiu por meio de estudos que o parto normal, em gestações de baixo risco, é seguro em todos os locais, apresentando baixos índices de mortalidade ou morbidade grave (BRASIL, 2016a).

Os estudos citados acima, evidenciaram que as mulheres que tiveram parto domiciliar apresentaram benefícios consistentes, quando comparadas àquelas de partos hospitalares, pois tiveram menos intervenções obstétricas, como parto instrumental (parto vaginal com uso de fórceps ou vácuo extrator), cesariana e episiotomia. No que se refere à laceração perineal, os estudos apontaram maior proporção de mulheres com períneo íntegro no grupo que planejou o parto no domicílio, sugerindo assim, benefício para esse grupo. Sobre a ocorrência de hemorragia pós-parto e necessidade de transfusão sanguínea, os estudos não foram conclusivos, demonstrando benefícios tanto para mulheres de parto hospitalar como para as de parto domiciliar. (BRASIL, 2016a).

Em relação aos desfechos perinatais (mortalidade fetal e neonatal), não foram apontadas diferenças significativas entre as mulheres que tiveram parto domiciliar e aquelas de parto hospitalar. Contudo, estudos ressaltam que em nulíparas que não apresentaram complicações no início do trabalho de parto, pareceu haver maior risco de resultados adversos, apesar de absolutamente baixo, de morte perinatal, encefalopatia neonatal ou síndrome da aspiração do líquido meconial nos partos em casa. Com relação as múltiparas não houve diferença entre os dois locais de parto, domiciliar e hospitalar (BRASIL, 2016a).

No que se refere às taxas de transferência dos partos assistidos no domicílio para o hospital, estas foram de 20-25%. Uma das investigações dos estudos referidos, mostrou que as transferências foram quatro vezes mais frequentes entre as nulíparas. Além disso, não foram encontradas diferenças nos desfechos de partos atendidos por enfermeiras(os) obstétricas(os) ou por obstetrizes, evidenciando, portanto, que a assistência ao parto de baixo risco por esses profissionais é segura (BRASIL, 2016a).

De acordo com uma revisão sistemática com meta-análise realizada em 2018, que comparou a morbidade materna e neonatal após acompanhamento domiciliar planejado versus nascimento hospitalar planejado, concluiu-se que os partos domiciliares são tão seguros quanto os hospitalares e requerem menos intervenção médica em comparação com partos hospitalares (ROSSI; PREFUMO, 2018).

Nessa revisão, o grupo de nascimento por parto domiciliar, apresentou maior índice de parto espontâneo e menores índices de realização de cesariana em comparação com as mulheres que tiveram parto hospitalar. As mulheres submetidas ao parto domiciliar também tiveram menores índices de intervenções médicas, tais como analgesia epidural, episiotomia e monitorização fetal. O risco de hemorragia pós-parto foi menor no grupo de parto domiciliar assim como o risco de laceração perineal grau 3 e 4 (ROSSI; PREFUMO, 2018).

Com relação a morbimortalidade neonatal, observou menor risco de distócia fetal nos partos domiciliares, porém os desfechos baixos índice de Apgar e asfixia neonatal, e a mortalidade perinatal foram iguais tanto no parto domiciliar como no hospitalar (ROSSI; PREFUMO, 2018).

Sobre as transferências da gestante do domicílio para o hospital, nessa revisão observou-se que ela ocorreu em 10% dos partos, sendo que 82,2% dos casos foram realizadas no intraparto e 17,7% no pós-parto (ROSSI; PREFUMO, 2018).

Em suma, os autores dessa revisão apontaram que a segurança do trabalho de parto e parto não dependem somente do local de nascimento, e que algumas complicações (sofrimento e distócia fetal, prolapso do cordão umbilical, descolamento de placenta, entre outros) podem ocorrer em gestações de alto e baixo risco e não são previsíveis, dessa forma, exigem prontidão para seu atendimento. Nesse sentido, o ambiente hospitalar é mais seguro quando essas complicações ocorrem, pois, o tempo gasto para a transferência pode retardar as intervenções imediatas.

A “decisão de tomar todas as decisões”

Como bem diz a grande parteira Carla Hartley¹, escolher ter um parto domiciliar é uma “decisão de tomar todas as decisões” – dá a gestante o que lhe é inerente: o poder e o conhecimento sobre o próprio corpo. Este que, ao longo dos anos foi subjugado por meio da perpetuação de uma cultura que nos afasta do coletivo familiar, das relações e trocas com outras mulheres que tanto nos ensina.

Decidir por um parto domiciliar é assumir riscos, mas também tem seus prazeres. É beber um chá de canela (ou até mesmo um café) na sua xícara favorita em meio as contrações; é estar perto do seu animal de estimação enquanto faz uma pausa para respirar; é receber o apoio amoroso dos outros filhos; é poder ser acariciada pelo companheiro sem receios; é saber que o “tic-tac” do relógio das parteiras bate numa frequência menor – respeita o fluxo da vida!

A mulher que quer viver a experiência do parto domiciliar necessita descobrir por que se quer. É simples. Deve-se colocar na balança (ou até mesmo em um papel) os prós e os contras; os riscos e benefícios; a sua condição obstétrica e a condição financeira de sua família. Juntar tudo isso e se perguntar: por que um parto domiciliar? A resposta, certamente dirá **sim** ou **não**. A liberdade, o poder, a beleza do nascimento em casa (para candidatas elegíveis) reflete a potência do amor porque é ali, simplesmente naquele lar onde o amor e a cumplicidade cresce a cada dia, que um bebê chegará e que uma mulher dará à luz! Existe algo mais poético?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto domiciliar planejado, surge em decorrência da humanização da assistência ao parto, como resposta à medicalização e institucionalização do nascimento observado atualmente. Essa experiência tem o objetivo de proporcionar parto e nascimento respeitosos, no ambiente e cotidiano familiar resgatando antigas concepções sobre o nascimento.

1. Fundadora do Programa de Estudos em Obstetrícia da AAMI (*Ancient Art Midwifery Institute*), localizado na Carolina do Norte-EUA. <https://www.ancientartmidwifery.com/>

Esse tipo de assistência tem evidências científicas de benefícios consistentes, mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado têm menos risco de laceração perineal grave e distócia fetal, e os desfechos são os mesmos dos partos realizados em unidade hospitalar. No entanto, em situações que exige prontidão para o atendimento, o ambiente hospitalar é mais seguro pois, o tempo gasto para a transferência pode retardar as intervenções imediatas.

Para que o parto domiciliar planejado ocorra com segurança, alguns aspectos devem ser considerados com relação a equipe que realizará a assistência: decisões baseadas em evidências científicas, experiência e preparo técnico com equipamentos e suprimentos de emergência, avaliação constante do risco gestacional, protocolos adequados de transporte de emergência, entre outros.

Compreende-se que o parto domiciliar planejado envolve riscos e benefícios, que devem ser esclarecidos às gestantes e sua família, para que possam fazer uma escolha livre e informada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de recomendação.** CONITEC, Brasília- DF, 2016a.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 230 p.

CAMPBELL, K. et al. No. 372-Statement on Planned Homebirth. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 41, n. 2, p. 223–227, 2019.

DAVIS, D. et al. Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women? **Birth**, v. 38, n. 2, p. 111–119, 2011.

KOOY, J. et al. Planned home compared with planned hospital births: Mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. suppl 1, p. 759–768, 2009.

ROSSI, A. C.; PREFUMO, F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 222, p. 102–108, 2018.

VIEIRA DE MATTOS, D.; VANDENBERGHE, L.; ALVES MARTINS, C. O Enfermeiro Obstetra No Parto Domiciliar Planejado. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 2, p. 568–575, 2016.

CAPÍTULO 12

AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL E COMORBIDADES APRESENTADAS POR GESTANTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Gleicy Kelly do Carmo

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
- FACIMED
Cacoal-RO
<http://lattes.cnpq.br/0126076445399501>

Danielly Fernanda da Silva

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal-
FACIMED
Cacoal-RO
<http://lattes.cnpq.br/0906643235941325>

Pamela Cristiny Mota do Nascimento

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal-
FACIMED
Cacoal-RO
<http://lattes.cnpq.br/0498943823889388>

RESUMO: A gestação é um evento fisiológico que em sua maioria ocorre sem intercorrências. Porém, há uma grande parte de gestantes que são portadoras de alguma patologia ou adquirem durante o período gestacional. O estado nutricional irregular durante a gestação pode contribuir para morbimortalidade materna, podendo acometer a saúde do feto. A pesquisa teve como objetivo identificar o perfil nutricional e comorbidades apresentadas em gestantes que realizaram pré-natal de alto risco em uma unidade de atendimento especializado, em um município do interior do estado de Rondônia, e correlacionar as comorbidades identificadas

com o IMC das gestantes. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, transversal, descritiva, em base documental de natureza quantitativa. As informações coletadas foram referentes às variáveis expostas através de: peso, altura, IMC, idade gestacional e comorbidades. Utilizou-se formulário desenvolvido pelas pesquisadoras para a coleta de dados, contendo 09 (nove) itens. Os dados foram obtidos a partir de prontuários de gestantes que tiveram acompanhamento no programa de pré-natal de alto risco no período de junho de 2016 a junho de 2017. A coleta de dados foi realizada através da análise dos prontuários, obtendo 91 amostras, sendo excluídos prontuários ilegíveis e/ou que não havia informações necessárias para a pesquisa. Com base nos resultados conclui-se que em relação à classificação nutricional de acordo com o IMC, 49,45% das gestantes encontravam-se acima do peso adequado (sobrepeso e obesidade). As comorbidades apresentadas com maior prevalência foram: manifestações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular 34,07%, sendo que dentre estas a Hipertensão Arterial a que mais predominou, também se identificou que 59,18% das gestantes classificadas com excesso de peso, estiveram na faixa etária entre 20 a 30 anos. Compreende-se a importância do acompanhamento nutricional durante a gestação e a assistência ao pré-natal de qualidade, possibilitando desenvolvimento de ações preventivas, diagnóstico precoce, bem como possível manejo das complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil Nutricional, Gestantes, Comorbidades.

EVALUATION OF THE NUTRITIONAL PROFILE AND COMORBIDITIES PRESENTED BY PREGNANT WOMEN AT A HIGH-RISK PRENATAL HEALTH UNIT

ABSTRACT: Pregnancy is a physiological event that mostly occurs without interurrences during its development. However, there are a large number of pregnant women who have some pathology or acquire it during their pregnancy. The irregular nutritional status during pregnancy can contribute to maternal morbidity and mortality. It may also affect the health of the fetus. Therefore, this research aimed to identify the nutritional profile and the comorbidities presented by pregnant women who underwent high-risk prenatal care in a specialized care unit in a city of the state of Rondônia, correlating the comorbidities identified with the BMI of these women. This is a retrospective, cross-sectional and descriptive research with documentary basis and quantitative nature. The information collected was related to the variables exposed through: weight, height, BMI, gestational age and comorbidities. For data collection we used a form containing 09 (nine) items and information from 91 medical records of pregnant women who were followed up in the high-risk prenatal program from June 2016 to June 2017, excluding illegible medical records or those that didn't contain data necessary for this research. Based on the results, 49.45% of pregnant women were overweight (overweight and obesity) in relation to nutritional classification according to the BMI. The most prevalent comorbidities were the clinical manifestations related to the cardiovascular system (34.07%), among which Hypertension was the most prevalent one. We could identify that 59.18% of the pregnant women in the age group between 20 and 30 years were classified as overweight. Thus, nutritional monitoring during pregnancy and quality prenatal care is important, enabling the development of preventive actions, early diagnosis, as well as the management of possible complications.

KEYWORDS: Nutritional profile, Pregnant women, Comorbidities.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que por serem portadoras de alguma doença, sofrem algum agravo, desenvolvem problemas, ou apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2010).

O Institute of Medicine dos Estados Unidos (IOM-EUA) afirma que o peso pré-gestacional é um dos principais determinantes do ganho ponderal na gestação e recomenda que o ganho de peso ideal seja avaliado em função do estado nutricional inicial da gestante, sendo este classificado de acordo com as categorias de índice de massa corpórea (IMC) pré-concepcional (SANTOS *et al.*, 2017).

As gestantes são suscetíveis à inadequação nutricional, devido ao aumento da demanda de energia, macro e micronutrientes, que acontece durante a gravidez. A qualidade da alimentação e o estado nutricional da mulher, antes e durante a gravidez, interferem no crescimento e o desenvolvimento fetal, bem como a evolução da gestação (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

De acordo com Rosa *et al.*, (2014) o estado nutricional e o ganho de peso materno influenciam o risco de morbimortalidade da mãe e a saúde da criança. O déficit de peso pré- gestacional e o peso materno escasso durante a gestação vêm sendo associados ao baixo peso fetal ao nascer, enquanto o ganho de peso materno exorbitante constitui um importante fator de risco para diversas doenças como: macrosomia, diabetes gestacional (DMG), pré- eclâmpsia e complicações no parto, comprometendo a saúde da mãe e do filho.

No Brasil, não há muitas informações em relação a prevalência geral de enfermidades em gestantes. Dados do Ministério da Saúde retratam que agravos como a eclampsia/ pré- eclâmpsia e a anemia ferropriva, têm grande incidência entre as mulheres grávidas. Entretanto, estas enfermidades continuam provocando graves quadros de saúde durante a gestação (SOUZA *et al.*, 2013).

Segundo Santos *et al.*, (2017) diante das complicações materno-fetais decorrentes do nível elevado de peso, a literatura enfatiza a importância do controle do peso materno como componente integral no cuidado pré-natal, inclusive para a redução das taxas de mortalidade neonatal e infantil. Serviços de pré-natal necessitam valorizar os aspectos nutricionais durante a gestação, pois a orientação dietética contribui na melhora do estado nutricional materno com impacto positivo na saúde materna e fetal.

O presente estudo tem por objetivo identificar o perfil nutricional e as comorbidades apresentadas por gestantes atendidas em uma unidade de pré-natal de alto risco do município de Cacoal-RO, identificar o Índice de Massa Corporal (IMC), descrever as comorbidades apresentadas e correlacionar essas patologias com o peso e IMC das gestantes. A pesquisa visa contribuir para um diagnóstico situacional referente à assistência do pré natal de alto risco, bem como servir de instrumento norteador para implementação de ações que visem a melhoria na qualidade do acompanhamento às gestantes, além das possíveis intervenções por parte tanto dos profissionais, quanto dos gestores, com a finalidade de diminuir a incidência de morbimortalidade materna e fetal por complicações referente a distúrbios nutricionais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal quantitativa com levantamento de dados documental. A amostra é caracterizada por prontuários de gestantes assistidas em serviço de atendimento de pré natal de alto risco no Centro de Saúde da Mulher Dr. Francisco Emmanoel Félix Nogueira. A coleta de dados foi autorizada pela coordenação de Atenção Básica do município, mediante apresentação do Projeto de Pesquisa e parecer nº 2.064.342 do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED. Realizada em dois dias semanais na quinta-feira e sexta-feira em horário de atendimento da unidade, sendo; das 07h00min às 13h00min. Os prontuários analisados foram todos do período de junho de 2016 a junho de 2017.

A coleta buscou dados como: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), este último calculado pela fórmula: $IMC = \text{Peso(Kg)} \text{ dividido pela Altura}^2 \text{ (m)}$, além da idade gestacional e comorbidades apresentadas pelas gestantes pesquisadas.

Após a coleta foi realizado um consolidado de informações e classificação de acordo com IMC de cada gestante, qualificando-as em baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade, seguido da apresentação das comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, anemia entre outras, analisando e identificando as patologias decorrentes das disfunções nutricionais. O método utilizado para realização da classificação das gestantes foi Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante conforme protocolo do Ministério da Saúde de 2014.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados um total de 91 prontuários de gestantes, sendo que 21% estavam no 1º trimestre de gestação, 34% no 2º trimestre e 45% no 3º trimestre de gestação. Em relação ao IMC, 15,38% das gestantes possuíam baixo peso, 35,16% peso adequado, 20,88% sobrepeso e 28,57% com obesidade, conforme demonstra o gráfico 1.

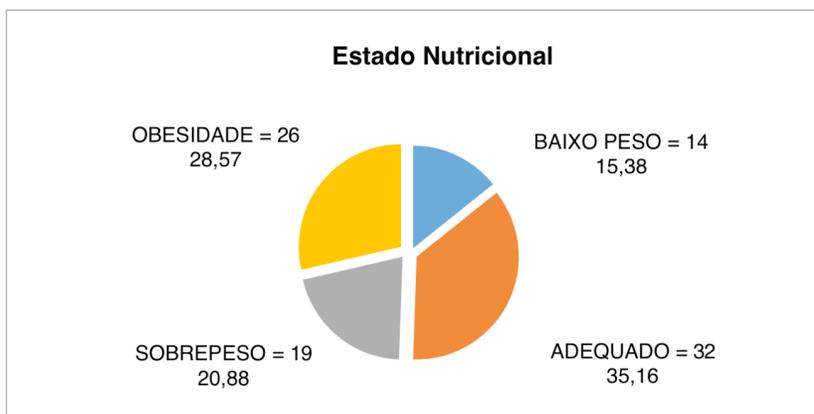


Gráfico 1 - Classificação nutricional das gestantes de alto risco no município de Cacoal de acordo com o IMC no ano de 2017.

Fonte: Carmo, Nascimento, Silva e Lima, 2017.

O ganho de peso gestacional preconizado deve ser calculado em função do Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, seguindo a seguinte classificação: baixo peso (IMC <19,8), peso adequado (IMC de 19,8 a 26), sobrepeso (IMC de 26 a 29) e obesidade (IMC > 29), variando o ganho de peso recomendado entre 12,5 a 18 kg para as com baixo peso, 11,5 a 16 kg as com peso adequado, de 7 a 11,5kg para as com sobrepeso e de 7

a 9,1kg para as gestantes obesas (SANTOS *et al.*, 2014). O Ministério da Saúde também classifica o estado nutricional da gestante de acordo com o IMC apresentado, conforme descreve quadro abaixo:

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres *	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Quadro– Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial

Fonte: Brasil, 2012.

Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Taquari (RS) em 2014 refere que, 55% das mulheres pesquisadas estavam com IMC adequado, e 33% com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) (ROSA *et al.*,2014). E segundo Paiva (2012), em pesquisa realizada na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2010, onde foram avaliadas 374 puérperas, constatou-se que classificaram-se com baixo peso 14,4%, peso adequado 33,7%, e 51,9% estavam acima do peso (28,1% sobrepeso e 23,8% obesas).

Dos valores encontrados referente à classificação nutricional de acordo com o gráfico 1, é possível observar que (35,17%) das gestantes possuíam peso adequado, se harmonizando com o resultado do estudo realizado em Taquari (RS). Em contrapartida, 28,57% classificaram-se como obesas, 20,87% com sobrepeso, resultando em um percentual de 49,45% de gestantes acima do peso, conforme os prontuários analisados. Tal resultado é similar ao estudo com puérperas na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pois mesmo sendo análise realizada no período puerperal, presume-se o elevado peso durante o período gestacional, da mesma forma que observado nesta pesquisa.

O aumento de peso durante a gestação dá-se por diversos fatores, dentre eles: aumento do metabolismo, aumento da taxa hormonal, excesso de peso pré-gestacional, ingestão inadequada de macro e micro nutrientes, carboidratos e lipídios. Durante a gravidez há um aumento da taxa metabólica basal (TMB) que é determinado pelo tamanho, composição corporal e idade. As adaptações do organismo da mulher frente a gravidez como, formação do feto, placenta e outros associados, conduzem ao aumento do metabolismo basal e consumo de oxigênio. Dessa forma se torna necessário maior quantidade de energia e nutrientes (PAIVA, 2012).

Associado a todos os fatores e alterações fisiológicas durante a gravidez que naturalmente propiciam o ganho de peso, o excesso no consumo de alimentos, a falta de orientação quanto à nutrição adequada durante pré - natal, contribuem para elevado peso durante este período.

Na tabela 1, estão descritos e correlacionados o estado nutricional das gestantes, de acordo com seu local de moradia (zona urbana ou rural).

Em relação às gestantes da zona urbana, observou-se que 43,66% estavam acima do peso (sendo 19,72% com sobrepeso e 23,94% com obesidade). Quanto às gestantes da zona rural, notou-se que, 70% estavam acima do peso (sendo 25% com sobrepeso e 45% com obesidade) e 10% das gestantes abaixo do peso. Quando analisada toda a população pesquisada (zona urbana e rural), verificou-se que 49,45% estava acima do peso (sendo 20,88% com sobrepeso e 28,57% com obesidade).

Local de residência	Estado Nutricional									
	Baixo peso		Peso adequado		Sobrepeso		Obesidade		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zona Rural	2	10,00%	4	20,00%	5	25,00%	9	45,00%	20	100%
Zona Urbana	12	16,90%	28	39,44%	14	19,72%	17	23,94%	71	100%
Urbana+Rural	14	15,38%	32	35,16%	19	20,88%	26	28,57%	91	100%

Tabela 1 – Estado Nutricional relacionado ao local de residência das gestantes acompanhadas em uma unidade de saúde de pré-natal de alto risco do município de Cacoal-RO no ano de 2017.

Fonte: Carmo, Nascimento, Silva e Lima, 2017.

Como registrado acima, 70% das gestantes da zona rural encontravam-se acima do peso. Possível explicação de tão elevada taxa dá-se pela alimentação farta, em geral produzida pelos próprios agricultores. Além do mais, o preparo dos alimentos consumidos pelos rurícolas em geral é rica em gordura, sem falar na grande ingestão de carboidratos e frituras. Soma-se a isso a falta de orientação sobre alimentação saudável, carência de exercícios físicos, fatores que colaboram para a elevada taxa de gestantes acima do peso nessa localidade. Em estudo realizado na zona rural no município de Uberaba (MG) em 2013, identificou-se que tubérculos como batatas, raízes como mandiocas, e grãos como arroz, milho, trigo dos pães e das massas são os principais componentes da maioria das refeições (HEITOR *et al*, 2013).

Ainda, em pesquisa entre agricultores no município de Valinhos SP, dentre os entrevistados percebeu-se que o consumo de frutas, verduras e legumes são alimentos

secundários, visto que não preparam o corpo para o trabalho, não são tão essenciais como: arroz, feijão, carne, açúcar e óleo (ALVES & BOOG, 2008).

No que tange ao perfil de alimentação característico da zona rural, é possível observar que o consumo de alimentos resultantes da agricultura familiar, como exemplos citados acima são preferíveis por esta população, sendo de ordem secundária os demais (frutas, verduras e legumes).

Na tabela 2, estão descritos e correlacionados o estado nutricional das gestantes, de acordo com sua faixa etária.

No que se refere às gestantes de faixa etária de 20 a 30 anos, percebeu-se que 26,53% delas possuíam peso adequado, 59,18% estavam acima do peso (sendo 26,53% com sobrepeso e 32,65% com obesidade).

Quanto às gestantes de faixa etária de 31 a 40 anos, observou-se que 42,31% delas possuíam peso adequado, 50% estavam acima do peso (sendo 19,23% com sobrepeso e 30,77% com obesidade).

Faixa Etária	Estado Nutricional									
	Baixo peso		Peso adequado		Sobrepeso		Obesidade		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15 a 19 anos	5	31,25%	8	50,00%	1	6,25%	2	12,50%	16	100%
20 a 30 anos	7	14,29%	13	26,53%	13	26,53%	16	32,65%	49	100%
31 a 40 anos	2	7,69%	11	42,31%	5	19,23%	8	30,77%	26	100%
Todas faixa etárias	14	15,38%	32	35,16%	19	20,88%	26	28,57%	91	100%

Tabela 2– Estado Nutricional relacionado à faixa etária das gestantes acompanhadas em uma unidade de saúde de pré-natal de alto risco do município de Cacoal-RO no ano de 2017.

Fonte: Carmo, Nascimento, Silva e Lima, 2017.

De acordo com a descrição das tabelas, nota-se que as gestantes de faixa etária de 20 a a 30 anos encontravam-se acima do peso adequado. Por meio desses resultados, é possível analisar que com o avançar da idade, o processo de metabolismo tende a ficar mais lento, ocorre queda de taxa hormonal, histórico de gestações anteriores com ganho de peso, dificuldade de perda de peso após o parto, esses fatores contribuem para que haja sobrepeso e obesidade nesta faixa etária, resultado também de outras pesquisas.

Do estudo realizado com 6.845 mulheres em fase reprodutiva no estado do Ceará, norte do Brasil, especificamente na faixa etária de 20 a 49 anos, observou-se que 48,7% destas mulheres conviviam com excesso de peso (CORREIA *et al.*, 2011). Os dados extraídos da presente pesquisa revelaram que a idade média das gestantes é de 26 anos.

Do estudo realizado em Taquari (RS) foram avaliadas um total de 60 gestantes entre 15 e 41 anos (média de 26,26 anos). Das gestantes avaliadas, 13,33% eram adolescentes, 15,00% possuíam mais de 35 anos e a maioria (71,67%) tinha entre 19 e 35 anos de idade (ROSA *et al.*, 2014).

Na tabela 3, encontram-se descritos e correlacionados o estado nutricional das gestantes, de acordo com as comorbidades (manifestações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular, infecções sexualmente transmissíveis – IST, infecções respiratórias, complicações gestacionais e infecções parasitárias).

Em relação às manifestações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular, observou-se que 22,58% das gestantes classificaram-se com peso adequado, 64,52% acima do peso, (22,58% com sobrepeso, e 41,94% obesidade) e 12,90% apresentaram-se baixo peso. Dentre estas manifestações foram encontradas: hipertensão arterial sistêmica - HAS, arritmia, taquicardia, tendo como destaque a HAS, ocorrida em 19 dos 31 casos, sendo 61,29%.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), Hipertensão Arterial é condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90mmHg, frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgão alvo.

Acerca das infecções sexualmente transmissíveis – IST, notou-se 44,44% com peso adequado, 38,89% acima do peso adequado (sobrepeso 16,67% e obesidade 22,22%) e 16,67% com baixo peso. Dentre as IST's, foram encontradas o Papilomavírus Humano-HPV, Herpes genital, Candidíase e Vaginose Bacteriana. Segundo protocolo do Ministério da Saúde de 2015, as IST's são causadas por mais de

30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Essas infecções podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e doença infecciosa pélvica - DIP.

Quanto às patologias respiratórias, percebeu-se que 66,67% das gestantes classificaram-se com baixo peso, 33,33% com sobrepeso e nenhuma delas encontravam-se com peso adequado ou obesas. Dentre estas patologias respiratórias foram encontradas sinusopatia e asma.

Durante a gravidez ocorrem uma série de alterações na fisiologia pulmonar em resultado do ambiente hormonal. A progesterona estimula o centro respiratório, levando a um aumento do volume corrente (que atinge 40% no termo) e do volume-minuto. Isto resulta numa alcalose respiratória moderada, com diminuição dos valores basais de PaCO₂ para cerca de 30 mmHg, compensados pelo aumento da excreção renal de bicarbonato e queda dos valores séricos para cerca de 20 mEq/L. O consumo de oxigênio também aumenta

20-30% devido às maiores necessidades metabólicas. Estas alterações podem resultar no rápido desenvolvimento de complicações respiratórias (BOLÉO-TOMÉ, 2007).

A cerca de complicações gestacionais foi possível observar que, 30,77% estavam com peso adequado, 50% acima do peso (sendo 19,23% sobrepeso, e 30,77% obesidade) e baixo peso 19,23%. Dentre as complicações destacam-se: alteração de artéria uterina, descolamento prematuro de placenta, edema gestacional, polidrâmnio, alteração de BCF, ILA aumentado, hematoma retro placentário.

A Organização Mundial de Saúde - OMS estima que, no mundo, 1.000 mulheres morram de complicações da gravidez ou do parto todos os dias. Atualmente, no país, a cada 100 mil mulheres, 70 a 150 morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, e suas principais causas são referentes a complicações durante a gestação, parto e puerpério, sendo estas a hipertensão gestacional, complicações no trabalho de parto, infecção puerperal, aborto e outras por causas obstétricas indiretas (LEAL *et al.*, 2017).

Das gestantes que encontravam-se com infecções parasitárias, notou-se que 69,23% estavam com peso adequado, 30,77% acima do peso (sendo 23,08% sobrepeso, e 7,69% obesidade) e nenhuma classificada com baixo peso. Destaca-se que a única infecção parasitária encontrada foi Toxoplasmose. O homem adquire a infecção por três vias: Ingestão de oocistos proveniente do solo, areia, latas de lixo contaminado com fezes de gatos infectados; Ingestão de carne crua ou mal cozida infectada com cistos, especialmente carne de porco e carneiro; Infecção transplacentária, ocorre em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gravidez (BRASIL, 2010).

Compreende-se que as formas de contaminação e a fisiopatologia da infecção parasitária citada acima, não tem relação com o estado nutricional das gestantes pesquisadas. A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita, podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental (BRASIL, 2010).

Comorbidades	Estado Nutricional									
	Baixo peso		Peso adequado		Sobrepeso		Obesidade		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Manifestações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular	4	12,90%	7	22,58%	7	22,58%	13	41,94%	31	100%
IST	3	16,67%	8	44,44%	3	16,67%	4	22,22%	18	100%
Patologias Respiratórias	2	66,67%	0	0,00%	1	33,33%	0	0,00%	3	100%
Complicações gestacionais	5	19,23%	8	30,77%	5	19,23%	8	30,77%	26	100%
Infecções parasitárias	0	0,00%	9	69,23%	3	23,08%	1	7,69%	13	100%
Todas comorbidades	14	15,38%	32	35,16%	19	20,88%	26	28,57%	91	100%

Tabela 3 – Estado nutricional relacionado às comorbidades das gestantes acompanhadas em uma unidade de saúde de pré-natal de alto risco do município de Cacoal-RO no ano de 2017.

Fonte: Carmo, Nascimento, Silva e Lima, 2017.

Da população pesquisada, percebeu-se que as manifestações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular representou 34,07% de todas as comorbidades apresentadas, ganhando destaque entre elas a Hipertensão Arterial, possível resultado se dá pelo IMC elevado em 49,45% das gestantes.

Estudo longitudinal, desenvolvido com gestantes atendidas no Programa de Saúde da Família de Campina Grande, PB, encontrou 28% de sobrepeso/obesidade inicial, condição estatisticamente associada à Hipertensão Arterial Gestacional e estado nutricional pós-parto (SATO *et al.*, 2012).

Sabe-se que a obesidade está diretamente ligada ao acúmulo de placas de gorduras nas paredes arteriais – aterosclerose, ocasionando um estreitamento nestes vasos, aumento do fluxo sanguíneo e conseqüente elevação da pressão arterial. Além disso, uma série de fatores de riscos contribuem para seu desenvolvimento; idade avançada, sedentarismo, excesso no consumo de sódio, falta de exercício físico, fator genético associado, antecedentes familiares, etilismo, tabagismo e outros afins. Também no estudo realizado por Sarno & Monteiro (2014), avaliaram a associação do IMC com a ocorrência de hipertensão arterial e observaram um aumento uniforme e significativo da prevalência da hipertensão arterial com o aumento do IMC. Os autores observaram que o risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS) é seis vezes maior entre mulheres com sobrepeso na idade entre 20 e 45 anos quando comparadas às mulheres eutróficas (BONFIN, 2014 *apud* SARNO & MONTEIRO, 2014).

Além disso, a pesquisa realizada na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, onde foram analisadas 88 gestações, sessenta gestações também apresentaram condições associadas à Hipertensão Arterial Crônica (68,2%), sendo a mais prevalente obesidade (n=17), seguida de diabetes mellitus gestacional (DMG) (n=16) e infecção do trato geniturinário (ITU) (n=1) (MONTEIRO *et al.*, 2017).

De acordo com esses resultados e comparando-os à outros estudos percebe-se a semelhança do predomínio de pacientes acima do peso, que desenvolveram e/ou estão propensos a desenvolver Hipertensão Arterial. Do ponto de vista gestacional isso acarreta danos tanto para mãe, quanto para o feto, necessitando de medidas preventivas, pré-natal de qualidade, intervenções adequadas, orientações, além do monitoramento contínuo destas gestantes.

4 | CONCLUSÃO

Sendo a gestação um período em que ocorrem diversas alterações biológicas, físicas, psicológicas e metabólicas, a disfunção nutricional acarreta danos tanto para mãe quanto para o concepto. Conclui-se que, em relação a classificação nutricional das gestantes de acordo com o IMC 49,45% dos prontuários analisados, encontravam-se acima do peso adequado (sobrepeso e obesidade). Compreende-se a importância do acompanhamento nutricional durante a gestação, onde são desenvolvidas orientações e promoções de hábitos alimentares saudáveis, que visem a prevenção da disfunção de peso durante este período. Em relação ao estado nutricional relacionado às comorbidades das gestantes, o presente estudo permitiu observar destaque para manifestações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular, equivalendo a 34,07% de todas as comorbidades avaliadas, sendo que dentre estas a Hipertensão Arterial foi a que mais predominou. Também foi possível observar que a predominância do excesso de peso estiveram nas gestantes com a faixa etária de 20 a 30 anos. A assistência no pré-natal no que se refere alimentação saudável, avaliação nutricional, orientações sobre ingestão de frutas, verduras, legumes, prática de exercícios físicos, acompanhamento sistemático da saúde da gestante como um todo, é de fundamental importância, visando a identificação precoce de complicações e/ou patologias. Para isso a melhoria do investimento no atendimento dos serviços especializados, tanto de profissionais, quanto de infra-estrutura, possibilitam desenvolvimento de ações preventivas, bem como o possível manejo das complicações dessas pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, HaydaJosiane et al. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores de zona rural. **Revista de Nutrição**, 2008.

BOLÉO-TOMÉ, JOSÉ PEDRO. **Doença respiratória e gravidez**. Acta MedPort, v. 20, n. 4, p. 359-67, 2007.

BONFIM, Carla Fabrícia Araújo. **Estado nutricional e intercorrências gestacionais: uma revisão.** *Saúde*. com, v. 10, n. 4, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

CORREIA, Luciano Lima et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

HEITOR, Sara Franco Diniz; RESENDE RODRIGUES, Leiner; DOS SANTOS TAVARES, Darlene Mara. **Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, 2013.

LEAL, Ruanna Cardoso et al. **Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco.** *Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963*, v. 11, n. 4, p. 1641-1649, 2017.

MALACHIAS, MVB et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 13 - Hipertensão Arterial Resistente. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 75- 78, set. 2016.

MONTEIRO, Anna Louise Stellfeldt et al. **Avaliação epidemiológica de gestantes hipertensas crônicas da maternidade HC-UFPR.** *Revista Médica da UFPR*, v. 4, n. 1, p. 17-22, 2017.

PAIVA, Leticia Vieira de. **Estado nutricional em gestações de alta risco: complicações do parto, puerpério e análise do consumo dietético.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2012.

ROSA, Rosiane Lima; MOLZ, Patrícia; PEREIRA, Camila Schreiner. **Perfil nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde.** *Cinergis*, v. 15, n. 2, 2014.

SANTOS, Edideuza Alves Lima; ACIOLY, Patrícia Lovatel; RAMOS, Roberta Juliano. **Avaliação do estado nutricional de gestantes durante a gestação e no período pós-parto.** *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 3, n. 2, p. 20-30, 2014.

SANTOS, José Gilmar Costa et al. **Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré-natal.** *International Journal of Nutrology*, v. 10, n. 2, p. 5-15, 2017.

SATO, Ana Paula; FUJIMORI, Elizabeth. **Estado nutricional e ganho de peso de gestantes.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 3, 2012.

SOUZA, Luis Eduardo Almeida de et al. **Principais agravos em gestantes na atenção básica de saúde.** Rev. para. med, v. 27, n. 2, 2013.

TEIXEIRA, Caroline San Severino; CABRAL, Antônio Carlos Vieira. **Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO GynecologyandObstetrics, v. 38, n. 01, p. 027-034, 2016.

CAPÍTULO 13

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 29/12/2020

Simone Souza de Freitas

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Amanda Dacal Neves

Enfermeira pela Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS. Recife, PE, Brasil
<https://www.cnpq.br/32533401319188679>

Gabriela Rodrigues Amorim

Enfermeira pela Faculdade de Ensino Superior de Floriano - FAESF Piauí, PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8846269259443628>

Inalda Juliani Ferreira dos Santos

Enfermeira pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1956228562487016>

Janaina de Souza Fiaux Almeida

Enfermeira pelo Centro Universitário do Norte, UNINORTE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4453507954912428>

Luis Felipe da Silva Medeiros

Enfermeiro pelo Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1653993266653642>

Marcileide da Silva Santos

Enfermeira pelo Centro Universitário Maurício de Nassau, UNINASSAU. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2109681196480438>

Maria Ramona da Penha Carvalho

Enfermeira pela Faculdade Nossa Senhora das Graças - FENSG – UPE. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9675431152613021>

Nathalia Nascimento Gouveia

Enfermeira pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1879999289999749>

Robson Gomes dos Santos

Enfermeiro, especialista em saúde mental. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João pessoa, PB, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7421968271828717>

Shelma Feitosa dos Santos

Enfermeira pela Faculdade de Ensino Superior de Floriano – FAESF. Floriano, PI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3645752650123063>

Tayanne Kettyne Silva Santos

Enfermeira pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil

Victor Hugo Silva de Lima

Enfermeiro pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6755410390824462>

RESUMO: Introdução: O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama. A Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza que as ações de prevenção no cuidado com as condições crônicas, destaca que é possível prevenir a maioria destas, e que, assim, toda a interação de saúde deve incluir a prevenção.

Objetivo: Desse modo, o presente trabalho aborda a importância das ações de enfermagem para a prevenção do câncer de mama. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). **Resultados:** Com relação às bases de dados nas quais os artigos foram selecionados, a base de dados Lilacs destacou-se como a base com maior quantitativo de artigos indexados, no entanto, apenas oito artigos compuseram a amostra por responderem ao questionamento do estudo. Scielo foi a base de dados que apresentou o maior número de artigos, doze, que atenderam aos critérios estabelecidos no estudo. **Conclusão:** De acordo com os estudos referenciados, constatou-se que, para intervir nos fatores modificáveis do câncer de mama, assim como, no fator genético é necessária a mudança dos hábitos que contribuem para o agravamento da doença. Para tanto, a educação em saúde deve ser priorizada pelo enfermeiro, enfatizando a importância de hábitos saudáveis. Entretanto, é indiscutível que a prevenção do câncer é uma prática possível.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama, enfermagem, prevenção.

THE IMPORTANCE OF NURSING ACTION IN PREVENTING BREAST CANCER: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Breast cancer is a disease caused by the disordered multiplication of breast cells. The World Health Organization (WHO), emphasizes that preventive actions in the care of chronic conditions, highlights that it is possible to prevent most of these, and that, thus, all health interactions must include prevention. **Objective:** Thus, the present study addresses the importance of nursing actions for the prevention of breast cancer. **Methodology:** This is an integrative literature review, carried out in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO). **Results:** Regarding the databases in which the articles were selected, the Lilacs database stood out as the database with the highest number of indexed articles, however, only eight articles made up the sample for responding to the study's questioning. Scielo was the database that presented the largest number of articles, twelve, which met the criteria established in the study. **Conclusion:** According to the studies referenced, it was found that, in order to intervene in the changeable factors of breast cancer, as well as in the genetic factor, it is necessary to change the habits that contribute to the disease. Therefore, health education must be prioritized by nurses, emphasizing the importance of healthy habits. However, it is indisputable that cancer prevention is a possible practice.

KEYWORDS: Breast cancer, nursing, prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama¹. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor, sendo atualmente a primeira causa de morte com 23% dos cânceres entre as mulheres a cada ano, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil². O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza que as ações de prevenção no cuidado com as condições crônicas, destaca que é possível prevenir a maioria destas, e que, assim, toda a interação de saúde deve incluir a prevenção⁴. Neste contexto, a atenção primária em saúde é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito individual e coletivo onde se caracteriza com suas ações de promoção, prevenção e detecção precoce das doenças entre elas o câncer de mama⁵. Assim, entende-se por comportamentos preventivos em saúde (CPS) aqueles comportamentos empreendidos pelos indivíduos para aumentar ou manter a própria saúde⁶. As mudanças da práxis da saúde têm sido mais efetivas nos últimos anos através do conhecimento difundidos pelos enfermeiros sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama, visando a preservação e recuperação da saúde no plano individual, tornando o próprio sujeito responsável por decisões e ações que afetem direta ou indiretamente sua saúde⁷.

O Instituto Nacional do Câncer considera a prevenção primária as ações de promoção e nas ações de proteção específicas contra fatores de riscos para o câncer de mama, sendo que a promoção da saúde se relaciona às medidas inespecíficas da prevenção primária, como luta contra o tabagismo, orientações sobre dieta saudável⁸. Assim como, a prevenção secundária está relacionada ao rastreamento, mamografia e o autoexame da mama⁹. Através das ações de saúde na maioria das vezes feita pela enfermagem, as pessoas são encorajadas, assim como, nas consultas de enfermagem, a responsabilizar-se pela própria saúde, por meio da adoção de comportamentos saudáveis, sendo está uma característica atual implícita no cuidado preventivo na atenção à saúde sobre o câncer de mama¹⁰. Esta é, portanto, uma tendência mundial, onde se destaca a crescente importância das atitudes individuais para a promoção, prevenção e proteção de doenças, além da disseminação paralela dos fatores de risco à saúde associando sua prática, ao crescente peso da razão econômica¹¹.

Analisando-se o panorama apresentado, sobre o câncer de mama como um problema de saúde pública em nosso país, torna-se evidente, a discussão sobre a prevenção do câncer, o comportamento preventivo a este agravo, salientando o objetivo deste estudo a atuação da enfermagem na prevenção do câncer de mama¹². Para prevenir o câncer a população deve ser informada sobre os comportamentos de risco, os sinais de alerta e a frequência da prevenção^{1,2}. Mas, além disto, é importante a capacitação dos profissionais

de saúde e principalmente da equipe de enfermagem por lidar diretamente não apenas na atuação da prevenção, mas no contato com os portadores do câncer de mama, buscando uma reorientação para a cultura do câncer e conseqüentemente mudanças na práxis destes profissionais³.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde e utilizou-se dos estudos, que atenderam à temática, ao objetivo proposto e aos critérios adotados para a seleção, oriundos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), sobre o tema a importância da atuação da enfermagem na prevenção do câncer de mama. A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A busca pelos estudos foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2020, para atualização dos dados, a partir dos seguintes descritores, de forma isolada, articulada e combinada, na língua portuguesa: câncer de mama, enfermagem, prevenção. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados em português nos últimos cinco anos; artigos na íntegra que retratassem a temática referente a importância da atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama.

A busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa foram realizadas pelos autores de forma independente, em consonância ao princípio de superação de possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo um método rigoroso para essa busca e seleção de estudos sobre o tema proposto. Na pesquisa, foram encontrados 100 estudos em português, com texto completo e dos últimos cinco anos. Após a leitura do resumo e a seleção, obteve-se um total de 60 estudos, os quais foram lidos na íntegra. Em seguida, realizou-se a avaliação crítica desses com relação ao problema de pesquisa do estudo e apenas 20 estudos atingiram o objetivo e responderam ao problema de pesquisa proposto. A partir desse ponto, foi possível analisar os artigos integrando as ideias dos autores, possibilitando uma análise coerente com o objetivo deste estudo.

Para a elaboração da revisão integrativa da literatura selecionada foram estabelecidas as seguintes etapas: identificação do tema e definição do problema de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e a categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos nesta revisão; a interpretação dos resultados e a

apresentação das conclusões obtidas da revisão, isto é, uma síntese dos conhecimentos apresentados nos estudos inclusos.

Para a análise dos dados da literatura teórica e empírica incluída nesta revisão integrativa, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática, segundo as fases: a) leitura flutuante e globalizada dos dados selecionados; b) exploração do material selecionado por meio da codificação, efetuada por “recorte do texto em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes em relação com o todo, permitindo atingir uma representação do conteúdo sobre o tema em estudo” e, em seguida, pela categorização – que é uma operação de classificação de categorias as quais reúnem um grupo de unidades de registro sob um título genérico com agrupamento efetuado em razão das características comuns desses elementos (neste estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação); d) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, processados conforme o objetivo previsto e a discussão entre os autores dos estudos selecionados.

Da análise do conteúdo dos estudos referenciados, originaram-se quatro categorias temáticas que descrevem os fatores que influenciam na importância da atuação da enfermagem na prevenção do câncer de mama com intervenções sobre os fatores de riscos modificáveis; Educação em saúde continuada para o controle e a adesão ao tratamento da CA de mama; Conhecimento da doença pelo portador.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os dados estão apresentados de forma descritiva, objetivando compreender o contexto das evidências disponíveis acerca das intervenções de enfermagem voltadas à promoção e prevenção do CA de mama, visando reunir e organizar o conhecimento sobre a temática investigada. Com relação às bases de dados nas quais os artigos foram selecionados, a base de dados Lilacs destacou-se como a base com maior quantitativo de artigos indexados, no entanto, apenas oito artigos compuseram a amostra por responderem ao questionamento do estudo.

SciELO foi a base de dados que apresentou o maior número de artigos, doze, que atenderam aos critérios estabelecidos no estudo. Ressaltamos que os artigos duplicados foram contabilizados apenas uma vez, sendo incluídos na base com o maior quantitativo de artigos que atenderam aos critérios da pesquisa. Onde revelam que a enfermagem, enquanto ciência do cuidar para a qualidade de vida das pessoas, pode atuar ampliando a consciência crítica dos indivíduos, famílias e comunidade para a aquisição do poder de escolhas saudáveis de vida.

Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta de prevenção com poder de transformação social, visando à diminuição dos riscos potenciais de atitudes e ações inadequadas que refletem na qualidade de vida do indivíduo. Assim,

os artigos analisados como base traz que o enfermeiro detém competências e habilidades para atuar visando à educação em saúde da população mediante todos os fatores que possam contribuir para a detecção precoce dessa doença.

Onde, enfermeiro em suas consultas tem a aproximação do indivíduo e do seu contexto familiar, no qual os enfermeiros devem estar atentos aos fatores de risco como menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal pós- menopausa, assim como, aos fatores de risco modificáveis como a ingestão de bebidas alcoólicas, sobrepeso, obesidade na pós- menopausa e exposição à radiação ionizante, para promover ações de educação em saúde atuando na prevenção, assim como ações de saúde para o portador do câncer de mama como para seus familiares, visto que possuem um grande poder de persuasão sobre as decisões dos portadores.

Desse modo, o Ministério da Saúde preconiza que as estratégias de diagnóstico precoce devem ser formadas por: indivíduos atentos para as manifestações clínicas relacionadas ao câncer de mama; trabalhadores da saúde também atentos às manifestações clínicas indicativas de câncer de mama e qualificação para ajuizamento dos casos suspeitos; e serviços de saúde aparelhados e organizados para assegurar a ratificação diagnóstica adequada, com condições efetivas e com a precaução de garantir a integralidade e prosseguimento da assistência em todos os níveis de atenção à saúde. No entanto, os enfermeiros devem ser profissionais modificadores do contexto no qual estão inseridos e, para tal, é imprescindível que a sua formação oportunize o desenvolvimento de competências e habilidades para a realização prática das atividades incumbidas.

Este estudo traz uma reflexão e o incentivo para tal prática entre os profissionais enfermeiros. Onde aponta que a sistematização de dados relacionados ao câncer de mama possui um papel relevante, visto que estes dados podem gerar informações importantes relacionadas ao câncer de mama, possibilitando subsídios para auxiliar o planejamento administrativo e, conseqüentemente, melhorando o nível assistencial e o alcance das metas das políticas públicas.

CONCLUSÃO

De acordo com os estudos referenciados, constatou-se que, para intervir nos fatores modificáveis do câncer de mama, assim como, no fator genético é necessária a mudança dos hábitos que contribuem para o agravamento da doença. Para tanto, a educação em saúde deve ser priorizada pelo enfermeiro, enfatizando a importância de hábitos saudáveis. Entretanto, é indiscutível que a prevenção do câncer é uma prática possível.

As práticas de prevenção, entretanto, não estão sendo aplicadas em sua plenitude. Estas dependem da vontade dos políticos, da sensibilização dos profissionais de saúde, e da motivação dos indivíduos ser um agente participativo das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Nesse sentido, acredita-se que a valorização dos conhecimentos, das crenças, dos valores e das normas dos indivíduos, entendidas de uma forma ampla e heterogênea, são fundamentais na reorientação dos serviços de saúde. Propõe-se então a realização de novas pesquisas na área da promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como, mudanças na educação formal da população e no ensino específico dos profissionais da área de saúde, uma vez que, estes podem proporcionar uma maior adesão aos programas de promoção da saúde e prevenção do câncer pelos indivíduos.

O presente estudo, traz o papel educativo do enfermeiro e as ações benéficas para a adesão ao tratamento do câncer de mama, indicando que um processo educativo sistemático pode favorecer o conhecimento dos portadores dessa doença, assim como prevenir em tempo hábil e acredita-se que este estudo possa contribuir para uma mudança no panorama da assistência do enfermeiro em suas ações de prevenção do câncer de mama. Enfim, as práticas educativas devem atender às necessidades individuais e familiares para maior adesão às ações de saúde e quando portador da doença ter maior compreensão ao tratamento não medicamentoso e ao medicamentoso. O enfermeiro pode contribuir de forma significativa para a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Bushatsky M, Barros MBSC, Interaminense INCS, Rosendo PG, Beltrão Neto JE, Figueira Filho ASS. Câncer de mama masculino: estudo de caso em dois serviços especializados da cidade do Recife, Brasil. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2011 jun [acesso em 19 fev 2013];5(4):951-6.
2. Benevides JP. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros no controle do câncer de mama na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2016.
3. Cavalcante SAM, Silva FB, Marques CA, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2013 jul;59(3):459-66. [http:// dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155)
4. Cavalcante SAM, Silva FB, Marques CA, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2013 jul;59(3):459-66. [http:// dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155)
5. Cortez EA, Miranda GMS, Sant'Anna MC, Rafael RMR. Formação profissional do enfermeiro para prevenção da neoplasia mamária. Rev pesqui cui fundam Online [Internet]. 2010 out/dez [acesso em 2020 dez 20];2(4):1264-74. Disponível em:http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/728/pdf_84.
6. Cestari MEW, Zago MMF. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2012 [citado em 22 maio 2013];11(suplem.):176-82. Disponível em:<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../17073/pdf>

7. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996
8. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [citado em 21 mar 2004]. Disponível em: URL: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index>
9. Oliveira AM, Pozer MZ, Silva TA, Parreira BDM, Silva SR. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. Rev esc enferm USP [Internet]. 2012 fev [citado em 19 fev 2013];46(1):240-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a32.pdf>.
10. Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2012 jan-fev;65(1):155-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>
11. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003
12. Sousa MST, Brandão IR, Parente JRF. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). Rev Interfaces [Internet]. 2015 ago; [citado 2018 jan 14];3(1):[aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://interfaces. leaosampaio.edu.br/index.php/revistainterfaces/article/view/260/155>

CAPÍTULO 14

A VIVÊNCIA DAS MÃES SOBRE O PROCESSO DE INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/04/2021

Rebeca dos Santos Duarte Rosa

Mestre em Enfermagem pela UFMG, 1998.
Professora adjunta do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNA. Belo Horizonte, MG. Orientadora da pesquisa
<http://lattes.cnpq.br/0790072450975883>

Amanda Solene de Carvalho

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário UNA, 2018. Belo Horizonte, MG

Ludmilla Lima da Costa

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário UNA, 2018. Belo Horizonte, MG

Luiza Helena Rocha Sousa

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário UNA, 2018. Belo Horizonte, MG

RESUMO: O período da permanência de um recém-nascido pré-termo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode variar de acordo com sua necessidade biológica, e durante este processo o vínculo entre mãe e o RN acaba sendo afetado. Este estudo teve como objetivo analisar, à luz da literatura os sentimentos das mães, identificando os fatores que interferem no enfrentamento frente a internação de seu recém-nascido, bem como compreender o papel do enfermeiro quanto ao desenvolvimento do vínculo entre mães e seus RN's. Diante disto, foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa de literatura, através de levantamentos bibliográficos

em bases de dados, como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed), Coleciona SUS, e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Por meio deste estudo foi possível identificar a vivência das mães em relação ao período que seus recém-nascidos (RN) estiveram internados, bem como sentimentos de tristeza e insegurança relatados por elas em não poder proporcionar cuidado ao seu filho. Os estudos levantados demonstraram ainda, a frustração emocional destas mães que se sentem culpadas pela internação de seu RN. As pesquisas evidenciaram estratégias adotadas pelas mães durante este período com intuito de minimizar os sentimentos de medo e angústia de forma dinâmica e participativa.

PALAVRAS-CHAVE: neonatologia, Terapia Intensiva Neonatal, cuidados de enfermagem, sentimentos das mães, recém-nascido prematuro.

THE EXPERIENCE OF THE MOTHERS ON THE PROCESS OF HOSPITALIZATION OF THE PRETERM NEWBORN IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The period of the stay of a preterm newborn in a Neonatal Intensive Care Unit may vary according to its biological need, and during this process the bond between mother and newborn is affected. This study aimed to analyze, in the light of the literature, the feelings of the mothers, identifying the factors that interfere in the confrontation before the hospitalization of their newborn, as well as to understand the

role of the nurse in the development of the bond between mothers and their newborns. In this way, a research of integrative revision of literature, through bibliographical surveys in databases such as: Virtual Health Library (VHL), Latin American Literature in Health Science (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE / PubMed), Collects SUS, and the Nursing Database (BDENF). Through this study it was possible to identify the mothers' experience in relation to the period that their newborns were hospitalized, as well as feelings of sadness and insecurity reported by them in not being able to provide care to their child. The studied studies also demonstrated the emotional frustration of these mothers who feel guilty about the hospitalization of their newborn. The research evidenced strategies adopted by the mothers during this period in order to minimize the feelings of fear and distress in a dynamic and participative way.

KEYWORDS: Neonatology, Neonatal Intensive Care, nursing care, feelings of mothers, premature newborn.

1 | INTRODUÇÃO

A neonatologia no contexto hospitalar vem sofrendo grandes mudanças que impactam na melhoria da qualidade da assistência prestada ao recém-nascido envolvendo avanços tecnológicos, evidências científicas e capacitação dos profissionais, que resulta em um índice satisfatório de sobrevivência de bebês prematuros que necessitam de cuidados específicos (SANTOS et al., 2012).

Caracteriza-se como recém-nascido pré-termo ou prematuro (RNPT), o bebê que nasce antes da 37ª semana de gestação completa, ou por alterações no peso que podem ser classificadas de duas formas: muito baixo peso, quando o peso atinge menos que 1.500g, ou baixo peso quando inferior a 2.500 g (CARVALHO et al., 2001).

Diante disso, a necessidade clínica de internação de um recém-nascido pré-termo e o encaminhamento a uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve seguir os seguintes critérios: nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica, nutrição parenteral, estão em uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, antibióticos profiláticos; menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor que 1kg; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte (BRASIL, 2012).

O ambiente de uma UTIN difere do que ele já estava acostumado intra-útero, envolvendo: desconforto, ruídos, dor e alterações de temperatura. Sabe-se que um recém-nascido depende dos cuidados intensivos deste setor e é submetido acerca de cem procedimentos invasivos por dia, bem como manipulações para mudança de decúbito e curativos no caso de lesões (REICHERT et al., 2007).

De acordo com Hackbarth et al. (2015), no ano de 2010 cerca de 15 milhões de bebês nasceram prematuros no Brasil, o que representa 11,1% da prevalência global,

e que o torna o 10º país com maior índice de recém-nascido pré-termo, além de ser a principal causa da morte neonatal.

Estudos recentes voltados à prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, mencionam que entre o ano de 2009 a 2011 o índice de bebês prematuros foi de 11,7% a 11,8%, sendo um total de 279,3 mil partos de prematuros por ano, equivalente a 9,2% do total de nascimentos em todo o país (MATIJASEVICH, 2013).

O período da permanência de um RNPT em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode variar de acordo com sua necessidade biológica e durante este processo, o vínculo entre mãe e o RN acaba sendo afetado pela impossibilidade de contato e pela insegurança decorrente dos procedimentos e do ambiente hostil, uma vez que as rotinas deste setor podem causar incômodo e falta de privacidade aos pais (RABELO et al., 2007).

A internação do recém-nascido pré-termo em uma UTIN causa a separação repentina entre RN e a mãe comprometendo os laços de afetividade entre eles, não só em consideração à distância física, mas também a separação emocional por estarem em um ambiente diversificado do que os pais esperavam, além da presença dos profissionais e as diversas manipulações ao seu bebê (COSTA, 2010).

No Brasil, é estabelecido pela Lei de número 8069 de 1.990 em seu artigo 12, que durante a internação de uma criança ou adolescente menor de 18 anos, é permitido a presença de um dos pais ou responsável em tempo integral. Apesar dessa lei ainda não ser aplicada em todas as instituições de saúde ou das instituições não fornecerem condições aos familiares se instalarem, é sabido que a permanência de um familiar muito interfere no processo de recuperação da criança (COSTA, 2010).

Com a presença e a participação dos pais durante o tratamento do RN, é preciso qualificar os profissionais envolvidos no referido setor em relação ao convívio com eles, com abordagem nos sentimentos e as possíveis reações que apresentam, pois o cuidado não pode ser centrado somente no bebê, mas inclui seus familiares para que se tenha uma assistência voltada à saúde humanizada (OLIVEIRA, 2006).

Partindo destes princípios questiona-se: qual o impacto emocional causado a estas mães, bem como nas medidas adotadas por elas para superarem este momento de internação do recém-nascido pré-termo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? Desta forma este estudo tem como finalidade analisar, à luz da literatura os sentimentos das mães, identificando os fatores que interferem no enfrentamento frente a internação de seu recém-nascido, e assim reconhecendo estratégias que elas adotam. Além disso, compreender o papel do enfermeiro quanto ao desenvolvimento do vínculo entre as mães e seus RN's.

Acredita-se que este estudo auxiliará os profissionais envolvidos na assistência do recém-nascido a nortearem ações voltadas as particularidades de cada RN, além de poderem conhecer a percepção dessas mães durante o período de internação, estimulando a reflexão para melhoria no atendimento e o envolvimento com a família.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que é um método de extrema relevância pois determina-se um objetivo específico com questionamentos respondidos e hipótese a serem testadas, em que a coleta de dados apresentará critérios de inclusão e exclusão, sendo subdividido em seis fases conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008), sendo elas:

Primeira etapa	Identificar o tema e seleção da questão de pesquisa.
Segunda etapa	Delimitar os critérios de inclusão e exclusão dos dados/estudos.
Terceira etapa	Identificar os estudos pré-selecionados e selecionados para extrair as informações.
Quarta etapa	Categorizar os estudos selecionados, a fim de garantir a validade da revisão.
Quinta etapa	Analisar e interpretar os resultados, avaliando criticamente os estudos.
Sexta etapa	Apresentar a revisão e síntese do conhecimento.

Mediante a escolha do tema e partindo da pergunta de pesquisa, este estudo foi elaborado através da exploração da literatura com publicações de artigos originais e revistas, utilizando os Descritores em ciências da Saúde - DeCS: neonatologia, Terapia Intensiva Neonatal e cuidados de enfermagem. O levantamento bibliográfico se deve por meio de busca eletrônica nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed), Coleciona SUS e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para inclusão foram selecionadas publicações, dissertações e periódicos em língua portuguesa, no período de 2001 a 2018, sendo excluídos estudos que não se adequaram ao tema proposto, ou estudos que apresentaram duplicidade. A partir da busca bibliográfica foram utilizados os seguintes filtros: idioma em português; base de dados LILACS, MEDLINE, Coleciona SUS e BDENF; assunto principal: enfermagem neonatal, neonatologia, recém-nascido, recém-nascido prematuro, cuidados de enfermagem e terapia intensiva neonatal. Após levantamento de dados, foi elaborado um quadro sinóptico contendo 19 artigos para melhor compreender as variáveis de análise, abrangendo os seguintes requisitos: título do artigo; autores e ano de publicação no período de 2005 a 2017; periódicos; classificação Qualis sendo sete classificados como B1; tipo de estudo sendo oito descritivos de abordagem qualitativa; nível de evidência sendo nove nível IV, e objetivo conforme mostrado a seguir:

Título do artigo	Autores	Revista	Qualis da Revista	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Objetivos
Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo	VERONEZ, M. et al., 2017.	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa	IV	Descrever o processo de construção do cuidar materno mediado pelo enfermeiro durante o período de internação e alta de bebês prematuros.
Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos.	HACKARTH, B. B. et al., 2015.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria	B1	Estudo retrospectivo do tipo caso-controle	II	Investigar a associação entre fatores de risco genéticos, comportamentais, biológicas e médicos e a ocorrência da prematuridade.
Respostas fisiológicas e comportamentais durante o manuseio em unidade de Terapia Intensiva Neonatal	MAGALHÃES, F. J. et al., 2011.	Revista Rene	B2	Estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa	III.2	Verificar as respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido internos na UTIN e, propor um protocolo de manuseio mínimo do RN na UTIN.
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico	MARTINS, C.F. et al., 2011.	Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro	B2	Pesquisa bibliográfica	IV	Identificar estímulos sonoros e luminosos que contribuem e que prejudicam o desenvolvimento do recém-nascido de risco na Unidade de Terapia Neonatal e discutir ações de enfermagem que promovam bem estar ao cliente.
Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal.	CARTAXO, L. S. et al., 2014.	Revista enfermagem UERJ	B1	Estudo descritivo e quanti qualitativo	I	Verificar a vivência de mães de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal.

Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará	NETO, F. R. G. et al., 2008.	Revista Brasileira de Enfermagem	A2	Pesquisa descritiva exploratória	IV	Avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal nos territórios da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral.
Humanização do Cuidado da UTI Neonatal	REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N., 2007.	Revista Eletrônica de Enfermagem	B1	Pesquisa de natureza qualitativa	IV	Identificar ações de enfermagem que contribuam para humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).
Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva	SANTOS, L. M. et al., 2012.	Revista Brasileira de Enfermagem	A2	Estudo descritivo, de natureza qualitativa	IV	Analisar os parâmetros utilizados pela equipe de enfermagem para avaliação da dor no recém-nascido prematuro.
A UTI Neonatal sob a ótica das mães.	COSTA, M.C.G., et al., 2010.	Revista Eletrônica de Enfermagem	B1	Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa	V	Compreender os sentimentos de mães de bebês internados em UTIN.
Dificuldades vivenciadas por mães de recém-nascidos prematuros durante a permanência prolongada em ambiente hospitalar.	CONTIM, D. 2017.	Revista Enfermagem Atenção Saúde.	A2	Estudo descritivo, de natureza qualitativa	IV	Identificar as dificuldades vivenciadas pelas mães de recém-nascidos prematuros durante a permanência prolongada no ambiente hospitalar.
Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:Revisão Integrativa.	SILVA, R. M. M., 2016.	Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro	B2	Revisão integrativa da literatura	I	Identificar a produção científica nacional relacionada às experiências vividas pelas famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal.
Sentimentos de mães atribuídos a hospitalização de um filho	FIGUEIREDO, S. V. et al., 2013.	Revista Cogitare Enfermagem	B1	Estudo de natureza descritiva, de abordagem qualitativa	IV	Descrever os sentimentos de mães ao vivenciarem o internamento dos filhos.

Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar	JOAQUIM, R. H. V. T., 2014.	Cadernos de Terapia Ocupacional	B2	Relato de Experiência	III	Explicitar por meio do artigo uma experiência junto ao grupo de mães de neonatos hospitalizados.
Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA	ALMEIDA, et al., 2012.	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	Estudo comparativo transversal	III	Investigar fatores de risco maternos para nascimentos de prematuros em uma maternidade pública.
Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática	DUARTE, E. D. 2010.	Revista eletrônica em enfermagem	B1	Revisão bibliográfica sistemática	I	Realizar uma revisão bibliográfica sistemática com o objetivo de identificar práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco.
A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal	GAÍVA, M. A. M.; SCOCH, C. G. S., 2005.	Revista brasileira de Enfermagem	A2	Pesquisa qualitativa	IV	Analisar a participação da família na assistência ao prematuro em uma UTI neonatal de um hospital universitário.
Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco.	LOSS, A. B. M. et al., 2015.	Revista Interinstitucional de Psicologia	B4	Estudo descritivo	VI	Avaliar os estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de bebês pré-termo e baixo peso de um programa de follow-up de recém-nascidos de risco em um hospital público de Vitória.

O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado.	OLIVEIRA, B. R. G. et al., 2006.	Texto e contexto enfermagem	A2	Estudo descritivo e exploratório	I	Diagnosticar o processo de trabalho de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, identificando qual a percepção da equipe sobre seu objeto de trabalho, quais são os instrumentos de trabalho utilizados, qual é a finalidade do trabalho, qual é o produto final obtido com o trabalho e quais ações são desenvolvidas para a humanização da assistência de enfermagem.
Relações entre diagnósticos do CID10 e características do processo de hospitalização de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal	NUNES, J. A.; CUNHA M. C. 2014.	Revista Distúrbios da Comunicação	B3	Pesquisa retrospectiva e quantitativa	III	Comparar os diagnósticos do CID-10 com período de internação, permanência da mãe e ganho de peso de recém-nascidos (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Quadro 1 - Distribuição das publicações incluídas na amostra final deste estudo, conforme título, autores, revista, qualis da revista, tipo de estudo, nível de evidência e objetivos.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os pais quando recebem a notícia de uma gestação, planejam de imediato como será o cuidado e a mudança que terão em suas rotinas diárias, além de aguardarem com ansiedade a chegada de uma nova vida à família. Entretanto, quando existe a necessidade de internação deste RN logo após o parto, surge um sentimento de frustração, insegurança e sensação de perda por não poderem levá-lo para a casa (OLIVEIRA, 2012).

Recém-nascido pré-termo e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

É considerado um recém-nascido pré-termo (RNPT) todo bebê nascido vivo antes da 37ª semana de gestação, sendo classificados como: limítrofes (35ª - <37ª semana), intermediários (32ª - <35ª semana), muito prematuros (28ª - <32ª semana) ou extremos (<28ª semana) (HACKBARTH, 2015).

Para Silva et al. (2016), cerca de 50% dos casos de parto prematuro não possui um fator etiológico bem definido, pois muitas vezes, é causado por uma combinação de fatores maternos e fetais. Entre os fatores de risco relacionados ao parto prematuro, tem-se: história de parto prematuro espontâneo; gemelaridade; sangramentos persistentes no segundo trimestre; infecções geniturinárias; entre outros. Acrescentando-se a isto, Almeida et al. (2012) afirma em seu estudo que, gestantes com renda mensal inferior a dois salários mínimos ou que vivenciaram momentos de estresse, apresentaram duas vezes mais suscetibilidade de terem suas gestações interrompidas, ocasionando na prematuridade de seus RN's.

Assim Neto et al. (2008), afirma que se faz necessário o acompanhamento da mãe durante toda a gravidez nas consultas de pré-natal, para que, caso seja detectado algum fator de risco para prematuridade ou intercorrência clínica com o feto, essas mães possam ser orientadas e acompanhadas ainda na gestação, prevenindo assim possíveis complicações no pós-parto, além de oferecer atendimento voltado à sua particularidade envolvendo, inclusive, aspectos psicológicos.

Para atender a esta demanda existente, foram criadas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN's) que são voltadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que necessitam de assistência multiprofissional contínua com equipamentos específicos, além de fármacos, recursos humanos especializados e acesso a tecnologias, à definição de diagnósticos e as práticas terapêuticas para melhora de seu quadro clínico (BRASIL, 2012).

Na rotina de trabalho de uma UTIN entende-se que os pais reajam de maneira diferentes a este processo, enquanto alguns se aproximam e querem se inteirar do assunto para estar ciente dos avanços na melhora clínica do seu bebê, outros se retraem, seja por insegurança do desconhecido ou até mesmo descaso com o cuidado (TRONCO, 2015).

É de extrema importância o contato entre a criança e a família, uma vez que anula sentimentos em decorrência da separação, traz resultados positivos quanto estabilidade hemodinâmica do bebê, auxilia nos fatores que são estressantes para ambos, como por exemplo a dor desse recém-nascido, além de acalantar os pais (MITTAG, 2004).

Magalhães (2011) afirma que, dentre os critérios que levam ao encaminhamento de RN's prematuros a uma UTIN, estão: prematuros com peso inferior a 2.500g; bebês com alterações cardíacas e respiratórias apresentando instabilidade hemodinâmica; má-formações congênitas e bebês que foram submetidos à cirurgia de urgência após o nascimento e necessitam de um acompanhamento multiprofissional de acordo com sua indicação. Contim et al. (2017) complementa afirmando que os RNPT's possuem características intrínsecas específicas, como por exemplo, termorregulação ineficaz e pele frágil, e em relação a estas fragilidades demandam cuidados hospitalares prolongando seu período de internação.

Apesar da relevância da permanência deste recém-nascido pré-termo em uma UTIN para sua recuperação, este ambiente pode causar ao RN e a família um resultado inesperado,

pois não estão preparados para esta rotina com luzes e ruídos incômodos, instabilidade em sua temperatura, padrão de sono prejudicado, além dos diversos procedimentos invasivos aos quais são submetidos, ocasionando dor e até mesmo infecções indesejadas (REICHERT et al., 2007).

Os diversos procedimentos e manuseios necessários para o cuidado do recém-nascido envolve medidas que o expõe a riscos para lesões de pele, traumas, queimaduras e infecções no sítio de punção, o que pode acarretar no aumento da morbimortalidade dessa população (SANTOS, 2015).

Enquanto o recém-nascido estiver internado em uma UTIN, receberá cuidados com o intuito de melhorar seu estado clínico e auxiliar na sua sobrevivência, porém necessitará de procedimentos invasivos, como: intubação orotraqueal, punções periféricas e centrais, cateterismo vesical, caracterizando assim um processo de repetidos episódios de manuseio, cerca de 50 a 134 vezes em 24 horas, durante a fase mais crítica (MAGALHÃES, 2011).

Sabe-se que todos estes procedimentos podem desencadear insegurança e temor nas mães e familiares fazendo com que tenham receio em tocar o RN, aumentando o distanciamento entre eles.

Impacto emocional das mães e estratégias de enfrentamento

A internação representa para os pais e para o RN um período complicado e angustiante, pois a relação e os cuidados iniciais que ocorreria de maneira natural são dificultados pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e também pelos procedimentos que o bebê necessita durante a hospitalização (DUARTE et al., 2010). Nunes (2014) relata em seu estudo que sentimentos como tristeza, negação e revolta, são comuns nestas famílias, uma vez que o bebê apresenta comportamentos inesperados e consequentemente a mãe se mostra menos sensível ao comportamento do RN.

Deve-se atentar ao motivo que levou este RN à UTIN, pois algumas mães, mesmo cientes que o parto prematuro foi decorrente de incapacidade orgânica, se sentem culpadas por seu bebê estar sendo submetido a tantas manipulações, o que pode afetar o processo de afeto entre mãe e RN causando insegurança quanto ao cuidado que ela deverá prestar (RABELO, 2007). Cartaxo et al. (2014), corroboram com esta ideia afirmando que a separação entre as mães e os recém-nascidos, gera sentimentos de medo, tristeza e estresse, uma vez que elas se encontram inseguras e fragilizadas quanto à saúde do filho. Passam por sentimento de culpa e se responsabilizam pelo sofrimento do seu bebê, e ao mesmo tempo, depois de dias de internação, demonstram esperança e resignação.

As mães do bebê prematuro estão diante de uma situação crítica emocional na qual, na maioria dos casos por serem emergenciais, não houve tempo hábil para que fossem orientadas previamente sobre o pós-parto e os procedimentos que seu bebê será submetido, incluindo a internação. Em decorrência disto, ela pode apresentar insegurança no cuidado do bebê, sensação de culpa e frustração frente ao papel de mãe que deverá desempenhar (LOSS et al., 2015).

As mães destes RN's adotam medidas alternativas para auxiliar durante este processo, como por exemplo, **a religiosidade** que de acordo com a resolução n. 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente é um direito do paciente e acompanhante obter apoio espiritual segundo suas práticas e crenças por ser considerado benéfico para melhor enfrentamento do período de internação (FIGUEIREDO et al., 2013).

Joaquim et al. (2014) trouxe em sua pesquisa que algumas mães **participam de grupos operativos** realizados pela equipe interdisciplinar com abordagem específica para mães de bebês hospitalizados que **oferecem atividades artesanais, artísticas e plásticas, selecionadas a partir das demandas observadas** ou relatadas verbalmente pelas próprias mães, com intuito de minimizar os sentimentos de medo e angústia de forma dinâmica e participativa.

Outro método de enfrentamento que auxilia as mães se dá pela busca da presença dos familiares, uma vez que estes têm papel fundamental no suporte para que as mães permaneçam ao lado do RN hospitalizado, gerenciando tarefas como: organização do domicílio, apoio emocional e financeiro, além de poder revezar o acompanhamento no hospital quando necessário (ZANFOLIM et al., 2018).

Papel do enfermeiro uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O papel do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) consiste na diminuição dos fatores estressores e na implantação de ações que resultem em um ambiente terapêutico acolhedor. Por estar a maior parte do tempo junto ao recém-nascido conseguem identificar sinais de desconforto, que assim os permite prestar assistência eficaz e humanizada (MARTINS et al., 2011).

Além disso, o enfermeiro tem um papel crucial em auxiliar no desenvolvimento do vínculo entre mães e bebês, e acompanhar cuidadosamente cada passo no processo de construção da autonomia materna frente às implicações que procedimentos rotineiros podem exercer sobre o RN, requerendo uma certa sensibilidade e habilidade bem como o uso e escolha de palavras adequadas para transmissão de informações sobre alterações no quadro clínico da criança, auxiliando as mães a passarem por este momento (VERONEZ et al., 2017).

Neste sentido deve-se estimular a presença e visita dos pais enquanto seus bebês estiverem internados, promovendo aproximação entre eles para favorecer a melhoria nos resultados clínicos, proporcionando privacidade e respeito durante as visitas, a fim de que a família esteja sempre orientada quanto ao envolvimento afetivo e sua resolutividade (GAIVA, 2005).

Reichert (2007), relata que o enfermeiro pode fornecer orientações aos pais sobre o estado de saúde do seu bebê evitando dúvidas quanto aos cuidados prestados e estimulando o vínculo entre eles, uma vez que se nota melhora no quadro clínico, além de reduzir a ansiedade, medo e impacto por ter um filho internado com condições mínimas de conforto.

Mediante isto, é necessário investir na capacitação dos profissionais envolvidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal promovendo não só a técnica qualificada, mas também uma assistência humanizada de forma a identificar a participação dos pais, assim como nas intervenções necessárias junto à equipe multidisciplinar, afirma Santos et al. (2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos artigos selecionados, ficou explícito o quanto é relevante desenvolver ações como grupos operativos, utilização de linguagem acessível e clara ao passar informações inerentes a evolução clínica do RN internado, a fim de proporcionar o bem-estar destas mães e conseqüentemente o apoio psíquico e emocional.

Pôde-se notar a escassez de estudos nacionais publicados referentes a estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães, impedindo a abordagem do tema proposto. Diante disto, deve-se considerar a importância de novos estudos que contemplem as estratégias que as mães adotam perante a internação de seu RN em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, bem como o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações voltadas para este momento, com intuito dessas mães partilharem as vivências adquiridas por elas, objetivando também a sensibilização da equipe diante da situação delicada em que ela se encontra.

Contudo, o enfermeiro deve prestar assistência humanizada de forma acolhedora não só para o paciente hospitalizado, mas envolver as mães e os demais familiares que é um elemento crucial na hospitalização do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: 2012. v. 33. p. 86-94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13>>. Acesso em 19 mai 2018.

BRASIL. PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 10 mai 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 17 mar 2018.

CARTAXO, L.S. et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista enfermagem UERJ**. v. 22 p.551-7. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>> Acesso em: 05 mai 2018.

CARVALHO, A. E. V. et al. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g). **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 14, n. 1, p. 1-33. Ribeirão Preto: 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5204.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

CONTIM, D. Dificuldades vivenciadas por mães de recém-nascidos prematuros durante a permanência prolongada em ambiente hospitalar. **Revista Enfermagem Atenção Saúde**. p. 31-38. Triângulo Mineiro: 2017. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1684/pdf>>. Acesso em: 19 mai 2018.

COSTA, et al. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12(4). p. 698-704. Marília: 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7130/8492>>. Acesso em: 18 mai 2018.

DUARTE, E. D. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12 p. 539-46. Belo Horizonte: 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a18.htm>>. Acesso em: 22 mai 2018.

FIGUEIREDO, S. V. et al. Sentimentos de mães atribuídos à hospitalização de um filho. **Cogitare Enfermagem**. v. 8, n. 3, p. 552-7. Ceará: 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33571/21069>>. Acesso em: 02 mai. 2018.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58; p. 444-8. Cuiabá: jul/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a12v58n4>>. Acesso em: 21 set 2017.

HACKARTH, B. B. et al. Suscetibilidade à prematuridade: investigação de fatores comportamentais, genéticos, médicos e sociodemográficos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 37, n. 8. Rio de Janeiro: ago 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000800353>. Acesso em: 11 out. 2017.

JOAQUIM, R. H. V. T. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 22, n. 1, p. 145-150. São Carlos, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.016>>. Acesso em: 23 abril. 2018.

LOSS, A. B. M. *et al.* Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v.8; p. 3-18. Espírito Santo: 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202015000100002>. Acesso em: 15 out. 2017.

MAGALHÃES, F. J. et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 12; p. 136-43. Fortaleza: jan/mar 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/ainterna/Downloads/artigo%206.pdf>>. Acesso em: 29 set 2017.

MARTINS, C. F. et al. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **Revista de Enfermagem do Oeste Mineiro**. v. 1; p. 268-275. Juiz de Fora: abr/jun 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/ainterna/Downloads/Artigo%201%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ainterna/Downloads/Artigo%201%20(1).pdf)>. Acesso em: 10 out 2017.

MATIJASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 22; n. 4. Brasília: dez 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 13/ out 2017.

MITTAG, B. F.; WALL, M. L. Pais com filhos internados na UTI neonatal – Sentimentos e percepções. **Família Saúde e Desenvolvimento**. v.6, n.2, p.134-145. Curitiba: maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8068/5686>>. Acesso em: 21 set de 2017.

NETO, F. R. G. X. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61; n. 5, p.595-602. Sobral: 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011>. Acesso em: 25 set 2017.

NUNES, J. A.; CUNHA, M. C. Relações entre diagnósticos do CID10 e características do processo de hospitalização de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo: 2014.. v. 26. p. 70-76. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14457/14182>>. Acesso em 19 mai 2018.

OLIVEIRA, B. R. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e contexto enfermagem**. v. 15 p. 105-13. Florianópolis: 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71414366012/>>. Acesso em 21 mai 2018.

OLIVEIRA, G. P. Unidade de terapia intensiva neonatal: características e intervenção humanizada. Disponível em: <http://fameta.edu.br/media/files/2/2_283.pdf>. Diamantino: 2012. Acesso em: 22 set. 2017.

RABELO, M. Z. S. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 20; p. 333-7. Fortaleza: 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307026614015/>>. Acesso em: 22 set 2017.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 09, n. 01, p. 200-213. Paraíba: 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 23 set. 2017.

SANTOS, L. M. et al. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.65; n. 2. Brasília: mar/abr 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200011>. Acesso em: 09 out 2017.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 24; p. 731-9. Florianópolis: jul/set 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf>. Acesso em: 14 out 2017.

SILVA, R. M. M et.al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**.v. 6, n. 2. p. 2258-2270. Paraná: mai/ago 2016. Disponível em :< <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>>. Acesso em: 25 abr 2018.

TRONCO, C. S.; et al. Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio. **Escola Anna Nery**. v.19, p. 635-640. Rio Grande do Sul: 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0635.pdf>>. Acesso em: 23 set 2017.

VERONEZ, M, et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.38, n.2. Paraná: out/dez 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200419&script=sci_abstract>. Acesso em : 25 abr 2018.

ZANFOLIM, L. C.; CERCHIARI, E. A. N. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 38 n°1, 22-35. Mato Grosso do Sul: 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n1/1414-9893-pcp-38-01-0022.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2018.

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR: VIVÊNCIAS DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA MATERNIDADE DE BELO HORIZONTE

Data de aceite: 01/04/2021

Rebeca dos Santos Duarte Rosa

Enfermeira, Mestre em enfermagem, Professora do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte, Orientadora da pesquisa. Belo Horizonte -MG
ID Lattes: 0790072450975883

Camila Adriella Martins do Nascimento

Discente do curso de enfermagem do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte. Belo Horizonte

Letícia Cristina Reis

Discente do curso de enfermagem do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte. Belo Horizonte -MG
<http://lattes.cnpq.br/5235965177370334>

Patrícia Andrade de Paula Santana

Discente do curso de enfermagem do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte. Belo Horizonte -MG

Regina Magalhães dos Santos

Discente do curso de enfermagem do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte. Belo Horizonte -MG
<http://lattes.cnpq.br/1209348566770330>

RESUMO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do parto (MNFAD) como “condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”. São estratégias

utilizadas no trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor, possibilitando benefícios para a maioria das mulheres. Neste contexto, busca-se realizar uma pesquisa de campo com abordagem descritiva e qualitativa cujo objetivo principal é conhecer as vivências dos residentes de enfermagem obstétrica na utilização dos MNFAD no trabalho de parto e parto. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada aplicada a 12 residentes do segundo ano do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica. Os resultados apontam que os benefícios da utilização destes métodos consistem no aumento da tolerância à dor, diminuição do nível de ansiedade, diminuição do tempo do trabalho de parto, maior controle sobre o processo parturitivo, não utilização de analgesia farmacológica, bem como outras intervenções invasivas dentre outros. Dentre os desafios destaca-se a resistência por parte da equipe multiprofissional e das parturientes, infraestrutura inadequada, falta de recursos materiais e disponibilidade de profissionais capacitados para utilização destas técnicas. Conclui-se que os profissionais de saúde precisam ser capacitados e responsabilizados a apropriar-se de um modelo de assistência que respeite a autonomia da mulher e a fisiologia do parto deixando de vez o padrão de assistência intervencionista onde o papel da mulher é passivo diante do seu parto.

PALAVRAS- CHAVE: Dor do parto, Trabalho de parto, Analgesia, Analgesia Obstétrica, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT: The World Health Organization (WHO) classifies Non-Pharmacological Methods for Relieving Labor Pain (MNFAD) as “behaviors that are clearly useful and should be encouraged”. These are strategies used in labor to increase tolerance to pain, enabling benefits for most women. In this context, we seek to conduct field research with a descriptive and qualitative approach whose main objective is to know the experiences of obstetric nursing residents in the use of MNFAD in labor and delivery. As a data collection instrument, a semi-structured interview applied to 12 residents of the second year of the Obstetric Nursing Residency Program was used. The results show that the benefits of using these methods consist of increased pain tolerance, decreased anxiety level, decreased labor time, greater control over the parturition process, no use of pharmacological analgesia, as well as other invasive interventions among others. Among the challenges, there is resistance from the multiprofessional team and parturients, inadequate infrastructure, lack of material resources and availability of trained professionals to use these techniques. It is concluded that health professionals need to be trained and responsible to take ownership of a care model that respects the autonomy of women and the physiology of childbirth, leaving the standard of interventional care where the role of women is passive in the face of your birth.

KEYWORDS: Labor pain, labor Analgesia, Obstetric Analgesia, Nursing, Obstetric.

INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões”, é ainda um dos motivos mais frequentes da procura das pessoas pelos serviços de saúde (SBED, 2018).

Além do mais, é uma das principais razões de sofrimento, podendo provocar incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um problema de saúde pública. Por isso, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor a descrevem como o quinto sinal vital, assim devendo ser avaliado, registrado e tratado regularmente como os outros sinais vitais do paciente (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

No caso da dor no parto, esta assume características específicas que envolvem tanto aspectos fisiológicos, como psicossocioculturais, distinguindo-as de outros tipos de dor. Pode ser definida como dor aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, porém inerente ao processo fisiológico da parturição e resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pelas contrações uterinas (ALMEIDA et al, 2008).

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de forma contínua ao longo do tempo. Desde a época em que as parteiras realizavam os partos nos domicílios, muita coisa se modificou com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina, com objetivo de eliminar a dor, abreviar e controlar o processo de parturição. Dessa forma, o parto foi adquirindo outro significado e passou a ser um

procedimento cirúrgico, realizado por médicos, em ambiente hospitalar (MALHEIROS et al, 2012).

Assim, à medida que as práticas foram sendo transformadas, as parturientes foram perdendo espaço e autonomia nas decisões quanto ao tipo de parto, o local para sua realização e, principalmente, o controle sobre o próprio corpo no momento do nascimento, já que grande parte das práticas prescritas e determinadas dentro de um modelo biomédico são intervencionistas (SALIM et al, 2012).

Tal modelo de assistência tem como consequência a permanência de altas taxas de mortalidade materna e de morbidade perinatal, além de colocar o Brasil como país com as maiores taxas de cesárea no mundo. Prova disso são os resultados da pesquisa Nascer no Brasil que apontaram que da amostra total de 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual. Dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, porém, apenas 5,6% tiveram parto normal sem sofrer qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto (ZANARDO et al, 2017).

Diante desse cenário preocupante, percebeu-se a necessidade de mudanças nessa assistência. Assim sendo, no ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como principais objetivos garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido e diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

No que se refere a atuação dos enfermeiros obstetras, estudos mostram que, quando acompanhadas por esses profissionais, as parturientes necessitam de menos analgésicos e intervenções com resultados melhores do que aqueles assistidos por médicos, já que estabelecem maior vínculo ao fornecerem suporte emocional à mulher, responsabilizando-se por identificar e avaliar a dor, notificar à equipe médica, quando necessário, e principalmente implementar métodos não farmacológicos de alívio da dor (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor do parto (MNFAD) como “condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”. São estratégias utilizadas no trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor, possibilitando benefícios para a maioria das mulheres. Além disso, a não utilização da analgesia farmacológica permite às mulheres mais controle sobre o processo parturitivo (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015).

Acredita-se que os enfermeiros obstetras contribuem efetivamente para a mudança do modelo obstétrico vigente, redução das cesáreas desnecessárias e implementação dos MNFAD. Diante do exposto, questiona-se: “Quais as vivências e experiências dos residentes de enfermagem obstétrica na utilização dos Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor no trabalho de parto e parto em uma maternidade de Belo Horizonte?”

Assim, este estudo tem como objetivo conhecer as vivências dos residentes de enfermagem obstétrica na utilização dos Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor (MNFAD) no trabalho de parto e parto em uma maternidade de Belo Horizonte.

Nesse sentido, é essencial o conhecimento desses métodos, bem como das vivências dos mesmos sob a ótica daquele que o emprega, isto é, o profissional de saúde, a fim de incentivar sua prática e promover discussões e reflexões acerca de sua empregabilidade.

1 | DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Ao contrário de outros tipos de dor, a dor do parto é inerente ao processo fisiológico da parturição e pode ser definida como uma experiência sensorial, emocional que varia de prazerosa a desagradável, resultante de interações complexas de aspectos clínicos, hormonais e mecânicos do parto e de estímulos nociceptivos derivados do amadurecimento cervical, contrações uterinas, dilatação da cérvix e da descida fetal, modulados por aspectos físicos, culturais, emocionais, psicológicos e de percepção sensorial (MAZONI, 2013).

A dor, a ansiedade e o medo, ao longo do trabalho de parto, induz o aumento da secreção de catecolaminas e cortisol, acarretando em respostas fisiológicas como a elevação do débito cardíaco, da pressão arterial e da resistência vascular periférica, mudanças na função gastrointestinal e acidose metabólica materna progressiva. Esse aumento pode prejudicar a contratilidade e o fluxo sanguíneo uterino (ALMEIDA et al, 2008).

Um outro hormônio que têm papel importante durante o trabalho de parto é a ocitocina, hormônio central no comportamento reprodutivo, é responsável pela contratilidade uterina, distensão do assoalho pélvico e vagina no segundo estágio do trabalho de parto. A endorfina liberada entre as contrações provoca sensação de bem-estar, satisfação, autoestima e segurança, bem como efeito amnésico sobre a memória da dor. A adrenalina liberada no organismo em resposta ao estresse, medo, ansiedade e experiência anteriores de dor compete com a liberação de endorfinas e ocitocina interferindo desta forma na evolução do trabalho de parto (MAZONI, 2013).

Assim, a dor do trabalho de parto deve ser considerada em toda sua complexidade e individualidade buscando uma abordagem biopsicossocial e cultural no cuidado prestado à parturiente, empregando-se os métodos não farmacológicos de alívio a dor, visando incentivar o parto normal.

As recomendações preconizam que as parturientes devem ser avaliadas frequentemente em relação a evolução e riscos do trabalho de parto, evitando assim, métodos desnecessários e que podem ser prejudiciais a mulher e seu bebê (OMS, 1996).

Infelizmente muitas técnicas consideradas prejudiciais continuam sendo utilizadas rotineiramente no ambiente hospitalar, configurando uma assistência desvinculada das evidências científicas. A parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando

ativamente das medidas a serem tomadas em seu atendimento. Prestar uma assistência humanizada no parto não é somente deixar de utilizar práticas desnecessárias, envolve respeito, direito e vontades da parturiente (WOLFF; WALDOW, 2008).

2 | MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR (MNFAD) NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Os MNFAD são práticas utilizadas para substituir o uso de fármacos e tecnologias invasivas durante o trabalho de parto e parto. Em 1950 e 1960 estes métodos foram muito utilizados, porém seu uso perdeu-se com o tempo, devido a um alto grau de técnicas invasivas e medicalização. A realização das práticas não farmacológicas faz com que sejam substituídos o uso de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, tornando esse processo o mais fisiológico possível (RITTER, 2012).

Para uma melhor compreensão, serão apresentados os métodos não farmacológicos mais comumente usados para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

3 | HIDROTERAPIA

A hidroterapia tem como objetivo promover o relaxamento corporal visto que o contato com a água aquecida leva à vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo propiciando o relaxamento muscular diminuindo a intensidade da dor nas contrações. Esse método eleva as endorfinas e reduz as catecolaminas, diminuindo a ansiedade e propiciando o bem-estar da parturiente. Para fins terapêuticos é necessário que a água seja morna ou quente entre 37-38°C e que a paciente permaneça por no mínimo 20 minutos com a região dolorosa sob a fonte de água (GALLO et al, 2011; LEMOS, 2014).

4 | DEAMBULAÇÃO E MUDANÇAS DE POSIÇÃO

Mudar de posição repetidamente, caminhando, sentando-se, ajoelhando-se, ficando de quatro, ficando de pé, deitando-se, ajuda no alívio a dor. As mudanças de posição também podem ajudar a acelerar o trabalho de parto em razão das mudanças no formato da pelve e a gravidade (SILVA et al., 2013).

Fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o bebê quando a parturiente se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero se contrai de forma mais eficiente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna menos doloroso e mais curto (MAMEDE; DOTTO, 2007).

A deambulação reduz o tempo do trabalho de parto, pois atua na coordenação miometrial e aumenta a dilatação cervical e descida fetal. A alternância contínua de posturas, deve ser estimulada durante o trabalho de parto, porém sob supervisão, para melhor adequação postural (GALLO et al, 2011).

4.1 Massagem

A massagem corporal proporciona relaxamento através do toque, diminuição da dor, redução do estresse emocional e liberação do fluxo sanguíneo para melhorar a oxigenação dos tecidos, principalmente empregada juntamente com outros métodos não farmacológicos (GALLO, 2011; LEMOS, 2014).

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto. Comumente é utilizada na região lombossacral durante as contrações e em regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos das contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

4.2 Bola suíça

A bola suíça utilizada no trabalho de parto, objeto de borracha, inflável sob pressão, também é conhecida como bola do nascimento, bola bobath, gym ball, birth ball, fit ball, ballness, prana ball, pezzi ball, stability balls, exercise balls, physio-balls, entre outros termos. Na década de 1980 apareceram os primeiros registros do uso da bola em obstetrícia, em uma maternidade da Alemanha onde era utilizada pelas obstetrias na assistência prestada às parturientes para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Estas obstetrias acreditavam que seu uso auxilia na descida e na rotação da apresentação fetal (SILVA et al., 2011).

Essa prática possibilita a adoção da posição vertical, sentada e com um discreto balanceio pélvico, trabalha os músculos do assoalho pélvico, em especial o levantador do ânus e o pubococcígeo, além da fáscia da pelve. Seu uso ainda permite a parturiente liberdade de movimentos, correção da postura, realização de exercícios perineais e como resultado participação ativa no processo do parto e nascimento uma vez que poderá facilitar a descida e a rotação da apresentação fetal no canal de parto. Além disso, pesquisas mostram que há melhora na circulação sanguínea uterina, tornando as contrações mais eficazes ajudando também na dilatação cervical (BARBIERI et al, 2013).

4.3 Presença de acompanhante

A presença de um acompanhante durante o processo de trabalho de parto proporciona bem-estar físico e emocional e favorece uma boa evolução no período gravídico puerperal. Essa pessoa pode ser alguém que a parturiente escolher ou uma pessoa treinada, como por exemplo uma Doula, sendo que o acompanhante passa segurança durante todo o processo parturitivo podendo diminuir as complicações na gestação, parto e puerpério (ROSA, 2010).

Em 2005 foi sancionada a Lei nº 11.108/2005, a qual altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às mulheres o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MOREIRA et al, 2013).

4.4 Técnicas Respiratórias

As técnicas respiratórias no trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de oxigênio, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade (GALLO et al, 2011).

O método adaptado por Dick Read e Fernand Lamaze é aplicado da seguinte forma: Respiração: utilizada durante as contrações nas diferentes fases do trabalho de parto e no período expulsivo. Respiração total (respiração tóraco-abdominal lenta, com inspiração e expiração profundas, num ritmo natural); Respiração torácica lenta (respiração lenta, com inspiração e expiração profundas e longas, num ritmo natural, direcionando a respiração para a região torácica); Respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal (respiração lenta, com inspiração profunda sustentada por maior tempo durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma exercendo força sobre o útero, seguido de expiração longa); Período expulsivo: respiração de pressão com execução de força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018).

4.5 Acupuntura e acupressão

Na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), vários métodos são utilizados de forma eficaz não só para facilitar o trabalho, mas também para gerenciar a dor do parto. O princípio da MTC consiste em equilibrar e harmonizar na pessoa duas entidades opostas de energia, a “negativa” (*yin*) e a “positiva” (*yang*), a fim de manter a estabilidade de cada uma por meio, principalmente, da acupuntura, da acupressão, do uso de ervas, entre outras práticas (MAFETONI; SHIMO, 2013).

A MTC parte do princípio de que existem vários canais de energia correndo pelo corpo - os chamados meridianos ou canais - que são alvo de estímulos em determinados pontos (*tsubôs* ou acupontos), o que permite o reequilíbrio de seu fluxo de energia (chamado de *Ki* ou *Qi* em chinês) e de seus órgãos. A dor do parto é vista, assim, como uma consequência do desequilíbrio entre as duas entidades de energia (MAFETONI; SHIMO, 2013).

Acupressão é um tratamento baseado na medicina tradicional chinesa que possui o mesmo princípio da acupuntura: manter o equilíbrio de duas entidades opostas de energia, a “negativa” (*Yin*) e a “positiva” (*Yang*), nos diversos canais que circulam pelo corpo – os chamados meridianos – que estão ligados a algum órgão-alvo, porém, sem o uso de agulhas. Os estímulos são aplicados com as mãos e os dedos em pontos específicos ou, em algumas circunstâncias, combinando os pontos para alcançar um efeito maior no tratamento proposto (MAFETONI; SHIMO, 2013).

4.6 Termoterapia e crioterapia

A crioterapia utilizada devido a atuação do gelo na via nervosa aferente nociceptiva por redução metabólica e isquemia da vasa nervorum (vasos que nutrem os nervos) e nervi nervorum (nervos que inervam os nervos), em função da intensa vasoconstrição. Pode ser

administrada através de compressas frias ou bolsas térmicas de gel congelado para reduzir a temperatura local e a dor. Sua aplicação deve ser de forma correta e sob imensa cautela para evitar a formação de queimaduras (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018).

O calor é tipicamente aplicado nas costas, na região inferior do abdome, na região inguinal e/ou no períneo da parturiente. As fontes de calor incluem bolsas de água quente, meias cheias de arroz aquecido, compressas mornas (pano embebido em água morna e espremido), almofada elétrica, cobertor aquecido e banho ou ducha morno. Além de ser utilizado para alívio da dor, o calor é usado para aliviar calafrios ou tremores, diminuir a rigidez articular, reduzir o espasmo muscular e aumentar a extensibilidade do tecido conjuntivo (RICCI, 2015).

5 | METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva com delineamento de um estudo qualitativo tendo sido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

O estudo foi realizado no segundo semestre de 2018, em uma instituição filantrópica, referência em Belo Horizonte, com todos os seus leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 185 leitos, sendo 87 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI, 45 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCI, e 12 de outras clínicas. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada composta de 10 questões fechadas e 4 questões abertas relacionadas respectivamente ao perfil epidemiológico dos entrevistados e às vivências dos residentes de enfermagem obstétrica no uso dos MNFAD no trabalho de parto e parto., sendo a amostra selecionada a partir da saturação do discurso.

6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada 12 residentes de enfermagem obstétrica, sendo onze do sexo feminino e um do sexo masculino, com faixa etária entre 22 a 37 anos, em relação ao estado civil, onze eram solteiros e um divorciado. Nove realizaram o curso de graduação em enfermagem em instituição pública e três deles em instituição privada. O tempo de conclusão no curso superior de enfermagem variou entre um e onze anos. Três possuem pós-graduação prévia na área materno-infantil. Dois deles trabalharam anteriormente na área obstétrica. Todos possuem conhecimento a respeito dos MNFAD e relataram empregá-los na instituição, sendo os mais conhecidos e os mais utilizados a hidroterapia, a massagem e a bola suíça. Referente à categorização e à interpretação dos discursos, surgiram três categorias de análise, a seguir: Benefícios e efetividade dos MNFAD no trabalho de parto e parto; Desafios detectados no cenário para o emprego dos MNFAD no

trabalho de parto e parto; Estratégias a serem implementadas para superar os desafios identificados.

Categoria 1: Benefícios e efetividade dos MNFAD no trabalho de parto e parto.

Com relação a essa categoria temática, a totalidade dos residentes relataram que os principais benefícios da utilização dos MNFAD no trabalho de parto e parto consistem no aumento da tolerância à dor, diminuição do nível de ansiedade, diminuição do tempo do trabalho de parto, maior controle sobre o processo parturitivo, estabelecimento de maior vínculo entre a parturiente, seu acompanhante/família e a equipe de enfermagem, experiência do parto positiva para a mulher e sua rede de apoio e não utilização de analgesia farmacológica, bem como outras intervenções invasivas, que podem impactar negativamente no estado de saúde do binômio mãe/bebê, sendo esses fatos expressos em suas falas:

“Eles ajudam na evolução do trabalho de parto, ajuda amenizar a ansiedade, alguns métodos ajudam no relaxamento da musculatura da pelve e da região lombar” (I8);

“Eu acredito que o principal benefício é oferecer para mulher uma autonomia maior num parto 100% fisiológico, uma vez que se a gente oferece para ela o alívio da dor por esses métodos não farmacológicos, a gente reduz o número de intervenções para essa mulher durante o trabalho de parto” (I12);

“Reduz a taxa de analgesia, satisfação materna, promove alívio da dor para a parturiente, mais comodidade, envolve a família, provém vínculo [...]” (I2).

Corroborando com os achados da referida pesquisa, estudo clínico experimental ou de intervenção, realizado com 15 parturientes de baixo risco obstétrico, demonstra que o emprego dos MNFAD no decorrer da fase ativa do trabalho de parto, como o banho de aspersão de forma isolada e o uso deste com a bola suíça de forma combinada reduziu o score de dor relatado pelas parturientes, possibilitou o relaxamento e a redução da ansiedade. Ambas as estratégias revelaram-se como condutas seguras, viabilizaram o conforto e bem estar às mulheres (BARBIERI et al, 2013).

Estudo semelhante do tipo transversal e descritivo, realizado com 11 puérperas em uma maternidade de Campina Grande, Paraíba, cujo objetivo foi avaliar a percepção de puérperas sobre o emprego de MNFAD, mostrou que os MNFAD usados pelas parturientes foram: suporte contínuo (73%), massagem (36%), exercício respiratório (55%), exercício de relaxamento (27%) e banho de chuveiro (36%). As participantes declararam que a utilização dos MNFAD foi uma experiência positiva, com redução na duração do trabalho de parto, sensação de bem-estar, e alívio das dores. Vale ressaltar que a presença do acompanhante foi citado como o principal mitigador da solidão durante o processo parturitivo (MEDEIROS et al, 2015).

Constatou-se, a partir dos relatos transcritos, que os MNFAD considerados de maior

efetividade foram: a hidroterapia, a massagem, a deambulação e a mudança de posição, como observamos nos relatos seguintes:

“Eu acho que a hidroterapia, a deambulação e mudança de posição, [...] a massagem (são os MNFAD considerados de maior efetividade, auxiliando no alívio da dor durante o processo parturitivo). Acho que todos têm um papel fundamental, mas os que eu mais vejo que as pacientes gostam bastante e aderem bastante é a hidroterapia” (I8);

“[...] isso é empírico [...], porque a gente sabe que não tem estudos atualizados que nos tragam uma verdade absoluta, mas o uso da água morna [...], hidromassagem, água morna durante o trabalho de parto é algo que eu vejo que traz um maior conforto para vida das mulheres, seja no chuveiro ou seja na banheira” (I11);

“Chuveiro, banheira, massagem, são os que a gente mais utiliza dos MNFAD e eu vejo que realmente as mulheres [...] ficam bem aliviadas” (I10).

Estudo comprova que a hidroterapia tem como objetivo promover o relaxamento corporal visto que o contato com a água aquecida leva à vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo propiciando o relaxamento muscular, diminuindo a intensidade da dor nas contrações. Esse método eleva as endorfinas e reduz as catecolaminas, diminuindo a ansiedade e propiciando o bem-estar da parturiente. Para fins terapêuticos é necessário que a água seja morna ou quente entre 37-38°C e que a paciente permaneça por no mínimo 20 minutos com a região dolorosa sob a fonte de água (GALLO et al, 2011).

Outro estudo evidencia que a massagem corporal proporciona relaxamento através do toque, diminuição da dor, redução do estresse emocional e liberação do fluxo sanguíneo para melhorar a oxigenação dos tecidos, principalmente empregada juntamente com outros métodos não farmacológicos (GALLO, 2011; LEMOS, 2014).

Além disso, a massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto. Comumente é utilizada na região lombossacral durante as contrações e em regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos das contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Um estudo do tipo intervenção terapêutica feito por Davim, Torres e Melo (2007) em Natal/RN, com 30 parturientes internadas na maternidade da cidade, teve como objetivo avaliar a efetividade das estratégias não farmacológicas como o banho de aspersão, relaxamento muscular, exercícios respiratórios e a massagem em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. E o seu resultado vem ao encontro dos achados da nossa pesquisa uma vez que verificou-se que os métodos foram efetivos nos três momentos da fase ativa, foi demonstrado diminuição da dor nas parturientes do estudo, sendo assim adequada o uso das mesmas durante o trabalho de parto.

Estudo realizado por Davim, Torres e Dantas (2009) que objetivou avaliar a efetividade de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto constatou diferença significativa no alívio da dor após o uso de exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro, demonstrando redução dessa dor à medida que aumentava a dilatação do colo. Concluiu-se que estes MNFAD foram efetivos no alívio da intensidade da dor das parturientes estudadas durante o trabalho de parto.

Frente às muitas evidências científicas trazidas acerca dos benefícios da utilização dos MNFAD bem como da sua efetividade, fica notória a importância de assegurar a implementação desses cuidados não farmacológicos.

Categoria 2: Desafios identificados no cenário para o emprego dos MNFAD no trabalho de parto e parto.

Com relação aos desafios encontrados para a aplicação dos MNFAD, os residentes expressaram opiniões divergentes, quatro participantes negaram dificuldades quanto à aplicação dos MNFAD na instituição, apontando boa aplicabilidade e aceitação por parte das parturientes, como expresso nas falas a seguir:

"Eu não vejo desafio aqui, todas as pacientes que a gente oferece elas aceitam [...] claro que muitas chegam aqui focadas na analgesia, mas a gente conversa e eu nunca vi nenhuma assim que não chegou a tentar" (I4);

"Olha aqui a gente não tem muita dificuldade não, porque faz parte da nossa vivência [...]" (I5);

"[...] eu vejo que eles têm aplicabilidade positiva, é bem incentivado. Então dentro da instituição eu vejo que não tem barreiras [...]" (I11);

"Bom, aqui no hospital não tem muita dificuldade [...]" (I9).

Em contrapartida oito participantes indicaram desafios de grande relevância, tais como: resistência por parte da equipe multiprofissional e das parturientes, infraestrutura inadequada, falta de recursos materiais e disponibilidade dos profissionais, conforme demonstrado nos seguintes relatos:

"[...] às vezes tem uma resistência da equipe em relação aos métodos e eu acho também que às vezes a mulher não está disponível, não está disposta a experimentar [...]" (I3);

"A falta de recursos (materiais) né?, que nem todo quarto tem banheiro, bola, às vezes tem só duas bolas e muitas pacientes" (I8);

"[...] demanda um acompanhamento mais de perto do profissional, uma presença integral [...] a capacitação e a disponibilidade dos mesmos para estarem realizando e empregando esses métodos" (I12);

“Eu acho que não conversar sobre os métodos de alívio da dor durante o pré natal [...] é um dos grandes desafios, porque a mulher chega no trabalho de parto sem ter esse conhecimento prévio” (I7).

“[...] um deles (desafios) é essa questão de estrutura, (e o outro desafio) é a questão de profissional, porque a gente não tem um profissional para cada paciente, né? para garantir que todas sejam assistidas igualmente, para garantir que todas tenham conhecimento dos métodos de alívio da dor, né? e garantir que todas tenham acesso a esses métodos [...], então os maiores desafios são esses, ao meu ver” (I10).

Com relação às dificuldades diagnosticadas para a implementação dos MNFAD, achados da referida pesquisa vão ao encontro de estudo realizado por Feijão; Boeckmann; Melo (2017) que cita a estrutura física deficiente e a carência de recursos materiais como problemas que contribuem para uma prestação de cuidados ao parto e nascimento precária, sendo necessária uma reorganização do serviço com foco na melhoria contínua da qualidade.

Além disso, o estudo também traz como obstáculo para a realização das boas práticas na atenção ao parto, sobretudo para o uso dos MNFAD, a resistência por parte da equipe médica, motivo pelo qual é de extrema relevância que ocorra a sensibilização de todos os profissionais envolvidos durante o processo parturitivo, tendo como intuito uma equipe centrada, qualificada e unida, tendo cada um seu conhecimento, habilidade e atitude em serviço. Vale ressaltar que no nosso estudo não foi especificado pelos participantes qual(is) categorias profissionais apresentam resistência na utilização dos MNFAD. E ainda trouxe outras barreiras para o emprego dos MNFAD, não identificadas nesta pesquisa, sendo elas: a falta de protocolos assistenciais e a falta de preceptores em determinados campos de atuação (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017).

Outro importante desafio mencionado neste estudo foi a resistência por parte das parturientes em aceitar os métodos. Estudo realizado em uma maternidade pública baiana, com prontuários de 337 mulheres, objetivando analisar as boas práticas adotadas na atenção à mulher e ao recém-nascido evidenciou que somente 23,1% das parturientes usaram um desses métodos durante sua internação. Resultado esse que se mostrou inferior ao esperado, uma vez que sua implementação é recomendada pela OMS e trata-se de uma instituição vinculada à Rede Cegonha. (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

O último desafio apontado no presente estudo é com relação a insuficiência no quadro de profissionais, sobretudo enfermeiros obstetras e residentes de enfermagem obstétrica, tendo em vista que evidências demonstram que modelos de assistência envolvendo esses profissionais associam-se a menores taxas de intervenções e em maior satisfação das parturientes. Por esta razão, a OMS recomenda que haja incentivo na formação e qualificação de maior número de enfermeiros obstétricos. Vale ressaltar, que práticas exitosas de outros países na redução da morbimortalidade materna e perinatal guardam

estreita relação com a existência de grande número dessas profissionais (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2012).

Categoria 3: Estratégias a serem implementadas para superar os desafios identificados.

Observou-se através dos relatos transcritos estratégias para serem adotadas para enfrentar os desafios identificados pelos enfermeiros residentes em obstetrícia, como: capacitação dos profissionais quanto a importância dos métodos, aquisição de recursos, aumento do quadro de funcionários, orientações durante o pré natal e acesso a todas as mulheres como pode ser demonstrado nas falas a seguir:

“ [...] trabalhar com a equipe sobre os métodos, fazer dinâmicas, às vezes até fazer oficina, onde um pode experimentar e proporcionar para o outro massagem [...]” (13);

“ [...] aumento de recurso, mas depende também do financeiro, porém acho que é mais recursos humanos [...]” (18);

“A capacitação é uma forma, a partir do momento que o profissional tem o conhecimento dos métodos [...] eles vão utilizar deles” (19);

“[...] divulgação durante o pré natal, que muitas mulheres não têm conhecimento sobre os métodos” (16).

Os participantes referiram que dentre as possíveis estratégias para superá-lo estão a orientação a respeito dessas práticas durante todo o ciclo gravídico, bem como a garantia de acesso à essas informações a todas as mulheres. Estudo realizado em uma maternidade de um Hospital Público do município de Franca, com 31 puérperas que passaram pelo parto normal, e objetivou conhecer as percepções, as expectativas e os conhecimentos de puérperas em relação à experiência do parto normal, assim como os procedimentos utilizados pelos profissionais da saúde para a humanização do parto evidenciou que as orientações recebidas pelas parturientes, durante o trabalho de parto e o parto se restringem ao papel da mulher a fazer força, ficar na posição correta, mantendo sempre a calma, de forma a ajudar os profissionais na realização do parto. Dessa forma, colocam a parturiente em uma posição de passividade e submissão (PINHEIRO; BITTAR, 2015).

Entretanto é imprescindível distinguir que existem dois aspectos de atenção prestada à mulher em relação à gravidez/parto/puerpério: a do tipo informativa, que se caracteriza por orientações dadas em relação à gestação, aos cuidados com o físico, a alimentação, o repouso, o ganho de peso, etc, e em relação ao parto em si, como agir, como respirar e manter a tranquilidade, como ser ativa e colaborar com o processo em si. Também são dadas orientações em relação aos cuidados com o bebê, sobretudo no que diz respeito à amamentação e aos primeiros cuidados (PINHEIRO; BITTAR, 2015).

No presente estudo a aquisição de recursos físicos e materiais foram citadas pelos residentes como estratégias para superar tais desafios.

Sendo uma das medidas propostas o aumento no quantitativo de profissionais. Vale indagar se o aumento no quantitativo de profissionais, isoladamente, impactaria no aumento da utilização dos MNFAD.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do enfermeiro na assistência ao processo parturitivo é uma necessidade que se faz indispensável do ponto de vista macroestrutural, objetivando a superação da cultura biomédica que sustenta o processo de medicalização do parto e consequentemente atuando de forma mais humanizada. Dessa forma torna-se cada vez mais imprescindível a atuação da enfermagem obstétrica nos mais variados campos da saúde, o que também exige desses profissionais a busca constante de aperfeiçoamento e atualizações necessários para o acompanhamento dos avanços e das transformações socioeconômicas e tecnológicas na assistência ao parto e puerpério (SENA et al, 2012).

Conhecer e utilizar os MNFAD significa promover um atendimento com menor grau de intervenção, buscando proporcionar a autonomia da mulher perante a participação no seu próprio parto e respeitando a sua fisiologia com vista na redução de métodos farmacológicos e invasivos. Os resultados demonstram que os residentes possuem conhecimento quanto aos MNFAD e os identificam como um elemento do cuidado apropriado ao parto. Contudo, justificam a não utilização dos métodos de forma recorrente devido à falta de materiais, infraestrutura, treinamentos e não aceitação pelas gestantes.

Diante disso, deduz-se a necessidade de reflexão dos profissionais de saúde quanto o seu papel no cuidado prestado à mulher, pois existem cuidados que diminuem a dor e que não podem e não devem ser ignorados, como, saber ouvir, falar, tranquilizar com orientações e confortar com palavras são atitudes humanas possíveis.

Dessa forma não se despreza o papel das instituições em prover uma infraestrutura adequada, com recursos materiais suficientes para uma prestação de cuidado apropriado. Os profissionais de saúde precisam ser capacitados e responsabilizados a apropriar-se de um modelo de assistência que respeite a autonomia da mulher e a fisiologia do parto deixando de vez o padrão de assistência intervencionista onde o papel da mulher é passivo diante do seu parto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Janie Maria de; ACOSTA, Laís Guirao; PINHAL, Marília Guizelini. Conhecimento das puéperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.19, n.3, p. 711-717, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques et al. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.4, p. 1114-1123, 2008. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a24.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enfermagem**, v.26, n.5, p. 478 - 484, set./out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a12v26n5>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 283-290, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

COELHO, Kathlin Cristina; ROCHA, Ivanilde Marques Da Silva; LIMA, Anderson Luiz Da Silva. Métodos não farmacológicos de alívio da dor na hora do parto. **Revista Recien**, São Paulo, v. 21, n. 7, p. 14-21, abr./jan. 2018. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/244/pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**. São Paulo, v. 39, n. 1, jan, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>. Acesso em 20 de mar. 2018.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. O USO DA ACUPRESSÃO PARA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E ALÍVIO DA DOR. **Cogitare Enferm**. 2013, Campinas, v. 18, n. 2, p. 365-71, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://ojs.c3sl.ufpr.br/cogitare/article/view/32587/20703>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. PARTO E NASCIMENTO: SABERES E PRÁTICAS HUMANIZADAS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

MAMEDE, F. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 jun; 11(2):331-6. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MAZONI, Simone Roque; CARVALHO, Emilia Campos de SANTOS, Cláudia Benedita dos. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. spe, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_12.pdf>. Acesso em: 15 de mar. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade Segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico**. Genebra: OMS; 1996.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.

RITTER, Karoline Maturana. **Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto e parto em um hospital escola**. Porto Alegre-RS, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69750/000872981.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

ROSA, Magda Eliege. **Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto: visão da equipe de enfermagem**. Centro Universitário Univates, Lajeado-RS, 2010. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/3802604-Metodos-nao-farmacologicos-para-alivio-da-dor-no-trabalho-de-parto-e-parto-visao-da-equipe-de-enfermagem.html>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SALIM, Natália Rejane et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/30358/19647>>. Acesso em 10 mar. 2018.

SENA, Chalana Duarte de et al. AVANÇOS E RETROCESSOS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, set./dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

SILVA, Andressa Hennig et al. Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. **Rev Eletrônica Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais - PR, v. 11, n. 1, p. 168-184, jan./jun., 2017. Disponível em: <<http://app.fiepr.org.br/revistacientifica/index.php/conhecimentointerativo/article/view/223/221>> Acesso em 10 mar. 2018.

SILVA, Dannielly Azevedo de Oliveira e et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE (online)**, Recife, 7 (esp): 4161-70, maio, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11645/13744>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [Internet]. São Paulo: **SBED/IASP**; Disponível em: <http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SOUZA, Taísa Guimarães; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.3, p. 479-86, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/07.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc**. 2008; 17(3):138-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: revisão: narrativa. **Psicologia & Sociedade**. v. 29, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

UM OLHAR SOBRE O NASCIMENTO INDÍGENA: DA GESTAÇÃO AO PÓS PARTO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Larissa Cristina Vichi

Universidade do Vale do Paraíba, Graduação em Enfermagem, São José dos Campos – SP
<http://lattes.cnpq.br/0755546406468943>

Bruna Alves dos Santos

Universidade do Vale do Paraíba, Graduação em Enfermagem, São José dos Campos – SP
<http://lattes.cnpq.br/8284614597904014>

Kátia Zeny Assumpção Pedroso

Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Enfermagem, Mestre em Engenharia Biomédica, São José dos Campos – SP
<http://lattes.cnpq.br/0264865134705957>

RESUMO: O cenário do nascimento hoje, é resultado de diversas intervenções criadas pelo homem ao longo da história, que geraram consequências importantes no modo de assistir a gestante. A sistematização do parto tornou-se perigosa por não considerar o contexto social e cultural da parturiente e o resgate das origens indígenas no modo de parir torna-se interessante para entender como esse evento acontece de forma natural, para isso o objetivo do presente estudo é conhecer o modo de gestar e nascer de algumas etnias indígenas e relacionar os resultados obtidos na assistência às índias gestantes e em trabalho de parto e identificar semelhanças entre as práticas indígenas e o cenário atual do parto no Brasil. A assistência ao

parto indígena se difere por conta das diversas etnias existentes, no entanto, a forma com que as tradições são passadas entre as gerações são semelhantes, sendo essas práticas assistenciais tradicionais e naturais divergentes do cenário atual de assistência prestada às gestantes nos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE: Nascimento, saúde indígena, parto e medicina tradicional indígena.

A LOOK AT INDIGENOUS BIRTH: FROM PREGNANCY TO POSTPARTUM

ABSTRACT: The birth scenario today is the result of several interventions created by man throughout history, which have generated important consequences in the way of assisting the pregnant woman. The systematization of childbirth has become dangerous because it does not consider the social and cultural context of the parturient and the rescue of indigenous origins in the way of giving birth is interesting to understand how this event happens naturally, for this purpose the objective of this study is to know the way of gestation and to be born of some indigenous ethnicities and to relate the results obtained in the assistance to the pregnant indigenous women and in labor and to identify similarities between the indigenous practices and the current scenario of childbirth in Brazil. Assistance to indigenous childbirth differs due to the different existing ethnicities, however, the way in which traditions are passed on between generations is similar, with these traditional and natural care practices diverging from the current scenario of care provided to pregnant women in hospitals.

KEYWORDS: Birth, indigenous health, parturition and traditional indigenous medicine.

1 | INTRODUÇÃO

O nascimento humano tornou-se o foco de muitas discussões e pesquisas; o processo fisiológico do parto chamado normal e que deveria ser natural, recebeu uma série de intervenções. O parto, antes doméstico e feminino, sofreu com a inserção hospitalar e medicalocêntrica. Gradualmente a autonomia da mulher nos processos de parturição foi retirada, e teve consequências importantes que ressoam na assistência atual (SANTOS, 2016).

De acordo com Rezende (2015) nos últimos anos, o tema parto tem recebido crescente atenção nas ciências sociais brasileiras. Isto se deve à discussão sobre humanização desse evento, com propostas de modelos alternativos ao atendimento médico hospitalar, o qual possui uma série de intervenções questionadas que são opostas as formas mais “naturais” de parir.

A sistematização do parto no Brasil (MOLITERNO *et al.*, 2013) tornou-se perigosa por não considerar o círculo social e cultural da parturiente. O parto, como evento social é fortemente influenciado pelo contexto cultural da gestante e de sua família, demanda de assistência individualizada e humanizada, sendo necessário considerar e respeitar os aspectos sociais apresentados pela mulher.

Ao analisar o processo de gestação e nascimento, sua influência cultural e social e as intervenções que alteram o processo natural de nascer, torna-se interessante a investigação sobre a forma como ocorre o nascimento entre os índios. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é conhecer o modo de gestar e nascer de algumas etnias indígenas e relacionar os resultados obtidos na assistência às índias gestantes e em trabalho de parto e identificar as semelhanças entre as práticas indígenas e o cenário atual do parto no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa do tipo Revisão Bibliográfica, nas bases de dados científicas: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed. Através da consulta no DECS (Descritores em Ciências da Saúde), foram selecionados e utilizados os seguintes descritores respectivamente: parto, saúde indígena e medicina tradicional indígena.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos e teses publicados entre 2009 e 2019, em português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não abordassem o assunto diretamente.

3 | RESULTADOS

A partir dos descritores utilizados foram encontrados 48 artigos, após aplicar os critérios de inclusão e uma leitura criteriosa, foram incluídos 7 artigos para esta revisão, conforme quadro 1.

Além dos artigos encontrados a partir dos descritores em saúde, foram incluídos artigos relacionados ao tema.

Ano	Autor	Título	Assunto
2018	TORRES e LÓPOEZ	Parto humanizado e medicina ancestral tradicional nas comunidades rurais do cantão de Salcedo em 2014	Aborda a relação entre a humanização e a medicina tradicional, o papel da parteira tradicional no parto e como o conhecimento das práticas podem contribuir para reduzir a medicalização do parto no cenário hospitalar.
2015	MOGAWANE; MOTHIBA e MALEMA	Práticas indígenas de gestantes no hospital Dilokong, na província de Limpopo, África do Sul.	Descreve as práticas indígenas e redução da medicação oral indígena usada para acelerar o trabalho de parto devido à sua potencial toxicidade.
2013	FERREIRA	A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas.	Aspectos socioculturais relacionadas a inclusão dos indígenas na saúde pública, o modo de intervir nas comunidades em busca dos saberes e a saúde das parturientes como um ponto de partida.
2012	FERREIRA	O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa.	A importância de articular o sistema de saúde oficial e a medicina tradicional indígena.
2012	ALMAGUER; GARCÍA e VARGAS	Nascimento humanizado Contribuições do cuidado intercultural às mulheres na gravidez, parto e puerpério.	Enfoca no movimento de humanização, no seu processo dentro do hospital e como as práticas ancestrais do nascimento intercultural pode contribuir com as boas práticas.
2011	VEIZAGA	Articulação de parteiras tradicionais ao sistema de saúde, Chimeo Villamontes - Tarija 2011.	Busca o conhecimento das parteiras empíricas para as práticas de saúde, destaca a importância dos saberes tradicionais.
2011	PICHINCHA, Ministério da Saúde Pública.	Por um nascimento culturalmente apropriado: um direito para mulheres e recém-nascidos.	Busca resgatar na medicina tradicional as boas práticas relacionadas ao parto como um direito da mulher de parir com respeito.

Quadro 1 – Artigos utilizados, São Jose dos Campos, 2019

Fonte: as autoras.

4 | DISCUSSÃO

Ao se falar sobre a população indígena no Brasil, que de acordo com o censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE é de aproximadamente 817.963, é importante constatar a existência de diversas tribos distribuídas por todo território brasileiro, e portanto,

há diferenças socioculturais entre elas, o que abrange as diferenças no modo de gestar e parir para cada etnia (IBGE, 2010).

As mulheres indígenas brasileiras, em geral, têm sua fase reprodutiva iniciada a partir dos 14 anos, sendo possível observar mulheres na sua primeira gestação aos 12 anos de idade. Elas aprendem a parir com suas mães, sogras, avós e irmãs, sendo esse um evento social para qual são preparadas desde o início da gestação (MOLITERNO *et al.*, 2013).

A preparação para o nascimento do novo integrante da tribo envolve alterações no comportamento da mãe e da família com o objetivo de parir uma criança saudável por meio de um parto tranquilo. Essas ações podem ser definidas como práticas de autoatenção, fazem parte também de um contexto sociocultural de produção de corpos (MOLITERNO *et al.*, 2013; FERREIRA, 2013).

As índias da tribo Kaingang relataram o uso de ervas durante a gestação que inibem o crescimento do feto com a ideia de facilitar o processo do período expulsivo. Para a mesma finalidade, as mulheres também são orientadas a diminuir a quantidade de comida ingerida sem haver restrições no tipo de alimento ingerido. Já as parteiras da tribo Tupinikin aconselham as gestantes ao uso de um purgante no quinto mês de gestação com o objetivo de prevenir problema de pele no bebê (FRANZIN, 2015; MOLITERNO *et al.*, 2013).

No que se refere o esforço físico, as índias são incentivadas a manter seus trabalhos domésticos usuais durante toda a gestação. Vele lembrar que muitos dos trabalhos cotidianos feitos pelas índias são realizados em cócoras, o que fortalece a musculatura pélvica e perineal e dilata o canal vaginal, fatores que facilitarão o nascer. Essa mesma posição trabalha a musculatura das pernas o que favorece o retorno venoso, ajudando a mulher a ter uma gestação mais tranquila ao prevenir edema e dores nos membros inferiores (MOLITERNO *et al.*, 2013).

Para acompanhar o progresso da gestação, as parteiras da tribo Tupinikin palpam as gestantes no intuito de verificar a posição do feto, não sendo cefálica, as parteiras fazem massagem na barriga da grávida utilizando-se de óleo de amêndoa para direcionar o bebê (FRANZIN, 2015; MOLITERNO *et al.*, 2013).

No entanto, outras tribos não possuem uma pessoa específica como parteira, são somente parentes mais velhos com uma experiência em assistir partos, acreditam que a grávida faz seu parto sozinha, e a outra mulher só ajuda a “pegar o menino” e a prestar cuidados como o banho medicinal e corte do cordão umbilical, e se a mulher já teve muitos filhos, geralmente não recebe ajuda, ou orienta outra mulher mais nova a lhe auxiliar. Caso ocorra alguma complicação, o pajé pode ser chamado, pois entende-se que ele domina as práticas indígenas (FERREIRA, 2012).

Durante o trabalho de parto, considerando ser um evento doloroso, são utilizadas ervas colhidas pelo marido ou pelos mais velhos para serem usadas como remédios que diminuam a dor da parturiente até o momento da expulsão do feto. É possível identificar

as relações sociais que estão envolvidas no nascimento, sendo que cada pessoa possui sua responsabilidade durante esse evento. Para a tribo Kaingang, o pai tem a função de colher as ervas no mato ou avisar os mais velhos para realizar a colheita e também a responsabilidade de cortar o cordão umbilical (FRANZIN, 2015; MOLITERNO *et al.*, 2013).

No mais, o parto é feito sozinho pela mulher, exceto quando a parturiente apresenta insegurança e inexperiência, ela é assistida pela mãe ou por uma parteira. Já na tribo Tupinikim, as mulheres são assistidas por parteira durante todo o trabalho de parto, auxiliando-as em métodos de alívio da dor como banhos quentes, massagem com óleo de amêndoas, rezas e na preparação de chá com a erva São João que acelera o processo de nascimento (FRANZIN, 2015; MOLITERNO *et al.*, 2013).

No momento posterior ao parto, no que se refere a tribo Kaingang, a placenta é enterrada juntamente com o coto e o cordão umbilical como ritual para reforçar as características que desejam ao seu filho. Tal evento também tem como objetivo estabelecer a relação entre o ser e a terra em que nasceu, devendo ter seu corpo enterrado após a morte no mesmo local em que nasceu para que seu ciclo da vida esteja completo (MOLITERNO *et al.*, 2013).

Já na tribo Tupinikim, é costume que a parturiente, após 3 dias do parto, tome banho feitos com ervas medicinais conhecidas como “quitoco” e “bete” que limpa e ajuda o processo de involução uterina (FRANZIN, 2015).

No período de resguardo, que dura de 30 a 40 dias após o parto, é possível observar diversos cuidados e simbologias com a mãe e com o bebê. Para a puérpera ficam restritos diversos alimentos como lagarto, raia, caranguejo, marisco do mangue, batata doce, ovo, carne de porco e feijão. Também foi visto o incentivo ao consumo de galinha pela mãe por meio de pratos como a sopa branca, pirão feito com caldo de galinha e farinha de mandioca (FRANZIN, 2015; MOLITERNO *et al.*, 2013).

O que é possível observar de semelhança entre as diversas etnias é a origem dos saberes, as práticas indígenas como: dança, ervas, canções e rezas, são passadas pelas gerações, mesmo que diferindo umas das outras, são moldadas por traços culturais e crenças, estão muito enraizadas naquela sociedade e se tornam um estilo de vida, como famílias de parteiras (os) (MOGAWANE *et al.*, 2015).

O movimento da humanização, muito discutido atualmente. Segundo o Ministério da Saúde Pública de Pichincha, representa as práticas realizadas desde os ancestrais, sobretudo um nascimento culturalmente apropriado para a criança, como um direito pela vida, e o ato de parir como protagonismo, demonstra como ainda falta dentro dos hospitais no Brasil o resgate das origens (ALMAGUER; GARCÍA e VARGAS, 2012; LÓPEZ, 2018; VEIZAGA, 2011).



Imagem 1: Marcha das mulheres indígenas em Brasília (2019).

Fonte: Leonardo Otero

5 | CONCLUSÃO

Portanto, o modo de gestar e nascer se difere em diversas etnias indígenas, começando pela gestação no qual a preparação para o parto já se inicia com uma dieta e comportamentos que moldam a família toda, em geral o esforço físico se mantém.

Quanto ao trabalho de parto, enquanto em algumas tribos elas parem na vertical, em outras o fazem deitadas, muitas tribos possuem uma pessoa de referência como parteira, mas em outras quem presta assistência é uma mulher mais experiente da família.

O que há de comum entre essas práticas tradicionais são a origem e como esses saberes são passados pelas gerações, mesmo que as práticas se diferem, todas estão marcadas por traços culturais fortes, pois são respeitados por gerações ao longo dos anos.

As práticas indígenas se diferem muito do cenário atual do Brasil de parto medicalizado, antes da intervenção e repleto de intervenções. Na maior parte das instituições públicas ou privadas falta o respeito à autonomia e protagonismo da mulher. O incentivo ao parto natural é ineficiente e as práticas não são voltadas para a origem, para o respeito ao processo fisiológico. O modelo medicocentrado permanece forte nas práticas hospitalares. Entre os índios, o parto não acontece como um evento social, entre eles dar à luz é também um renascimento da mulher, livre de traumas, o nascimento é assim uma grande celebração à vida.

REFERÊNCIAS

ALMAGUER J.A.G.; GARCIA H.J.R.; VARGAS V.V. **Nascimento humanizado Contribuições do cuidado intercultural às mulheres na gravidez, parto e puerpério / parto humanizado. Contribuições da atenção intercultural às mulheres na gravidez, parto e puerpério.** Gênero e saúde em números. V.10, p. 44-59. 2012.

BUCHILLET, D. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006).** Quito: Abya-yala, 2007. 614 p.

FERREIRA L.O. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.20, n.1,p.203-219, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2019.

FERREIRA L.O. **O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa.** Saúde Soc. v.21, n.1, p. 265-277, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500023&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2019.

FRANZIN, A. **Parto das índias: conheça técnicas usadas pelas parteiras Tupinikim.** 2015. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/04/parto-das-indias-conheca-tecnicas-usadas-pelas-parteiras-tupiniquim>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MOGAWANE M,A.; MOTHIBA T.M.; MALEMA R.N.; **Práticas indígenas de mulheres grávidas no hospital Dilokong na província de Limpopo, África do Sul.** Curationis. V. 38, n. 2, p. 1553, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091737/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MOLITERNO, A.C.M et al. **Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 293-301, June 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2019.

PICHINCHA, Ministério da Saúde Pública. **Por um nascimento culturalmente apropriado: um direito para mulheres e recém-nascidos.** P. 1-12. 2011. Disponível em: < http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995565/por-un-parto-culturalmente-adequado-un-derecho-de-las-mujeres-y_kY7Spog.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

SOUSA, R. **População indígena no Brasil.** Disponível em: <<https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/a-populacao-indigena-no-brasil.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

TORRES, W.F.V.; LÓPEZ B.A.M. **Parto humanizado e medicina ancestral tradicional nas comunidades rurais do cantão de Salcedo em 2014.** p.161. 2018.

VEIZAGA, R.F. **Articulação de parteiras tradicionais ao sistema de saúde, Chimeo Villamontes - Tarija 2011.** P. 62. 2011. Disponível em: < http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995565/por-un-parto-culturalmente-adequado-un-derecho-de-las-mujeres-y_kY7Spog.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ASSISTÊNCIA COM AÇÕES EDUCATIVAS E IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM VOLTADO PARA AS GESTANTES INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2021

Data submissão: 04/01/2020

Valdiclea de Jesus Veras

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/1805511598803019>

Rosemary Fernandes Correa Alencar

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/2975983655341799>

Maria Almira Bulcão Loureiro

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/1244168101674373>

Suzana Portilho Amaral Dourado

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – MA

RESUMO: INTRODUÇÃO: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Após confirmação do diagnóstico de DMG, as mulheres devem ser encorajadas quanto às práticas de autocuidado que se fazem necessárias para o tratamento. A função do enfermeiro, nesse contexto, é imprescindível, devido às suas ações de educação em saúde, de escuta, esclarecimento e interação com o paciente e a família. **OBJETIVO:** Relatar a implementação

e resultados do projeto de intervenção utilizado para assistir com ações educativas através de um plano de alta de enfermagem as gestantes internadas com diabetes mellitus gestacional. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva sobre a experiência de implantação e resultado de um plano de intervenção realizado no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018 no Hospital Universitário Materno Infantil em São Luís. Foram realizadas capacitações junto à Equipe de Enfermagem, rodas de conversas com as gestantes e seus acompanhantes pautado numa pedagogia dialógica com troca de experiências. E, para continuidade e integralidade dessa assistência, foi formulado um Plano de Alta de Enfermagem. **RESULTADOS:** As gestantes adquiriram conhecimento sobre o que é a diabetes gestacional, sua terapêutica e sobre a importância do autocuidado na gestação e no puerpério. Grande parcela das gestantes apresentou uma evolução satisfatória no seu processo de desenvolvimento do autocuidado, com responsabilidade compartilhada com a equipe de profissionais. Enfim, com as ações educativas, essas mulheres tornavam-se protagonista do seu próprio cuidado, revelando, nesse contexto, o Enfermeiro com papel de destaque na arte de cuidar e educar. **CONCLUSÃO:** Observou-se um melhor entendimento da vivência e do enfrentamento das mulheres com diabetes gestacional, promovendo um cuidado individualizado e com qualidade, visando sempre o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dessas gestantes. **PALAVRAS-CHAVE:** Plano de Alta, Gestante, Diabetes Gestacional.

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ASSISTANCE WITH EDUCATIONAL ACTIONS AND IMPLEMENTATION OF A HIGH NURSING PLAN FOR PREGNANT WOMEN IN A UNIVERSITY HOSPITAL: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION Gestational Diabetes Mellitus (DMG) is any level of intolerance to carbohydrates, resulting in hyperglycemia of varying severity, with onset or diagnosis during pregnancy. After confirming the diagnosis of GDM, women should be encouraged as to the self-care practices that are necessary for treatment. The role of the nurse, in this context, is essential, due to his actions of health education, listening, clarification and interaction with the patient and family. **OBJECTIVE:** To report the implementation and results of the intervention project used to assist pregnant women hospitalized with gestational diabetes mellitus with educational discharge plans **METHODS:** This is a descriptive study on the experience of implantation and outcome of an intervention plan carried out from January 2018 to December 2018 at the Obstetric Center of Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) in São Luís Training sessions were held with the Nursing Team, rounds of conversations with pregnant women and their companions, based on in a dialogical pedagogy with an exchange of experiences. And, for continuity and completeness of this assistance, a Nursing Discharge Plan was formulated **RESULTS:** Pregnant women acquired knowledge about what gestational diabetes is, its therapy and the importance of self-care during pregnancy and the puerperium. A large portion of the pregnant women showed a satisfactory evolution in their process of developing self-care, with shared responsibility with the team of professionals. Finally, with the educational actions, these women became protagonists of their own care, revealing, in this context, the Nurse with a prominent role in the art of caring and educating. **CONCLUSION:** It was observed that a better understanding of the experience and coping of women with gestational diabetes, promoting individualized and quality care, always aiming at developing the autonomy and empowerment of these pregnant women **KEYWORDS:** Discharge Plan, Pregnant, Gestational diabetes.

1 | INTRODUÇÃO

O período gestacional é caracterizado como uma situação que torna a fisiologia feminina, extraordinariamente, diferente da mulher não grávida, sendo esta, acompanhada por múltiplas adaptações anatômicas e fisiológicas que visam o bem-estar fetal (REZENDE, 2011). Porém, diversas complicações podem ser diagnosticadas e estas podem colocar em risco a saúde materna e fetal. A associação entre gestação e diabetes, por exemplo, é considerada condição de risco.

O Diabetes Mellitus (DM) é comumente conceituado como um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia consequente à deficiência insulínica. Essa deficiência pode ser decorrente da produção pancreática reduzida, de inadequada liberação e/ou da resistência periférica ao hormônio (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016). Nos últimos anos, a classificação do DM, como também o seu diagnóstico, vem se modificando para acompanhar as novas descobertas acerca da fisiopatologia.

Nos últimos anos, esta classificação, de acordo com informações publicadas na Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), baseia-se, atualmente, na Organização Mundial de Saúde (OMS) e na Associação Americana de Diabetes (ADA) (Associação Americana de Diabetes, 2016) especificando-a em: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), outros tipos de diabetes e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que é o foco deste estudo.

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma alteração caracterizada pela intolerância à glicose de grau variado de intensidade detectado no segundo ou terceiro trimestre da gestação (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008; COUTINHO et al, 2010; PADILHA et al, 2010; WEINERT et al, 2011; WENDLAND et al, 2012; GOLBIDI; LAHER, 2013). A prevalência global de DMG é em média de 10%, podendo variar de 1 a 14% (BENER; SALEH; AL-HAMAQ, 2011). Ocorre em 90% de todas as gestações acometidas pela intolerância à glicose e os restantes 10% seriam outras formas de diabetes, particularmente o diabetes tipo 1 e o tipo 2, com diagnóstico prévio na gravidez (COUTINHO et al, 2010; SBD, 2017).

Aproximadamente 7% das gestações estão associadas a complicações maternas e fetais, resultando em mais de 200.000 casos por ano de DMG registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma das principais causas de morbimortalidade materna no país, caracterizando um problema de saúde pública (NETA, 2014 e MANÇU e ALMEIDA, 2016).

Segundo Almeida, Leonica e Rudge (2003), o Diabetes Gestacional, dentre outras complicações, altera o crescimento fetal e aumenta a taxa de malformações fetais. De acordo com MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI (2012) destaca que a incidência congênita nas gestações complicadas pelo diabetes varia de 5 a 10%, taxa 2 a 3 vezes maior que a observada na população em geral, e, também responsável por cerca de 40% das mortes perinatais.

No Brasil, quase 45% das mulheres portadoras de DMG desenvolverão diabetes tipo 2 no prazo de até 12 anos subsequentes a gestação, e em cada gravidez, aumenta o risco das crianças desenvolverem a doença (WATANABE et al, 2007; SCHMALFUSS et al, 2014; SBD 2000; ARAÚJO, 2013). Além disso, 10% das gestantes que desenvolveram o DMG possuem anticorpos anti-ilhotas, podendo significar uma forma latente do DM1 (FERRARA, 2007).

Portanto, o rastreamento cuidadoso na gestação é uma importante oportunidade de identificar mulheres em maior risco do diabetes gestacional. Após confirmação do diagnóstico, as mulheres devem ser encorajadas quanto às práticas de autocuidado que se fazem necessárias para o tratamento. Informações apropriadas podem ajudá-las a conviver com a doença e superar as complicações advindas em longo prazo por meio da adesão ao regime terapêutico (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

O autocuidado é uma técnica utilizada para empoderar o sujeito para se cuidar, assim como sujeito ativo do processo pode modificar suas atitudes e assumir novos

comportamentos. Neste sentido, as mulheres com DMG atuam como agentes de transformação para manter o controle glicêmico e prevenir as complicações perinatais (OLIVEIRA; MELO; PEREIRA, 2016).

O controle do DMG consiste em uma tríade que é a dieta, monitoramento glicêmico e atividade física. Esta deve ser respeitada às contraindicações obstétricas. O tratamento inicial começa com a orientação alimentar assegurando ganho adequado de peso e controle glicêmico. Para o controle glicêmico é indicada a realização de uma glicemia capilar de jejum e duas pós-prandiais por semana, quando não for possível o controle no domicílio (SBD, 2013).

Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental, especialmente porque uma de suas principais atribuições é a de educador em saúde, que pode estimular o autocuidado da gestante com DMG (SCHMAUFUSS et al, 2014).

Nesse contexto, esse projeto busca favorecer o empoderamento das gestantes internadas por DMG, tornando-as protagonistas do seu cuidado a partir das orientações fornecidas pela Enfermagem, em paralelo ao plano de alta de enfermagem.

2 | DIRETRIZES METODOLÓGICAS

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção desenvolvido a partir da observação de um número significativo de admissões de gestantes com diagnóstico de DMG, muitas delas desestabilizada emocionalmente, e assustadas com ambiente hospitalar, visto que, são internadas, imediatamente, após a consulta de pré-natal. Foi observado que muitas dessas mulheres desconheciam aspectos básicos para lidar com a patologia, como os fatores de riscos e as complicações relacionadas à doença, seja por falta de informações recebidas, por dificuldade de compreensão. Mediante este cenário, a alta hospitalar dessas gestantes portando apenas a prescrição médica de insulina, sem o conhecimento e clareza acerca da medicação, quanto ao seu manuseio, armazenamento e administração, causava um sentimento de dúvida quanto a continuidade do tratamento no domicílio.

No projeto utilizou-se a proposta de Educação em Saúde, construído a partir da interação com gestantes e acompanhantes no âmbito hospitalar. O processo educativo é de natureza interativa, pois sempre há transações e ações combinadas, entre quem aprende e ensina, sendo que se aprende ensinando e ensina-se aprendendo, oportunizando o crescimento e a transformação dos envolvidos (ZAMPIERE, 1998).

Tendo em vista que a gestação de alto risco demanda um cuidado especializado, integral e humanizado, percebe-se no cotidiano que a gestante necessita de apoio, atenção e respeito às suas escolhas. Neste contexto, conclui-se a importância da aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria do autocuidado de Orem, facilitando o empoderamento da gestante no seu cuidado, no enfrentamento da ansiedade e na

diminuição da insegurança.(LIMA, 2019). Fundamentado nesse argumento o processo educativo compreendeu três etapas intimamente relacionadas, as quais ocorreram, quase sempre, de forma simultânea e contínua. A primeira etapa do processo com a Capacitação da Equipe de Enfermagem, responsável pelos cuidados diretos do paciente. Foi realizada capacitações e atualizações acerca do DMG, usando a técnica dos slides, que suscitou em discussões produtivas, abortando técnicas ultrapassadas, ainda usada por alguns técnicos e dando lugar a novos saberes, baseados em evidências científicas.

Com a equipe capacitada, iniciou-se a segunda etapa, caracterizada por acolher às gestantes portadoras de DMG que, devido a descompensações glicêmicas, eram internadas no setor de alto risco e avaliar, neste momento, o conhecimento sobre a patologia na qual elas apresentavam, ocorrendo de forma simultânea. Neste primeiro contato, iniciava-se o desenvolvimento de um vínculo, no qual, oportunizava, por meio da conversa gerada, identificar o grau de conhecimento que a gestante expressava acerca da DM e suas preocupações imediatas frente à hospitalização. Neste mesmo momento, o Enfermeiro já fornecia as informações sobre o plano de intervenção, os objetivos, convidando-os, tanto a gestante quanto o acompanhante a participarem de rodas de conversas com a equipe, entre eles: psicólogo, nutricionista, enfermeiro, médico, sendo que, cada profissional fornecia os seus devidos esclarecimentos, mediante seu contexto e, nas demais vezes. Nessa etapa, esclarecia-se as propostas do trabalho, explicando os possíveis caminhos para o desenvolvimento do processo educativo, aproveitava o momento para solicitar o consentimento para realização de fotos, como forma de registros dos encontros. À medida que foram iniciadas as rodas de conversa, as gestantes e os acompanhantes puderam expressar as suas preocupações, interesses, percepções e expectativas acerca da gestação, bem como esclarecimentos por parte da equipe sobre a patologia, os riscos para o feto e para a gestação, e, principalmente, objetivava, por meios de ações, as práticas de autocuidado, visando a diminuição dos riscos de complicações causados pela DM na gestação. E finalmente após todo o treinamento com essa gestante em sua alta hospitalar foi entregue um Plano de Alta da Enfermagem, nele, estarão contidas as orientações necessárias para dar continuidade ao tratamento no seu domicílio.

3 | RESULTADOS PRELIMINARES

A cada troca de vivência realizada com a equipe de Enfermagem, possibilitou que as gestantes com DMG adquirisse confiança e autonomia para realizar o seu cuidado. Algumas delas, sob a supervisão da Enfermagem, já se autoaplicavam a insulina, as que apresentavam ainda uma certa insegurança, os acompanhantes o faziam. Cada gestante ficou responsável pelos registros dos valores da glicemia para controle próprio, através de um folheto informativo, fornecido pela equipe. Essas atitudes contribuem para a certeza de continuidade no tratamento em domicílio, em caso de alta médica.

Considera-se, portanto, este momento muito propício para realizar as atividades que visem a esclarecer dúvidas em relação a situação que as grávidas se encontram, controlar os sintomas provocados pelo DM, trabalhar com os medos que podem ser causadas pela patologia na gestação, objetivando, assim, contribuir para a redução de possíveis danos ao binômio mãe-bebê.

Destaca-se o papel importante da Equipe de Enfermagem ao cuidar-educando, na medida em que tal ação pode vir a favorecer a socialização de novos conhecimentos e fortalecer os seres humanos para que possam desenvolver um papel ativo em seu meio.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação é umas das principais dimensões do cuidado, pois, contribui para uma melhor compreensão e vivência do processo de gestação, desenvolvendo a autonomia do indivíduo em relação aos seus cuidados, visto que, as internações de gestante com DMG é muito incidente, o que favorece um ambiente propício para desenvolvimento de Ações Educativas.

O processo de educação possibilitou a sistematização dos cuidados prestados às gestantes, além de propiciar o enriquecimento de todos os envolvidos, favorecendo a transformação pessoal e profissional dos mesmos, contribuindo para aprofundamentos e conhecimentos nesta área de obstetrícia.

Diante das várias responsabilidades do enfermeiro, o de educador de saúde merece destaque, pois por meio das suas ações educativas, as gestantes puderam desenvolver práticas de autocuidado e perceber a importância do seu papel nesse contexto. Além disso, um outro momento de destaque se deu no preparo da alta hospitalar, na qual, o enfermeiro reforça as orientações para o cuidado continuado. No entanto, a enfermagem, deveria explorar muito mais esta dimensão do educar, na perspectiva de auxiliar a gestante e seu acompanhante no resgate de seus papéis principais, como protagonistas do processo de gestação.

Sendo assim, uma maior divulgação e uma melhor informação a gestante diabética sobre sua condição, permiti-lhe um bom convívio com a mesma, efetivando a sua plena participação no autocuidado com a sua saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, F.C.G.; LEONICA, I.P.; RUDGE, M.V.C. A natureza bioquímica das malformações fetais na gestação complicada pelo Diabetes. **Femina**. v.31, n.2, março. 2003.
2. ARAUJO, Márcio Flávio Moura et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 222-227, Apr. 2013

3. BENER, A.; SALEH, N.M.; AL-HAMAQ, A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast developing community: global comparisons. **Int J Womens Health**. v.3, p. :367-73. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC:3225465>>. Acesso em: 11 out. 2020
- 4 COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como tratar? **Femina**, v. 38, nº 10. p. 517-25. 2010.
5. FERRARA, A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus: a public health perspective. **Diabetes Care**. v.30, Suppl 2, p.:S141-6. 2007.
- 6 GOLBIDI, S.; LAHER, I. Potential Mechanisms of Exercise in Gestational Diabetes. **Journal of Nutrition and Metabolism**. v.2013. 2013.
7. LANDIM C.A.P, MILOMENS K.M.P, DIÓGENES M.A.R. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v.29, n. 3, p.:374-81. set. 2008.
- 8 LIMA, KELLY MIKAELLY DE SOUZA GOMES et AL. Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco/Nursing care at high risk prenatal care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3183-3197, 2019.
9. MANÇÚ T.S, ALMEIDA O. S.C. Knowledge and feelings of diabetic pregnant women about gestational diabetes mellitus and treatment. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 10, Apr. 2016.
10. MASSUCATTI, Lais Angelo; PEREIRA, Roberta Amorim; MAIOLI, Tatiani Uceli. Prevalência de Diabetes Gestacional em Unidades de Saúde Básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v.1, n.1, p. 70-9. 2012.
11. NETA, F.A.V, et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista Rene**. v.15, n.5, p.:823-31. set-out. 2014.
12. OLIVEIRA, E.C, MELO. S.M.B, PEREIRA, S.E. **Diabetes Mellitus Gestacional: Uma Revisão da Literatura**. Revista Científica Fac Mais, Volume V, Número 1, 2016
- 13 PADILHA P.C. al. **Terapia nutricional no diabetes gestacional**. Rev. Nutr. 2010 Feb.
14. SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. 2000. Disponível em: <<http://www.diabetes.org/Diabetes/cons1.html>>.
15. _____. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012/2013**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. 385p.
50. WEINERT, L.S. et al. **Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar** - Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia. 2011.
16. WENDLAND E. M. M. et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 2012.

17. SCHUMALFUSS, J. M. et al. Diabetes Melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré- natal. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 815-822, 2014.

18. ZAMPIERI, M. F. M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Dissertação. [Mestrado em Assistência de Enfermagem]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1998. 190p.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Thayná Cunha Bezerra

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/4977204629932044>

Karen Dutra Macedo

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/4350833896517242>

Maria Talissa Oliveira de Sousa

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/8095959174568448>

Leula Campos Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Maranhão
São Luís - MA
<http://lattes.cnpq.br/9698233671828914>

RESUMO: Com a chegada do fim da gestação, além das alterações fisiológicas pelas quais seu corpo passa, a gestante também vivencia sentimentos, como ansiedade, expectativas, medo da dor do parto, insegurança, dentre outros. Nessa fase, o apoio profissional é fundamental para atender às necessidades físicas e psicológicas relativas ao parto e puerpério. Dessa forma, este estudo tem como

objetivo relatar a experiência da atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de alto risco durante o terceiro trimestre da gestação. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, resultado da vivência de três enfermeiras residentes vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil, entre os meses de Julho e Setembro de 2020. Não foi submetido à avaliação de Comitê de Ética, entretanto, durante seu desenvolvimento, foram considerados os preceitos éticos presentes na Resolução 466/12. A Consulta do Terceiro Trimestre de Gestação (CTTG) foi introduzida no acompanhamento pré-natal da instituição a fim de proporcionar maior atuação do enfermeiro pois, anteriormente, as gestantes só realizavam uma única consulta de enfermagem durante o pré-natal no HUUFMA-UMI: a triagem de acesso ao Pré-Natal Especializado (PNE). Ressalta-se a relevância de intervenções durante o pré-natal de alto risco, pois, por meio delas, pode haver prevenção e tratamento das morbidades que afetam tanto a mãe, como o feto. Ademais, o enfermeiro também orienta sobre o parto normal, amamentação e puerpério, na tentativa contínua de evitar distúrbios no processo saúde-doença durante a gravidez das usuárias do sistema. O enfermeiro do PNE tem a oportunidade de estreitar a relação profissional-cliente com as gestantes ao se disponibilizar para abordar questões que frequentemente permeiam essa fase da gravidez e que podem influenciar negativamente o seu desfecho quando não são fornecidas as devidas informações.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-Natal, Gravidez de Alto Risco, Enfermagem.

PERFORMANCE OF NURSES IN HIGH RISK PRENATAL CARE DURING THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

ABSTRACT: With the end of pregnancy, in addition to the physiological changes that her body goes through, the pregnant woman also experiences feelings, such as anxiety, expectations, fear of labor pain, insecurity, among others. At this stage, professional support is essential to meet the physical and psychological needs related to childbirth and the puerperium. Thus, this study aims to report the experience of the nurse's performance in assisting high-risk prenatal care during the third trimester of pregnancy. This is a qualitative, descriptive, experience report type, result of the experience of three resident nurses linked to the Multiprofessional Health Residency Program at the University Hospital of the Federal University of Maranhão - Maternal and Child Unit, between the months of July and September 2020. It was not submitted to the evaluation of the Ethics Committee, however, during its development, the ethical principles present in Resolution 466/12 were considered. The Third Trimester of Pregnancy Appointment was introduced in the prenatal care of the institution in order to provide greater performance of the nurse because, previously, pregnant women only performed a single nursing appointment during prenatal care in the HUUFMA-UMI: screening for access to the Specialized Prenatal Care. The relevance of interventions during high-risk prenatal care is emphasized, because through them, there can be prevention and treatment of morbidities that affect both the mother and the fetus. In addition, the nurse also advises on normal delivery, breastfeeding and the puerperium, in a continuous attempt to avoid disturbances in the health-disease process during the pregnancy of the system users. The Specialized Prenatal Care nurse has the opportunity to strengthen the professional-client relationship with the pregnant women by making themselves available to address issues that frequently permeate this stage of pregnancy and that can negatively influence their outcome when the necessary information is not provided.

KEYWORDS: Prenatal Care, Pregnancy, High-Risk. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de mudanças na vida da gestante e de sua família, interferindo tanto em questões psicológicas quanto no ambiente familiar daquela mulher (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Durante a gestação, alterações fisiológicas acontecem em todos os sistemas, gerando sentimentos como emoção, ansiedade e medo, fazendo-se necessário um conhecimento sobre as mudanças que ocorrem nesse período, para que assim seja oferecida uma assistência de qualidade àquela gestante (JENERAL; HOGA, 2004).

Em virtude das altas taxas de morbimortalidade materna e fetal, o acompanhamento pré-natal é de grande importância para promover mais qualidade de vida à mulher, tanto na gravidez quanto no pós-parto (DIAS *et al.*, 2015). No pré-natal é realizado o acolhimento dessa gestante por uma equipe multiprofissional que irão realizar ações visando prepará-

la para vivenciar a gestação e o parto com tranquilidade e saúde (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016).

Por conta disso, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) objetivando qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil, instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de efetivar um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o pré-natal ao atendimento de crianças com até 24 meses, com destaque no componente neonatal (BRASIL, 2011). Ainda nesse contexto, o MS recomenda que o pré-natal tenha início precoce e seja periódico e contínuo. Que haja realização de exames laboratoriais, seja classificado o risco gestacional e sejam registradas todas as informações no prontuário e cartão da gestante (BRASIL, 2012b).

Nesse cenário, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois é qualificado para atender às gestantes, possuindo um protagonismo nas áreas de educação, prevenção e promoção de saúde (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011). Ele deve compreender a importância de uma consulta humanizada e qualificada, pois obterá uma maior adesão ao pré-natal, refletindo assim a qualidade e continuidade da assistência (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011; SHIMIZU; LIMA, 2009). Ressalta-se que é assegurado ao enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e a Portaria nº 1459/2011 (Rede Cegonha), acompanhar todo o pré-natal de baixo risco e prestar assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Após realizar o acolhimento da gestante, o enfermeiro deve reconhecer quais os fatores emocionais que irão influenciar na gestação, buscando sempre orientar e minimizar esses aspectos. Ocorrendo um bom diálogo, o vínculo com aquela gestante é aumentado, favorecendo que ela fique mais tranquila em relação à assistência pré-natal (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Durante a consulta, o enfermeiro deve se atentar para os aspectos sociais, epidemiológicos, ginecológicos e obstétricos da gestação atual, podendo solicitar exames e realizar encaminhamentos para outros profissionais, para que a assistência seja feita de forma integral (ANDRADE *et al.*, 2015).

Com a chegada do fim da gestação, além das alterações fisiológicas pelas quais seu corpo passa, a gestante também vivencia sentimentos, como ansiedade, expectativas, medo da dor do parto, insegurança, dentre outros. Nessa fase, o apoio profissional é fundamental para atender às necessidades físicas e psicológicas relativas ao parto e puerpério (BOWERS, 2002; GOODMAN; MACKEY; TAVAKOLI, 2004; RAPHAEL-LEFF, 2005).

O parto tem um impacto na vida da mulher e de seus familiares próximos, sendo importante garantir que as expectativas em relação a ele sejam realistas, ajudando assim a mulher a ter uma experiência satisfatória diante da separação física entre ela e o bebê. Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar a experiência da atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de alto risco durante o terceiro trimestre da gestação.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo, do tipo relato de experiência. Este trabalho é resultado da vivência de três enfermeiras residentes vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Materno Infantil (HUUFMA - UMI), entre os meses de Julho e Setembro do ano de 2020.

O HUUFMA - UMI é uma maternidade de alta complexidade e, por este motivo, é referência para gestantes de alto risco dos distritos Centro, Bequimão, Itaqui-Bacanga e Coroadinho, e dos municípios de Alcântara e Raposa, da Grande São Luís (MA).

O atendimento a essas gestantes acontece no ambulatório do Pré-Natal Especializado (PNE), que funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 12h e das 13h às 19h. Sua estrutura física é composta por uma sala de recepção, duas salas de espera e cinco consultórios, sendo um deles destinado às consultas de enfermagem

O HUUFMA - UMI estabeleceu um protocolo de acesso ao PNE da instituição, baseado no manual técnico “Gestação de Alto Risco” (BRASIL, 2010), para direcionar as consultas de triagem com as gestantes encaminhadas das unidades básicas de saúde de referência que apresentam alguma complicação que justifique o acompanhamento pré-natal de alto risco. São atribuições do enfermeiro do PNE: realizar as Consultas de Triagem, Consultas do Terceiro Trimestre de Gestação e desenvolver atividades de educação em saúde.

Por se tratar de um relato de experiência, o presente estudo não foi submetido à avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, durante seu desenvolvimento, foram considerados os preceitos éticos presentes na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012a).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as Consultas de Triagem ou ações educativas (ex.: palestras, cursos, rodas de conversa, etc.), o enfermeiro encaminha as gestantes vinculadas ao PNE com idade gestacional maior ou igual a 28 semanas para a Consulta do Terceiro Trimestre de Gestação (CTTG).

Esta consulta foi introduzida no acompanhamento pré-natal da instituição a fim de proporcionar maior atuação do enfermeiro pois, anteriormente, as gestantes só realizavam uma única consulta de enfermagem durante o pré-natal no HUUFMA-UMI: a triagem de acesso ao PNE.

Nesse contexto, a gestante passa a ser avaliada mais uma vez pelo enfermeiro e a CTTG representa o momento de orientações e esclarecimento de dúvidas sobre: alterações fisiológicas da gestação, sinais de alerta da gestação, sinais de trabalho de parto, o momento do parto, nascimento, logo após o parto e durante a internação, dentre outras.

O profissional enfermeiro é considerado apto a realizar consultas de pré-natal, no acompanhamento de gestantes com baixo risco obstétrico, sendo atribuídas a ele inúmeras ações como: solicitações de exames; abertura do Sistema de Informação de Saúde (SIS); realização de exame obstétrico; encaminhamentos necessários; preparo para o parto; orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a amamentação; vacinação; e também a promoção de vínculo entre mãe e bebê (DEMITTO *et al.*, 2010).

Foi através da lei do exercício profissional de enfermagem de decreto nº 944006/87 que ficou permitido ao enfermeiro acompanhar o pré-natal de risco habitual, e caso de pré-natal de alto risco haver a presença do enfermeiro junto de outros profissionais, constituindo assim uma equipe multidisciplinar. A consulta dispõe ao profissional um contato mais significativo com as gestantes, possibilitando a vivência de um relacionamento não só terapêutico, mas também afetivo levando em consideração sentimentos, emoções e valores das gestantes que o procuram (BRASIL, 2006).

O pré-natal de alto risco geralmente é desenvolvido na atenção secundária, englobando casos mais complexos de assistência durante a gravidez, isto é, aqueles que envolvem diversos equipamentos da rede de saúde. Deve ser prioritário nos sistemas de saúde, na busca de minorar a mortalidade materna por causas passíveis de prevenção, uma realidade que ainda apresenta taxas preocupantes no mundo (GBD 2015 MATERNAL MORTALITY COLLABORATORS, 2016).

Ressalta-se a relevância de intervenções durante o pré-natal de alto risco, pois, por meio delas, pode haver prevenção e tratamento das morbidades que afetam tanto a mãe, como o feto. Ademais, o enfermeiro também orienta sobre o parto normal, amamentação e puerpério, na tentativa contínua de evitar distúrbios no processo saúde-doença durante a gravidez das usuárias do sistema (FERREIRA JÚNIOR *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Silva *et al.* (2015), observa-se que 75% das usuárias consideraram como boa a assistência de enfermagem na consulta pré-natal e ainda que 70% informaram que as necessidades atreladas ao período gestacional são atendidas.

A gestação é um evento ímpar e marcante na vida de uma mulher, provocando alterações psíquicas, hormonais e físicas que preparam o organismo materno para gerar o novo ser. Essas transformações são complexas e singulares, variam entre as mulheres e podem gerar sentimentos como medo, dúvida, angústia ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (PICCININI *et al.*, 2004).

No caso do pré-natal de alto risco, essas alterações ocasionadas pela gestação podem gerar ainda mais angústia, preocupação e ansiedade juntamente com a aproximação do parto, pois dependendo do tipo de comorbidade ou situação que elas se encontram dentro do Pré-Natal Especializado, a vida delas, ou do seu bebê, pode estar em risco.

Apesar da abrangência e dos resultados constados sobre a consulta de enfermagem, o enfermeiro convive com o fato de que algumas gestantes valorizam, ainda, a assistência

à saúde centrada na figura do médico e, muitas vezes, ficam inseguras com a consulta de enfermagem, em especial, quando é uma gestante primigesta (CAMPOS *et al.*, 2011).

Diante da realização da primeira consulta com a enfermeira, constatou a partir dos relatos, mais uma vez 100% das gestantes saíram da consulta com uma visão positiva da assistência de enfermagem, os sentimentos de segurança, surpresa, acolhimento, satisfação, confiança e ter gostado muito da consulta, foram notados entre as gestantes, substituindo sentimentos negativos anteriormente citados (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019).

O enfermeiro do PNE tem a oportunidade de estreitar a relação profissional-cliente com as gestantes ao se disponibilizar para abordar questões que frequentemente permeiam essa fase da gravidez e que podem influenciar negativamente o seu desfecho quando não são fornecidas as devidas informações.

Foi perceptível que, durante as Consultas de Terceiro Trimestre de Gestação, as gestantes demonstravam-se inseguras no início da abordagem (principalmente as primigestas), mas ganhavam confiança no decorrer do atendimento devido às orientações repassadas.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico puerperal é muito importante, mas é no pré-natal, principalmente, que a mulher deve ser mais orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Os profissionais de saúde devem assumir a função de educadores, compartilhando saberes e buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério de forma tranquila e segura (RIOS; VIEIRA, 2007).

Com base na literatura pesquisada notou-se que todas as gestantes relataram satisfação com a assistência oferecida nas unidades em que realizavam o pré natal, sentindo-se mais à vontade com o enfermeiro, pois alegaram ter recebido mais atenção, ter sido melhor entendida, sentiram-se mais acolhida e valorizada durante a consulta.

4 | CONCLUSÃO

A atenção pré-natal é de suma importância durante a gravidez, nos artigos utilizados para este estudo obteve-se um número expressivo de gestantes satisfeitas com o atendimento da equipe de enfermagem, pois sentiram-se confortáveis e acolhidas para tirarem suas dúvidas nesse momento tão oportuno.

A Consulta do Terceiro Trimestre de Gestação sendo ofertada no HUUFMA-UMI, consegue criar um espaço para o diálogo e permeia as principais orientações pertinentes a essa fase, como: explicar sobre os sinais de alerta, diferenciação de contrações de treinamento e contrações efetivas, quando a gestante deve procurar o serviço de urgência, evitando assim idas desnecessárias desta paciente ao hospital. Outros pontos importantes a serem abordados é sobre a evolução do trabalho de parto, amamentação e principais cuidados com o recém nascido.

O estudo foi de grande valia, pois mostrou o quão importante e significativa é a Consulta de Enfermagem no Terceiro Trimestre Gestacional, o vínculo da gestante com a equipe só se fortalece, fazendo com ela se sinta mais confiante e encorajada no momento do parto.

Diante do exposto, como alternativa para aprimoramento da assistência de enfermagem, deve-se buscar a valorização da consulta deste profissional no pré-natal de alto risco, tornando possível ao enfermeiro conhecer melhor as gestantes por meio do atendimento individual, bem como otimizar sua assistência (FERREIRA JÚNIOR *et al.*, 2018).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. C. *et al.* **A percepção das gestantes sobre o pré-natal realizado pelo enfermeiro (a) na estratégia saúde da família do município de Parnaíba.** SANARE, Sobral, v. 14, ed. 1, p. 127, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/751/448>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- ASSUNÇÃO, C. S. *et al.* **O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes.** Rev Fund Care Online, Rio de Janeiro, v. 11, ed. 3, p. 576-581, 2019. DOI 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.576-581. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6585/pdf_1. Acesso em: 4 jan. 2021.
- BARBOSA, T. L. D. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. **O Pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes.** Cogitare Enferm, Curitiba, v. 16, ed. 1, p. 29-35, 2011. DOI 10.5380/ce.v16i1.21108. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21108>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- BOWERS, B. B. **Mothers' Experiences of Labor Support: Exploration of Qualitative Research.** Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, [s. l.], v. 31, ed. 6, p. 742-752, 1 nov. 2002. DOI 10.1177/0884217502239218. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34022-3/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34022-3/fulltext). Acesso em: 29 dez. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 1996, versão 2012.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-693.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 29 dez. 2020.

CAMPOS, R. M. C. *et al.* **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, ed. 3, p. 566-574, 2011. DOI 10.1590/S0080-62342011000300003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2021.

DEMITTO, M. O. *et al.* **Orientações Sobre Amamentação na Assistência Pré-Natal: Uma Revisão Integrativa**. Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, p. 223-229, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4713>. Acesso em: 29 dez. 2020.

DIAS, E. G. *et al.* **Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, v. 6, ed. 3, p. 2695-2710, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3151/2837>. Acesso em: 29 dez. 2020.

FERREIRA JUNIOR, A. R. *et al.* **O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 3, maio 2018. ISSN 2318-2660. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524>. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2524>. Acesso em: 20 out. 2020.

GBD 2015 MATERNAL MORTALITY COLLABORATORS. **Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015**. The Lancet, v. 388, ed. 10053, p. 1775-1812, 2016. DOI 10.1016/S0140-6736(16)31470-2. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31470-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31470-2/fulltext). Acesso em: 4 jan. 2021.

GOODMAN, P.; MACKEY, M. C.; TAVAKOLI, A. S. **Factors related to childbirth satisfaction**. Journal of Advanced Nursing, Colúmbia, v. 46, ed. 2, p. 212-219, 30 mar. 2004. DOI 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>. Acesso em: 29 dez. 2020.

JENERAL, R. B. R.; HOGA, L. A. K. **A incerteza do futuro: a vivência da gravidez em uma comunidade brasileira de baixa renda**. Rev Min Enferm, Belo Horizonte, v. 8, ed. 2, p. 268-274, 2004. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/v8n2a03.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

OLIVEIRA, E. C. D.; BARBOSA, S. D. M.; MELO, S. E. P. **A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros**. Rev. Científica FacMais, Inhumas, v. 7, ed. 3, p. 24-38, 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

PICININI, C. A. *et al.* **O envolvimento paterno durante a gestação**. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em 20 out. 2020.

RAPHAEL-LEFF, J. **Psychological Processes of Child Bearing**. 2. ed. rev. Londres: Ann Freud Centre, 2005. 578 p. ISBN 0901726982.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré – natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde.** Rev Cien Saude Colet, v. 12, ed. 2, p. 477-486, 2007. DOI 10.1590/S1413-81232007000200024. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2020.

RODRIGUES, E. M. N.; NASCIMENTO, R. G. D.; ARAÚJO, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de saúde da família.** Rev. Esc. Enferm USP, São Paulo, v. 45, ed. 5, p. 1041-47, 2011. DOI 10.1590/S0080-62342011000500002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500002. Acesso em: 29 dez. 2020.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. D. **As dimensões no cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.** Rev Bras de Enferm, Brasília, v. 62, ed. 3, p. 387-392, 2009. DOI 10.1590/S0034-71672009000300009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. **Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, ed. 103, p. 805-816, 2014. DOI 10.5935/0103-1104.20140073. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

SILVA, R. A. R. *et al.* **Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante.** J. res.: fundam. care online, Rio de Janeiro, v. 7, ed. 3, p. 2930-2938, 2015. DOI 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2930-2938. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3542>. Acesso em: 4 jan. 2021.

CAPÍTULO 19

OS BENEFÍCIOS DO EXAME DE ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR NO DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA INTRACRANIANA NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 03/01/2020

Luis Henrique Winter

Universidade Feevale

Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3959150926858891>

<https://orcid.org/0000-0001-5273-0070>

Cátia Aguiar Lenz

Universidade Feevale

Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/0773047217177797>

RESUMO: A hemorragia intracraniana é um dos principais eventos patológicos que acometem os recém-nascidos pré-termos, especialmente os nascidos com peso ao nascer < 1.500g, sendo sua maior incidência no momento do parto ou no primeiro dia após o nascimento. Sabendo deste alto risco, é imprescindível que tenhamos acesso à um equipamento que possa auxiliar o diagnóstico da hemorragia intracraniana, respeitando e observando as restrições financeiras das instituições de saúde e o protocolo de manejo mínimo que é de fundamental importância para com estes pacientes. Objetivou-se identificar os benefícios do uso da ultrassonografia transfontanelar no diagnóstico e acompanhamento do recém-nascido pré-termo acometido pela hemorragia intracraniana. A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa da literatura. As buscas dos artigos em português ocorreram na base de

dados *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de dados em Enfermagem*. As palavras-chave utilizadas foram: “ultrassonografia”, “hemorragia intracraniana”, “recém-nascido”. Foram inclusos artigos completos de acesso livre e *online* publicados nos anos de 2015 a 2018. Selecionaram-se três artigos. Este estudo traz como resultado comum entre todas as fontes pesquisadas, o fato da ultrassonografia transfontanelar ser um método de escolha eficiente no diagnóstico e acompanhamento da hemorragia intracraniana, visto entre suas vantagens: baixo custo; boa mobilidade do equipamento portátil; alteração mínima da hemodinâmica circulatória do neonato; dispensabilidade de sedação e, inexistência de radiação, podendo ser realizadas avaliações repetidamente sem causar danos de curto ou longo prazo ao paciente. Concluiu-se que, com o uso da ultrassonografia transfontanelar foi possível identificar as patologias cerebrais mais prevalentes em recém-nascidos pré-termos, sendo esses dados de grande valia para a prática da assistência a estes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Hemorragia Intracraniana, Recém-Nascido, Ultrassonografia.

THE BENEFITS OF TRANSFONTANELAR ULTRASONOGRAPHY EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF INTRACRANIAL HEMORRHAGE IN PREGNANT NEWBORN: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Intracranial hemorrhage is one of the main pathological events affecting preterm newborns, especially those born with < 1.500g weight, with its highest incidence at the time of

delivery or on the first day after birth. Knowing this high risk, it is essential to have access to equipment that can aid the diagnosis of intracranial hemorrhage, respecting and observing the financial constraints of health institutions and the minimum management protocol that is of fundamental importance to these patients. The objective of this study was to identify the benefits of the use of transfontanelar ultrasound in the diagnosis and follow-up of the preterm newborn affected by intracranial hemorrhage. The methodology used was a narrative review of the literature. The searches of the articles in portuguese were done in the Latin American & Caribbean Health Sciences Literature and Nursing Database. The keywords used were: «ultrasound», “intracranial hemorrhage”, “newborn». Full free and online access articles published from 2015 to 2018 were included. Three articles were selected. This study brings as a common result among all sources researched the fact that transfontanelar ultrasound is an efficient method of choice in the diagnosis and follow-up of intracranial hemorrhage, seen among its advantages: low cost; good mobility of portable equipment; minimal alteration of the circulatory hemodynamics of the newborn; dispensability of sedation and no radiation, lack of radiation, and evaluations can be performed repeatedly without causing short or long-term damage to the patient. It was concluded that with the use of transfontanelar ultrasound it was possible to identify the most prevalent brain pathologies in preterm newborns, being these data of great value for the practice of assistance to these patients.

KEYWORDS: Intracranial hemorrhage, Newborn, Ultrasound.

INFECÇÕES NA UTI PEDIÁTRICA: DESAFIO PARA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 02/01/2021

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Universidade Luterana do Brasil - ULBRA,
Gravataí
Lattes: 3924294014733982

Carina Galvan

Universidade Feevale, Novo Hamburgo
Lattes: 3494003559562742

Rosaura Soares Paczek

Universidade Federal do Rio Grande do Sul –
URGS, Porto Alegre
Lattes:2696219346649421

Débora Machado Nascimento do Espírito Santo

Centro Universitário Filadélfia de Londrina -
UNIFIL, Londrina
Lattes:3564183474043446

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Professora Adjunta da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- UFRGS, Porto Alegre
Lattes: 0894911365236137

RESUMO: O aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos vem tornando as infecções em UTI pediátrica um problema de saúde pública e um desafio aos profissionais que atuam nesta área. Objetiva-se nesta pesquisa analisar os patógenos mais

comuns na UTI pediátrica, as medidas de prevenção e controle de infecções que vêm sendo adotadas e, finalmente, os desafios e perspectivas para a enfermagem neste contexto, com ênfase nas medidas que a enfermagem vem adotando para garantir o seguro procedimento à pacientes internados em UTI pediátrica. Para tanto, foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, resultado de uma pesquisa bibliográfica - cujas fontes são livros, artigos e referências publicadas em meios eletrônicos, desenvolvida mediante a exposição do pensamento de especialistas no assunto. Conclui-se que as infecções hospitalares são de grande relevância epidemiológica, devido às consequências que apresentam. Entre elas, a elevação das taxas de morbidade e mortalidade, a ampliação do tempo de permanência dos pacientes no hospital e, conseqüentemente, repercussões sociais e econômicas por serem a causa da oneração dos custos dos tratamentos. Procedimentos simples como o da lavagem correta das mãos, entre o atendimento de um paciente e outro, pode contribuir para diminuir a alta taxa de disseminação de microorganismo na UTI pediátrica. Entretanto, por mais incrível que possa parecer, ainda apresentam problemas na sua adesão. Uma ação conjunta de profissionais e gestores é primordial, para promover a segurança do paciente durante o período que este estiver sob cuidados em instituições de saúde. O desafio está em criar um modelo adequado para garantir o sucesso das intervenções, em concordância com as características do serviço, além de permitir uma análise das tendências das infecções e prover informações para a criação e revisão contínua de protocolos.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Hospitalar, Unidades de Terapia Intensiva, Profissional de Enfermagem, Patógenos.

INFECTIONS IN THE PEDIATRIC ICU: CHALLENGE FOR NURSING

ABSTRACT: The emergence of multi-resistant microorganisms to antimicrobials has made infections in pediatric ICUs a public health problem and a challenge for professionals working in this area. The objective of this research is to analyze the most common pathogens in the pediatric ICU, the infection prevention and control measures that have been adopted and, finally, the challenges and perspectives for nursing in this context, with emphasis on the measures that nursing has been adopting for ensure safe procedure for patients admitted to a pediatric ICU. To this end, a narrative review of the literature was produced, the result of a bibliographic research - the sources of which are books, articles and references published in electronic media, developed by exposing the thoughts of experts on the subject. It is concluded that nosocomial infections are of great epidemiological relevance, due to the consequences they present. Among them, the increase in the rates of morbidity and mortality, the increase in the length of stay of patients in the hospital and, consequently, social and economic repercussions for being the cause of the burden of treatment costs. Simple procedures, such as the correct hand washing, between the care of one patient and another, can contribute to reduce the high rate of dissemination of microorganisms in the pediatric ICU. However, as incredible as it may seem, they still have problems with their adherence. A joint action of professionals and managers is essential, to promote patient safety during the period that they are under care in health institutions. The challenge is to create an adequate model to guarantee the success of the interventions, in accordance with the characteristics of the service, in addition to allowing an analysis of the trends of infections and providing information for the creation and continuous review of protocols.

KEYWORDS: Hospital Infection, Intensive Care Units, Nursing Professional, Pathogens.

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar¹ é um grande obstáculo encontrado nas unidades hospitalares, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Por ter se tornado um problema de grande ocorrência, o profissional de enfermagem que possui um maior e mais longo contato com os pacientes tornou-se um membro extremamente importante e indispensável na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), visando à proteção e segurança dos mesmos (ROCHA *et al.*, 2010).

Na década de 60, surge no Brasil a preocupação em manter o controle das infecções hospitalares e as primeiras publicações e relatos relacionados ao tema. Em 1963, Porto Alegre, RS implanta a primeira CCIH brasileira no Hospital Ernesto Dornelles, assim como outras comissões multidisciplinares começam a surgir a partir da década de 70. Nos anos

1. O termo infecção hospitalar tem sido substituído por Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), pois melhor reflete a causa de desenvolvimento desse tipo de evento adverso (EA), especialmente por não limitar a sua ocorrência ao ambiente dos hospitais.

que se seguiram, foi criado e publicado, pelo Ministério da Saúde, o Manual de Controle de Infecção Hospitalar e publicadas as portarias que obrigavam a criação de CCIH em hospitais brasileiros. O conteúdo destas portarias dizia respeito à composição das CCIH, às atividades a serem desempenhadas, que competência caberia a cada membro, além de recomendações e indicadores epidemiológicos para o controle das infecções (SILVA; SANTOS, 2001).

Para Torres *et al.*(2011), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de acordo com a resolução COFEN 358/09, possibilita ao enfermeiro através do uso do método científico realizar com maior eficácia ações de supervisão, de avaliação e de gerenciamento dos cuidados prestados, bem como acompanhar os resultados das ações implementadas. O Processo de Enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, agregando cientificidade às ações de prestação do cuidado.

Johann *et al.* (2012) entendem que a atuação da enfermagem acontece em múltiplos cenários, incluindo a promoção, prevenção, cura e reabilitação, dentre eles os estabelecimentos de saúde.

Rolim *et al.* (2010) corroboram com o tema ao afirmarem que o conhecimento técnico-científico é a base para que as intervenções e práticas de enfermagem garantam uma assistência de qualidade aos pacientes. O “saber fazer” e “saber saber” são de extrema importância para a equipe de enfermagem, tornando-a apta para intervir a qualquer sinal de alteração. Segundo os autores, durante o período em que o paciente está internado em UTI será excessivamente manipulado, tanto para cuidados de rotina quanto para realização de procedimentos dolorosos, precisando, portanto, de um cuidado mais apurado de um profissional especializado.

A relevância desta pesquisa está na possibilidade de crescimento profissional e pessoal da pesquisadora que, atuando como enfermeira em UTI pediátrica de um complexo hospitalar de Porto Alegre, motivou-se a desenvolver este estudo em busca de respostas para os desafios vivenciados no cotidiano profissional e onde ficou evidente a importância do papel do enfermeiro na assistência. O tema escolhido “As infecções em UTI pediátrica-desafios para a enfermagem”, visa responder a questão problema assim definida: Quais as medidas que a enfermagem vem adotando para garantir o seguro procedimento?

MATERIAL E MÉTODOS

O profissional de enfermagem é, certamente, um dos pilares do atendimento em UTI Pediátrica e um dos principais agentes na tomada de decisão num ambiente tão vulnerável às infecções, onde a clientela apresenta doenças ou condições clínicas predispostas a infecções. Os mecanismos de defesa dos internos já estão comprometidos, tanto pela

doença motivadora da hospitalização quanto pelas intervenções necessárias para o diagnóstico e tratamento, procedimentos, por sua vez, invasivos ou imunossupressivos.

Para tanto, foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, resultado de uma pesquisa bibliográfica - cujas fontes são livros, artigos e referências publicadas em meios eletrônicos, desenvolvida mediante a exposição do pensamento de especialistas no assunto.

Considera-se, portanto, da maior importância uma análise da produção científica nacional, relacionada à pacientes internados em UTI pediátrica, visto que a qualidade da assistência está totalmente relacionada à uma contínua avaliação das ações de enfermagem no que diz respeito às técnicas utilizadas durante o processo de assistência, essencial para a construção de uma cultura focada em melhorias que repercutam diretamente na segurança do paciente e por sua vez na qualidade dos serviços de saúde, objetivo desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Portaria n. 2.616, de 12/5/1998 (BRASIL, 1998), Infecção Hospitalar (IH) é toda infecção adquirida durante o período de internação do paciente, relacionada à internação ou procedimentos hospitalares, manifestadas após 48 horas da admissão ou antes desse período quando relacionada a procedimentos invasivos, mas que pode se manifestar não só durante a internação como após a sua alta (SOUZA et al., 2015).

As infecções podem ser dos tipos comunitárias ou nosocomiais, estas últimas, mais comumente presentes em estabelecimentos maiores com maior rotatividade de pacientes ou profissionais, incluindo-se estudantes no caso de hospitais de ensino ou universitários.

Os dados sobre IRASs são pouco registrados no Brasil o que dificulta o conhecimento da verdadeira extensão do problema no país. Isto acontece porque a consolidação das informações é ainda muito reduzida na maioria dos hospitais. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde foram identificadas taxas de IRASs de 13,0% entre pacientes hospitalizados. O objetivo do referido estudo do MS foi avaliar a magnitude das infecções hospitalares em 99 hospitais terciários localizados nas capitais brasileiras e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

Dados publicados pela ANVISA em 2014, referentes às UTIs Pediátricas de 1.692 hospitais, por sua vez, evidenciaram que, no Brasil, Em pacientes pediátricos, essa incidência foi de 5,5 infecções a cada 1.000 CVC por dia e na UTI Neonatal, a densidade diminui à medida que o peso do paciente ao nascer aumenta (BRASIL, 2015).

São inúmeros os aspectos que podem e devem ser analisados quando se trata de infecções em UTI. Neste artigo tratar-se-á dos Patógenos mais comuns na Unidade de Terapia Intensiva, das Medidas de Prevenção e Controle de Infecções e dos Desafios e Perspectivas para a Enfermagem, conforme capítulos a seguir.

Os **Enterococcus** são patógenos oportunistas reconhecidos como causa importante de infecção na UTI Pediátrica. A terapêutica desta infecção tem se mostrando limitada, uma vez que os enterococcus vêm adquirindo resistência a vários antimicrobianos. (FURTADO *et al.*, 2005).

Podem ser encontrada nas regiões das fossas nasais, nasofaringe, podendo ser causa tanto de infecções simples como de infecção de caráter mais grave na pele, sendo, por isso uma das razões pelas quais as infecções estafilocócicas severas são mais frequentemente adquiridas na UTI Pediátrica.² Os indivíduos contaminados com *Staphylococcus aureus* podem não apresentar sintomatologia e são conhecidos como portadores ou assintomáticos e consideradas uma das principais fontes de transmissão da infecção nosocomial ou da comunidade. (CRUVINEL; SILVEIRA; SOARES, 2011).

As espécies de **Klebsiella** podem causar vários tipos de infecções, principalmente hospitalares, e têm merecido destaque pelos seus variados e emergentes mecanismos de resistência, tendo grande relevância os patógenos causadores de infecções na UTI. Segundo dados de programas internacionais de vigilância, a prevalência de isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtoras de Beta-lactamases de espectro estendido no Brasil é de aproximadamente 50%, espécie com potencial para causar morbidade e mortalidade severa. É um oportunista isolado predominantemente de indivíduos imunocomprometidos e que possuem doenças de base como diabetes mellitus ou obstrução pulmonar crônica. Segundo Almeida Oliveira *et al.* (2011), os fatores de riscos mais importantes causados por este microorganismo são a ventilação mecânica, escores clínicos e cirurgia cardíaca, causando infecções em diferentes órgão e sistemas como no trato urinário e Sistema Nervoso Central.

O **Acinetobacter baumannii** é a espécie mais frequentemente isolada dos humanos responsável por infecções hospitalares. Duas características talvez colaborem para que isso aconteça: sua capacidade de sobreviver em diferentes superfícies (secas e úmidas) e a habilidade em adquirir multirresistência a antimicrobianos. Os principais fatores de risco são os tratamentos antimicrobiano e/ou cirurgia; instrumentação; ventilações mecânicas e pacientes em UTI (INTERNEWS, 2009). Podem estar presentes nos alimentos e na pele de pessoas saudáveis, ocupando o 2º lugar na lista dos não fermentadores mais isolados de amostras humanas, atrás da *Pseudomonas aeruginosa*. As infecções envolvem mais o trato respiratório (tubos endotraqueais ou traqueostomia); trato urinário e ferimentos, incluindo os sítios de cateter e podendo progredir para a septicemia. Há relatos de pneumonia nosocomial associado à ventilação em pacientes de UTI Pediátrica, no entanto os isolados clínicos são mais frequentemente colonizadores do que agentes infecciosos.

A *Pseudomonas aeruginosa* atualmente se posicionam entre as principais bactérias causadoras de infecções hospitalares, perdendo apenas para o *Staphylococcus*

2. No Brasil, o número de infecções hospitalares causadas por *Staphylococcus aureus* corresponde de 40% a 80%, principalmente na UTI.

coagulase negativo e o *Staphylococcus aureus*. Estas bactérias podem causar infecções nosocomiais graves, com elevada letalidade. Característica muito preocupante desta espécie é a resistência cruzada que ela apresenta aos antimicrobianos, resultando numa co-resistência (presença de múltiplos mecanismos de resistência num único hospedeiro), e, conseqüentemente, com alta resistência a múltiplos fármacos (FIGUEIREDO; RAMOS; MACIEL *et al.*, 2007).

Essas informações são da maior importância na adoção de políticas concretas de utilização racional dos antimicrobianos e de redução da disseminação das cepas resistentes nas instituições (FIGUEIREDO; RAMOS; MACIEL *et al.*, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem chamando a atenção para a crescente resistência bacteriana aos antimicrobianos, especialmente para as infecções associadas aos cuidados à saúde, como um problema mundial. Uma Estratégia Global para Contenção da Resistência Antimicrobiana foi lançada naquela ocasião, como um desafio para as diversas instituições de saúde do mundo, tendo em vista os números crescentes e alarmantes de infecções por bactérias resistentes a múltiplos antimicrobianos (MDR) relatados nas publicações científicas de um modo geral (ANVISA, 2016).

Tema este de extrema relevância, portanto, no contexto da vigilância e monitoramento das IRAS, pois consiste em um dos mais sérios problemas de saúde do momento, uma vez que infecções causadas por bactérias resistentes a múltiplas classes de antimicrobianos estão se tornando cada vez mais frequentes. Assunto que será abordado no capítulo a seguir.

A ANVISA é responsável por definir as normas gerais, os critérios e os métodos para a prevenção e controle das IRAS no Brasil, assim como pela coordenação das ações e estabelecimento de um sistema de avaliação e divulgação dos indicadores nacionais. A definição destes critérios permite a harmonização necessária para identificar, coletar e interpretar as informações de uma maneira sistematizada pelos profissionais e gestores do sistema de saúde. A partir desses critérios é possível a identificação do perfil endêmico da instituição e a ocorrência de eventos, como também as situações infecciosas de interesse para o monitoramento dos riscos, com base em informações de qualidade, fidedignas e representativas da realidade nacional (BRASIL, 2016)³.

As medidas de assepsia implementadas nos hospitais no século XIX vieram comprovar sua eficácia na prevenção e controle da infecção hospitalar, mas exigiram a busca constante de outras técnicas assépticas mais inovadoras como a do uso de luvas, do calor (esterilização) para destruir bactérias, da esterilização de instrumentos cirúrgicos, aventais, propés, máscaras, luvas, entre outras. Todos estes materiais, mais o conjunto de medidas de assepsia e de antissepsia, passaram a ser utilizados amplamente nos

3. Esta publicação da ANVISA/MS apresenta as definições de critérios diagnósticos para Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), Infecção em Cirurgias com Implantes/Próteses, Infecção da Corrente Sanguínea (ICS), Infecção do trato respiratório e Infecção do Trato Urinário (ITU), que devem ser adotados por todos os serviços de saúde brasileiros para a vigilância epidemiológicas das IRAS.

centros cirúrgicos e nos demais setores de hospitais visando reduzir ao máximo as taxas de infecção (SANTOS, 2014).

De acordo com a ANVISA (BRASIL, 2013b), as medidas de prevenção podem ser divididas em 4 grupos que encontram-se a seguir descritos.

Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Respiratório

Nos Estados Unidos da América (EUA), a cada ano ocorrem entre 5 e 10 episódios de pneumonia relacionada à assistência à saúde por 1.000 admissões. Estas infecções costumam ser responsáveis por 15% das infecções relacionadas à assistência à saúde e 25% de todas as infecções adquiridas nas UTI, aproximadamente. Os dados epidemiológicos sobre a pneumonia relacionada à assistência à saúde são imprecisos pois não existem critérios que permitam a elaboração de diagnósticos mais precisos. A maioria destas infecções está associada à ventilação mecânica (PAV) e há mais dados epidemiológicos sobre este tipo de pneumonia adquirida no ambiente hospitalar. Dados do Estado de São Paulo, em 2008, apontaram que a média da incidência de pneumonia associada à PAV foi de 16,25 casos por 1.000 dias de uso de ventilador em UTI adulto. No entanto, alcançou até 21,06 casos por 1.000 dias de uso de ventilador em UTI coronariana. Infelizmente, não há dados nacionais confiáveis, devido à falta de uma coleta sistemática e padronizada em todos os estados, que nos permitam afirmar a verdadeira taxa nacional.

Inúmeros estudos vêm revelando o resultado impactante de programas educacionais na redução de PAV o que faz com que se considere fundamental dar continuidade a estes programas, procurando capacitar a equipe de saúde e prepará-la para um maior comprometimento e engajamento na prevenção de IRAS.

Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas às IRAS, mas de grande potencial preventivo, tendo em vista que a maioria está relacionada à cateterização vesical. Estas infecções são responsáveis por 35-45% das IRAS em pacientes adultos, com uma densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia. Aproximadamente 16-25% dos pacientes de um hospital serão submetidos a cateterismo vesical, durante sua internação. O maior agravante é que este procedimento, muitas vezes, poderá ser realizado sob indicação clínica equivocada, ou até mesmo inexistente e o mais preocupante, sem conhecimento médico (KNOLL *et al.*, 2011). Muitos pacientes permanecerão com o dispositivo além do necessário apesar de apresentarem complicações infecciosas ou não infecciosas, causando desconforto para esses pacientes, restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração, entre outros, apesar dos custos hospitalares e dos prejuízos causados ao sistema de saúde público e privados (MEDDINGS *et al.*, 2010).

Existe uma fragilidade na implantação de medidas preventivas simples voltadas para a relação entre cateterismo vesical e ITU, tanto no Brasil quanto no exterior. Muito provavelmente isto acontece devido a uma percepção equivocada do caráter menos

agressivo quanto à morbidade, mortalidade e do impacto econômico das ITU em relação às outras IRAS (DIAS NETO *et al.*, 2003).

Considera-se fundamental o fortalecimento de algumas medidas preventivas uma vez que o uso de cateter é o principal fator relacionado a ITU: a) Inserir cateteres somente para indicações apropriadas, mantendo-os somente o tempo necessário e, quando possível, escolher a intermitente, conhecida como sondagem de alívio; b) Para a drenagem de urina, avaliar a possibilidade de métodos alternativos, tais como: estimular a micção espontânea através da emissão de som de água corrente, aplicar bolsa com água morna sobre a região suprapúbica, realizar pressão suprapúbica delicada, fornecer comadres e papagaios, utilizar fraldas, auxiliar e supervisionar idas ao toalete e utilizar sistemas não invasivos tipo “condon” em homens; c) Garantir que apenas pessoas treinadas e qualificadas sejam responsáveis pela inserção, manutenção e remoção do dispositivo, proporcionando a educação em serviço com controle de técnicas e procedimentos para cateter urinário e a obediência aos protocolos para inserção, manutenção e remoção; d) Disponibilizar mensalmente às equipes e à alta direção os relatórios de vigilância epidemiológica, por unidade, contendo as densidades de incidência de ITU (ANVISA, 2016).

A ANVISA destaca também as estratégias que **não devem ser utilizadas para prevenção**⁴ que muito bem complementam as medidas preventivas relacionadas anteriormente: a) Cuidar para não utilizar rotineiramente cateter impregnado com prata ou outro antimicrobiano; b) Não triar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter; c) Não tratar bacteriúria assintomática, exceto antes de procedimento urológico invasivo; d) Evitar irrigação do cateter: não realizar irrigação vesical contínua com antimicrobiano como rotina de prevenção de infecção, não utilizar instilação rotineira de soluções antissépticas ou antimicrobianas em sacos de drenagem urinária, utilizar sistema fechado de irrigação caso haja previsão de obstrução, proceder à irrigação intermitente quando houver obstrução do cateter por muco, coágulos ou outras causas; e) não utilizar, de rotina, antimicrobianos sistêmicos profiláticos; f) não trocar cateteres rotineiramente; g) não utilizar habitualmente lubrificantes antissépticos; h) não utilizar, como hábito, sistemas de drenagem urinária com mecanismos de redução de entrada bacteriana, como cartuchos de liberação de antisséptico na porta de drenagem.

Medidas de Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea

Estima-se que aproximadamente 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular. As infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS) encontram-se entre as mais comumente relacionadas às IRAS e o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência, os mais frequentes fatores de risco para IPCS (ANVISA, 2016).

4. Grifo da autora

A colonização extraluminal predomina na gênese da IPCS, nas duas primeiras semanas, ou seja, as bactérias da pele ganham a corrente sanguínea após terem formado “biofilmes” na face externa do dispositivo. Após esse período prevalece a colonização da via intraluminal como fonte de bactérias para a ocorrência da IPCS, principalmente nos cateteres de longa permanência. Isso porque estes cateteres possuem mecanismos que coíbem a colonização extraluminal. A colonização da ponta do dispositivo por disseminação hematogênica a partir de outro foco e a infusão de soluções contaminadas, são outras vias menos comuns de IPCS, conforme Figura 2.

No decorrer dos últimos anos, estudos relataram o declínio das taxas de IPCS quando são seguidas as recomendações de boas práticas com o CVC, o que justifica a adoção destas medidas. Programas voltados para educação contínua, capacitação dos profissionais de saúde, adesão às recomendações durante a inserção e manuseio dos cateteres, vigilância epidemiológica das IRAS e avaliação dos seus resultados têm sido vistos como recomendáveis para a prevenção das IPCS.

CONCLUSÃO E RESULTADOS

O aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos vem tornando as infecções em UTI Pediátricas um problema de saúde pública e um desafio aos profissionais que atuam nesta área. Com todos os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, não se pode deixar de levar em consideração a grande parcela de responsabilidade da equipe multiprofissional, quanto aos padrões de assepsia, higiene e técnicas adotadas na recuperação destes pacientes.

As principais causas de infecção hospitalar ainda estão relacionadas aos procedimentos, técnicas e terapêuticos utilizados durante os tratamentos podendo se agravar por veículos como mãos, secreção salivar, fluidos corpóreos, ar e materiais contaminados, entre eles, equipamentos e instrumentos utilizados em procedimentos médicos, muitos invasivos, elevando ainda mais o risco da infecção. Procedimentos simples como o da lavagem correta das mãos, entre o atendimento de um paciente e outro, pode contribuir para diminuir a alta taxa de disseminação de microrganismo na UTI mas, por mais incrível que possa parecer, ainda apresentam problemas na sua adesão.

Uma ação conjunta de profissionais e gestores, portanto, é primordial, para promover a segurança do paciente durante o período que este estiver sob cuidados em instituições de saúde. O desafio está em criar um modelo adequado para garantir o sucesso das intervenções, em total concordância com as características do serviço, além de permitir uma análise das tendências das infecções e prover informações para a criação e revisão contínua de protocolos.

Enterococcus faecium, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* and *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacteriaceae* têm sido os

patógenos mais comuns presentes nas infecções de pacientes de UTI. Por serem cada vez mais resistentes ao tipo de tratamento disponível, aumentam o tempo de internação, exigem medicamentos de alto custo e provocam aumento na morbidade e mortalidade.

O profissional de enfermagem é, certamente, um dos pilares do atendimento em UTI e um dos principais agentes na tomada de decisão num ambiente tão vulnerável às infecções, onde a clientela apresenta doenças ou condições clínicas predispostas a infecções.

O processo de cuidado de enfermagem, no entanto, vem se tornando cada dia mais complexo e dinâmico e, por isso, exigindo dos enfermeiros um aprimoramento constante no que se refere à assistência segura dos pacientes, através de cursos de atualização e capacitação e até uma postura de liderança na equipe integrada à equipe multidisciplinar.

Discussões periódicas entre as equipes de saúde, em seminários, encontros clínicos e treinamentos, acerca dos problemas que enfrentam no dia a dia como, por exemplo, as taxas de infecções hospitalares, o perfil de resistência microbiana nas instituições de saúde e as taxas de mortalidade associadas, entre muitos outros, podem elevar o nível de conhecimento e trazer resultados mais imediatos e promissores. Apesar de algumas iniciativas há falta de informação qualificada sobre IRAS para os cidadãos quanto aos cuidados que devem ocorrer no ambiente hospital, incluindo o papel do próprio paciente e de seus familiares. Além disso, é urgente uma profunda discussão nacional sobre qual deve ser a manifestação concreta de interesse do Estado brasileiro para a prevenção de IRAS.

REFERÊNCIAS

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2010). 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2003; 11(2):177-83. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2064.pdf>. Acesso em 25 nov. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde . **Portaria nº 2616**, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade de Programa de Controle de Infecção Hospitalar e sua Estrutura e Atividades. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Epidemiologia para o controle de infecção hospitalar**. Caderno A. Brasília (DF): ANVISA, 2000. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoA.pdf>. Acesso em 14 nov. 2016.

Brasil. Resolução - RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Disponível em www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/.../153-ccih?...rdc-n-42-2010. Acesso em 16 nov. 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**: medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília (DF): ANVISA, 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. ANVISA, 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>. Acesso em 17 nov. 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013b. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>. Acesso em 21 nov. 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência ano de 2014 e relatório de progresso, nº 11, Ano VI. 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/11-boletim-informativo-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude>. Acesso em 14 nov. 2016.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Can Med Assoc J. 1979 November 3;121(9): 1193– 1254 citado em Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>. Acesso em 21 nov. 2016.

Cornaglia G, Garau J, Livermore DM. Living with ESBLs. Introduction. *Clin Microbiol Infect*. 2008;14 Suppl1:1-2. Erratum in *Clin Microbiol Infect*. 2008;14 Suppl 5:21-4. Citado em Thiago Lisboa, Fabiano Nagel. Infecção por patógenos multi-resistentes na UTI: como escapar? Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n2/a03v23n2.pdf>. Acesso em 16 nov. 2016.

Costa MMM. **Efeitos de um ciclo de melhoria da qualidade nacional aplicado à estruturação das ações de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais brasileiros**. 2016. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>. Acesso em 14 nov. 2016.

Craven DE, Craven KS, Duncan RA. Hospital-acquired pneumonia. In: Jarvis WR. Bennett & Brachman's Hospital Infections. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 5th edition, 2007, chapter 31:519.

Cruvinel AR, Silveira AR, Soares, JS. Perfil Antimicrobiano de Staphylococcus Aureus Isolados de Pacientes Hospitalizados em UTI no Distrito Federal. **Cenarium Farmacêutico**, 4(4), maio-nov. 2011.

Dias Neto JA, Silva LDM, Martins ACP, Tiraboschi RB, Domingos ALA, Suaid HJ *et al*. Prevalence and bacterial susceptibility of hospital acquired urinary tract infection. *Acta Cir Bras*.2003;18(supl.5): 36-38. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502003001200013. Acesso em 23 nov. 2016.

Furtado GHC, Martins ST, Coutinho AP, Soares, GMM, Wey SB, Medeiros EAS. Incidência de Enterococcus Resistente à Vancomicina em Hospital Universitário no Brasil. **Revista Saúde Pública** 2005;39(1):42-6. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 19 nov. 2016.

Internews. Acinetobacter baumannii - Uma super bactéria. **Informativo Internews**, ano XXXI, n.139, jan-fev-mar. 2009. Disponível em http://www.interlabdist.com.br/internews/news_htm/internews_139_4.htm. Acesso em 19 nov. 2016.

Oliveira AC, Kovner CT, Silva RS. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010; 18(2):97-107. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_14.pdf. Acesso em 24 nov. 2016.

Pavodeze MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2014;48(6):995-1001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf. Acesso em 16 nov. 2016

Rahn DD. Urinary tract infections: contemporary management. *Urol Nurs*. 2008; 28(5): 333-41. IN: Roriz-Filho JS, Vilar FC, Mota LM, Leal CL, Pisi PCB. Infecção do trato urinário. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2010;43(2): 118-25 Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp3_Infec%E7%E3o%20do%20trato%20urin%E1rio.pdf. Acesso em: 19 nov. 2016.

Rocha LF, Leme NA, Brasileiro ME. A Atuação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde na Unidade de Terapia Intensiva: O que fazer? **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. [Serial online] 2010 Jan-Jul; 1(1):1-16. Disponível em <http://www.ceen.com.br/revistaeletrônica>. Acesso em 14 nov. 2016.

CAPÍTULO 21

A ABORDAGEM FARMACOCINÉTICA-FARMACODINÂMICA (PK/PD) PERMITE O AJUSTE DE DOSE EM TEMPO REAL PARA A EFETIVIDADE DA VANCOMICINA NAS INFECÇÕES CAUSADAS POR PATÓGENOS GRAM-POSITIVOS CIM >1MG/L EM GRANDES QUEIMADOS PEDIÁTRICOS SÉPTICOS

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 08/01/2020

Silvia Regina Cavani Jorge Santos

Farmacêutica, Doutora pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Programa Toxicologia. Professora Titular, Centro de Farmacocinética Clínica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade São Paulo, campus de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1099300981335926>
<https://orcid.org/0000-0001-5295-2079>

Vedilaine Aparecida Bueno da Silva Macedo

Farmacêutica, Mestre pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Programa Fármacos Medicamentos. Centro de Farmacocinética Clínica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade São Paulo, campus de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7919537249020516>
<https://orcid.org/0000-0002-8917-7480>

Thaís Vieira de Camargo

Farmacêutica, Mestranda do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Programa Fármacos Medicamentos. Centro de Farmacocinética Clínica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade São Paulo, campus de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2524443835235978>
<https://orcid.org/0000-0002-4799-7122>

Ronaldo Morales Junior

Farmacêutico, Doutorando do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Programa Fármacos Medicamentos. Centro de Farmacocinética Clínica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade São Paulo, campus de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1991481269547459>
<https://orcid.org/0000-0002-5856-3717>

Verônica Jorge Santos

Farmacêutica, Doutora pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Programa Fármacos Medicamentos. Centro de Farmacocinética Clínica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade São Paulo, campus de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7316738217965993>
<https://orcid.org/0000-0001-8197-4664>

Carlos Roberto da Silva Filho

Farmacêutico, Doutor pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Programa Fármacos Medicamentos. Centro de Farmacocinética Clínica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade São Paulo, campus de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4330885962713191>
<https://orcid.org/0000-0003-3013-6112>

Edvaldo Vieira Campos

Médico Intensivista, Doutor em Anestesiologia pela FMUSP. Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Cirurgia, Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras

<http://lattes.cnpq.br/8398224290671766>

<https://orcid.org/0000-0002-7343-4526>

David de Souza Gomez

Médico, Doutor em Cirurgia Plástica. Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Cirurgia, Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras

<http://lattes.cnpq.br/5669160959578363>

<https://orcid.org/0000-0003-4539-7315>

RESUMO: Introdução: Os pacientes sépticos pediátricos em terapia intensiva evidenciam alterações na farmacocinética da vancomicina durante as infecções graves causadas por Gram-positivos susceptíveis. O regime de dose para garantir a efetividade representa um grande desafio para a equipe médica, uma vez que a dose recomendada atinge o alvo contra patógenos até CIM <1 mg/L. Objetivo: O racional neste estudo foi realizar a dosagem sérica da vancomicina seguida da abordagem PK/PD em tempo real, para avaliação da efetividade do antimicrobiano em pediátricos sépticos queimados. Métodos: 20 pacientes sépticos grandes queimados com função renal preservada 6F/14M foram investigados. As características: 5.0(3.0-9.0) anos, 22(16-38) kg, 30(20-39) % superfície corpórea total queimada, CLcr 240(201-295) ml/min, medianas (interquartil). O fogo foi o agente da queimadura; a lesão inalatória ocorreu em 12/20 pacientes; os vasopressores e a ventilação mecânica foram exigidos em 13/20. A terapia empírica 10-15mg/kg q6h, infusão 1h. As culturas foram coletadas antes do início da terapia antimicrobiana. Amostras de sangue (1,5 mL/cada) foram coletadas após a dose empírica (set 1) e após a dose ajustada (set 2). Os resultados da farmacocinética obtidos para os pacientes foram comparados aos reportados em voluntários saudáveis. O índice de predição de eficácia foi com base no alvo PK/PD de $ASC_{0-24}^{ss}/CIM > 400$ foi considerado. Resultados: A erradicação dos patógenos (CIM 0,5 mg/L) ocorreu para todos os pacientes após a terapia empírica de 50(44-52) mg/kg. Então a dose empírica foi ajustada para 96 (84-106) mg/kg, e a efetividade da vancomicina foi estendida a todos os pacientes contra patógenos CIM 1 até 2 mg/L. Conclusões: A cura ocorreu para todos os pacientes após ajuste de dose. Consequentemente a dosagem sérica de vancomicina seguida da abordagem PK/PD, baseada na área sob a curva, deve ser aplicada em tempo real pela equipe médica da UTI Pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Abordagem PK/PD, Vancomicina sérica, Efetividade até CIM 2 mg/L, Pediátricos sépticos queimados Individualização de terapia.

PHARMACOKINETIC-PHARMACODYNAMIC APPROACH PERMITS VANCOMYCIN DOSE ADJUSTMENT FOR DRUG EFFECTIVENESS AGAINST INFECTIONS CAUSED BY GRAM-POSITIVE PATHOGENS MIC >1MG/L IN ICU PEDIATRIC BURN PATIENTS

ABSTRACT: Introduction: Pediatric septic ICU burn patients present metabolic conditions that change pharmacokinetics. Effective vancomycin dose regimen in ICU pediatric patients is a challenge to the clinic staff, once the initial dose recommended cannot reach the target against MIC 1 mg/L strains; then therapy fails with consequence on desired outcome. Subject: The rationale of study was to apply vancomycin serum monitoring through pharmacokinetic-pharmacodynamic approach to perform in burn pediatric patients the dose adjustment in a real time. Methods: 20 septic pediatric burn patients 6F/14M with renal function preserved were investigated. Characteristics of patients were: 5.0 (3.0-9.0) yrs., 22 (16-38) kg, 30 (20-39) % total burn surface area, CLcr 240 (201-295) ml/min by Schwartz equation, medians (quartiles). Fire was the agent of burning; inhalation injury occurred in 12/20 patients, vasopressors and mechanical ventilation were required in 13/20 of them. Therapy started for patients at the first septic shock with empirical dose regimen recommended 10-15mg/kg q6h, one hour pump infusion. Cultures were collected before the antimicrobial therapy starts. Patients were investigated in two sets after the recommended empiric daily dose (set 1) and after individualized drug therapy (set 2). Blood was sampling for TDM and PK/PD approach performed with basis on the predictive index $AUC_{0-24}^{ss}/MIC > 400$, MIC is the minimum inhibitory concentration value for each isolated pathogen. Results: Vancomycin target against MIC 0.5 mg/L gram-positive strains was reached. After the empirical initial dose while only 50% patients reached the target MIC 1mg/L. Then, dose was adjusted for target attainment up to MIC 1-2mg/L against *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus coagulase negative* (MIC 2mg/L). Conclusions: Desired outcome was reached with clinical cure for all patients investigated after vancomycin dose adjustment against MIC 1-2 isolated strains. Then, drug serum measurements and PK/PD approach must be considered for dose adjustment to guarantee vancomycin effectiveness against nosocomial gram-positive pathogens.

KEYWORDS: PK/PD approach, Vancomycin serum monitoring, Drug effectiveness up to MIC 2mg/L strains, Septic paediatric burns, Dose adjustment requirements.

INTRODUÇÃO

O choque séptico é a principal causa de morbidade e mortalidade em pacientes queimados nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (SHERIDAN, 2005). O rompimento da barreira da pele, a hospitalização prolongada e o comprometimento do sistema imunológico tornam esses pacientes mais susceptíveis às infecções graves. Além disso, os pacientes grandes queimados sofrem uma série de procedimentos invasivos pela intubação orotraqueal, introdução de sondas e cateteres desde a admissão na UTI. Adicionalmente, está previsto ainda o tratamento cirúrgico pelo desbridamento e enxertia que aumentam os riscos para infecção (BANG *et al.*, 1998).

As infecções nosocomiais causadas por patógenos Gram-positivos são comuns em pacientes grandes queimados, sendo a vancomicina amplamente utilizada no tratamento

das infecções causadas por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina. Nos últimos anos tem se registrado o aumento da resistência desses patógenos à vancomicina, com evidência de que a dose empírica recomendada a estes pacientes pediátricos grandes queimados atinge o alvo terapêutico em apenas 50% deles contra os Gram-positivos suscetíveis, CIM ≤ 1 mg/L (SILVA JR *et al.*, 2013; VYLES *et al.*, 2014). O efeito bactericida da vancomicina contra cepas de Gram-positivos é dependente da variação da concentração sérica no decurso do tempo entre doses de um regime. Contudo, a farmacocinética deste glicopeptídeo encontra-se alterada em pacientes críticos pediátricos, pela função renal aumentada após trauma térmico, exigindo na grande maioria dos pacientes, um aumento da dose diária recomendada na terapia (GOMEZ *et al.*, 2013; ABDULL-AZIZ *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2015).

Numa série de consensos discute-se a contribuição da dosagem sérica de vale *versus* a área sob a curva na medida da efetividade da vancomicina em pacientes críticos adultos e pediátricos. Neste cenário, o estudo comparativo dos consensos de Rybak (2009) e Rybak (2020) traz a informação atualizada no guia de recomendações para a vancomicina em pacientes críticos (RYBAK *et al.*, 2009; LE *et al.*, 2013; MATSUMOTO *et al.*, 2013; LANKE *et al.*, 2017; MILOSLAVSKY *et al.*, 2017; RYBAK *et al.*, 2020).

Rybak (2009)	Rybak (2020)
Parâmetro de monitoramento recomendado no consenso	
Alvo PK/PD (AUC ₀₋₂₄ /CIM _{BMD} ≥ 400) Vale sérico: 15-20 mg/L Isolados CIM ≤ 1 mg/L. Infecções complicadas: bacteremia, PNM nosocomial causada por <i>S. aureus</i> meningite osteomielite, endocardite. Evitar vales < 10 mg/L	Alvo PK/PD ASC ₂₄ /CIM _{BMD} 400-600 Casos suspeitos ou definitivos infecção grave MRSA (assumir vancomicina CIM _{BMD} 1 mg/L), Terapia após 24-48 horas. Não reduzir dose CIM _{BMD} < 1 mg/L.
Método de monitoramento terapêutico dos níveis séricos	
Não monitorar nível sérico de pico Monitorar vale sérico pela coleta de sangue (Após 4ª dose, antes da subsequente)	Utilização de 1-2 concentrações, Programa Bayesiano Coleta de duas amostras de sangue no intervalo entre doses, preferencialmente após o mesmo regime pela aplicação das equações de cinética de primeira ordem
Dose de ataque normalizada com peso real (Infecções complicadas em pacientes críticos em terapia intensiva)	
25-30 mg/kg	20-35 mg/kg, max: 3.000 mg Obesos: 20-25 mg/kg, max 3.000 mg
Regime de infusão contínua	
Não recomendado	Regime alternativo, se ASC não atingir o alvo PK/PD após infusão intermitente.
Abreviaturas – PNM pneumonia; PK: Farmacocinética; PD: Farmacodinâmica; ASC: área sob a curva; CIM: concentração inibitória mínima; MRSA: <i>methicillin resistant S.aureus</i> ; BMD: <i>broth microdilution</i> .	

Por outro lado, como a resistência microbiana à vancomicina aumentou de forma exponencial nos últimos anos, o monitoramento sérico deste glicopeptídeo tem sido recomendado para os pacientes pediátricos, após administração da dose empírica diária de 40-60 mg/kg, infusão intermitente.

Mais recentemente, Pires (2020) reportou o estudo controlado conduzido em 22 pacientes pediátricos com dose diária inicial de 40 mg/kg. A abordagem farmacocinética-farmacodinâmica (PK/PD) baseada nos níveis séricos da vancomicina foi utilizada neste estudo. Estimou-se o índice de predição da efetividade, a partir da razão da área sob a curva (ASC) e a concentração inibitória mínima, CIM. Os autores recomendam ainda que a dose empírica de 60 mg/kg ao dia deve ser escolhida desde o início da terapia nos pacientes pediátricos com função renal preservada e recebendo vasopressores. Portanto, a razão ASC/CIM deve ser aplicada na avaliação da cobertura para a vancomicina em substituição ao vale sérico na avaliação da efetividade da vancomicina em pacientes críticos (PIRES *et al.*, 2020).

Por outro lado inúmeros pesquisadores reforçam ainda para a vancomicina que a razão ASC_{0-24}/CIM seja a medida mais segura e efetiva no ajuste de dose em pacientes pediátricos para atingir o alvo terapêutico (GORDON *et al.*, 2012). Então, a partir do alvo terapêutico $ASC/CIM > 400$ considerado, a estimativa do índice de efetividade para cada paciente em terapia com a vancomicina permite avaliar, em tempo real, se a cobertura foi atingida, para se garantir o desfecho clínico desejado. Desta forma, a abordagem PK/PD tornou-se a ferramenta indispensável na avaliação da efetividade desse antimicrobiano com vistas à erradicação dos patógenos gram-positivos susceptíveis pela cura clínica e microbiológica das infecções nosocomiais graves (SANTOS *et al.*, 2015; PIRES *et al.*, 2020).

No caso de pacientes pediátricos grandes queimados, diversos estudos têm demonstrado que o atual regime empírico, 40-60mg/kg ao dia, recomendado para vancomicina não tem se mostrado efetivo para alcançar o alvo PK/PD desejado (FRYMOYER *et al.*, 2011; GIACHETTO *et al.*, 2011; DURHAM *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2015).

Como o número de trabalhos em pacientes pediátricos grandes queimados é escasso, propôs-se estudo de investigação da cobertura da vancomicina contra patógenos Gram-positivos através da abordagem PK/PD baseado em níveis séricos do antimicrobiano nestes pacientes.

OBJETIVO

O racional deste estudo foi realizar a dosagem sérica da vancomicina seguida da abordagem PK/PD em tempo real, para avaliação da efetividade do antimicrobiano em pacientes pediátricos sépticos grandes queimados após a dose empírica e após a dose ajustada individualizada para atingir o desfecho clínico desejado contra patógenos Gram-positivos $CIM > 1\text{mg/L}$

MATERIAL, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Etapa Clínica

A etapa clínica foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva de Queimados em hospital público terciário da cidade de São Paulo, SP.

Casuística

Incluíram-se 20 pacientes sépticos grandes queimados 6F/14M com função renal preservada. As características dos pacientes foram 5.0 (3.0-9.0) anos, 22 (16-38) kg ideal, 30 (20-39) % superfície corpórea total queimada, CLcr 240 (201-295) ml/min equação de Schwartz, medianas (interquartil). O fogo foi o agente responsável pela queimadura, a lesão inalatória ocorreu em 12/20 pacientes, e os vasopressores e a ventilação mecânica foram exigidos em 13/20 pacientes (SCHWARTZ *et al.*, 1976). A terapia empírica no regime de dose 10-15mg/kg q6h, infusão de 1 hora em bomba recomendada foi prescrita para os pacientes em terapia intensiva do primeiro choque séptico. As culturas foram coletadas antes do início da terapia antimicrobiana.

Coleta de amostras sanguíneas para dosagem sérica de meropenem

Efetuu-se a coleta de sangue após terapia com o meropenem, de pelo menos 48 horas para garantir níveis séricos no *steady state*. Realizou-se então a coleta sequencial de duas amostras sanguíneas (2 mL cada/tubo gel) do cateter venoso central pela enfermeira ou pelo médico da equipe de plantão. A primeira coleta foi realizada ao término da infusão, na 3ª hora, e a segunda na 5ª hora. As amostras sanguíneas coletadas dos pacientes foram mantidas sob refrigeração em geladeira até a realização da segunda coleta, e encaminhadas para o laboratório. O soro foi obtido através de centrifugação em 2800 g, 15 minutos, e as amostras devidamente identificadas foram armazenadas em geladeira até a realização das análises em tempo real.

Aspectos Éticos

O presente protocolo de estudo foi inserido na Plataforma Brasil e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do hospital das Clínicas sob registro CAEE 07525118.3.0000.0068. O representante legal de cada paciente foi informado em detalhes pelo coordenador médico do projeto sob investigação relativamente ao objetivo do estudo e os procedimentos necessários a serem realizados para a consecução do protocolo. Colheu-se a assinatura do termo pelo representante legal de cada paciente e do pesquisador, sendo cada TCLE arquivado na documentação do projeto de estudo no Arquivo de Documentação Médica. O termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) foi obtido do representante legal de cada paciente incluído no estudo.

Etapa Analítica e Estatística

A etapa analítica para dosagem de vancomicina sérica foi realizada no Laboratório

Bioanalítico certificado pelo CTNBIO, grau de segurança NB1 para manipulação de matrizes biológicas contendo patógenos susceptíveis e geneticamente modificados na Universidade Pública do Estado, cidade de São Paulo, SP. A rotina laboratorial envolveu purificação das matrizes biológicas, soros dos pacientes sépticos e quantificação por cromatografia líquida utilizando método desenvolvido e validado de acordo com a RDC 205/17, ANVISA. A corrida analítica diária incluiu as amostras de pacientes, a curva de calibração diária de vancomicina no soro (6 concentrações (0-100mg/L, sendo C1 e C6, duplicatas) incluindo-se ainda um branco (C0) de soro fetal bovino, e os controles de qualidade (CQs) em 4 concentrações (alta, média 1, média 2, e baixa).

Dosagem sérica de vancomicina

A quantificação foi realizada por cromatografia líquida de alta eficiência descrito por López *et al.*, 2007, após desenvolvimento e validação do método bioanalítico de acordo com a RDC 205/2017-ANVISA (LÓPEZ *et al.*, 2007). A concentração de vancomicina nas amostras de pacientes foi estimada através da curva de calibração diária, aceita pelos controles de qualidade contidos na corrida analítica.

Cálculos para Estudo da Farmacocinética e da Abordagem PK/PD

A partir do monitoramento sérico da vancomicina, estimou-se a taxa de eliminação, meia vida biológica, depuração total corporal e volume aparente de distribuição, Dipiro (2010). É importante destacar que a farmacocinética obtida nos grandes queimados foi comparada aos valores de referência reportados em estudo conduzido em voluntários saudáveis recebendo a mesma dose, e tipo de infusão (BOECKH *et al.*, 1988).

Por outro lado, a aplicação da abordagem PK/PD permitiu estimar a cobertura do antimicrobiano correlacionando-se o perfil farmacocinético da vancomicina (medida *in vivo*) com o perfil farmacodinâmico relacionado à susceptibilidade do patógeno ao antimicrobiano. A farmacodinâmica foi investigada pela determinação da concentração inibitória mínima (CIM), obtida pelo ensaio em bancada a partir das bactérias Gram-positivas isoladas de fluidos e secreções coletados do paciente; considera-se a CIM, uma medida *in vitro* contida no *Lauda de Exame* das culturas emitida pelo laboratório de Microbiologia do hospital para a equipe médica da UTI através da rede. Neste estudo, a CIM foi estimada a partir do *Clinical & Laboratory Standard Institute (CLSI) database*.

Conceitualmente, o índice de predição de eficácia para a vancomicina depende da razão da área sob a curva (ASC_{0-24}^{ss}) e da concentração inibitória mínima (CIM) conforme recomendação do *CLSI, database* americano. Este índice foi estimado a partir da razão ASC_{0-24}^{ss}/CIM para os isolados de bactérias Gram-positivas. O alvo PK/PD de $ASC_{0-24}^{ss}/CIM > 400$ foi considerado na medida da efetividade da vancomicina.

Considerou-se neste estudo a estatística não paramétrica pela aplicação de teste de Wilcoxon para dados pareados, e significância estatística considerada foi para $P < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características demográficas dos pacientes queimados são descritas na Tabela 1. Com relação ao gênero registraram-se 14 pacientes do gênero masculino e 6 do gênero feminino.

Paciente n=20 (14M/6F)	Idade (anos)	Peso (kg)	SCTQ (%)	CLcr mL/min
Mediana (IQ)	5,0 (3-9)	21,5 (15,7-37,5)	30,0 (19,5-38,5)	240 (201-295)

Abreviaturas: SCTQ: superfície corpórea total queimada; CLcr: *clearance* da creatinina; IQ: interquartil.

A farmacocinética da vancomicina em pacientes sépticos pediátricos foi investigada pela coleta de amostras sanguíneas, seguida da quantificação do analito no soro por cromatografia líquida. Os resultados obtidos para taxa de eliminação, meia vida biológica depuração total corporal e volume aparente de distribuição são descritos na tabela 2.

Parâmetros	kel (h ⁻¹)	t _(1/2) ^b (h)	CL _T (mL/min.kg)	Vd ^{ss} (L/kg)
^a Valor de referência	0,151-0,189	3,65-5,31	1,2 – 1,7	0,45-0,65
Empírica Mediana(IQ)	0,24 (0,21-0,26)	2,9 (2,6-3,4)	1,7 (1,5-1,9)	0,44 (0,36-0,54)
Ajustada Mediana(IQ)	0,23 (0,22-0,27)	3,0 (2,6-3,2)	2,1 (1,9-2,6)	0,55 (0,45-0,71)
Significância	0.7948	0.7348	0.0058	0.0368

Abreviaturas: kel: taxa de eliminação; t_(1/2)^b: meia-vida biológica; CL_T: depuração total corporal; Vd^{ss}: volume aparente de distribuição. **Estatística:** medianas (quartiles), significância p<0,05; teste de Wilcoxon, dados pareados.

Tabela 2 – Farmacocinética da vancomicina em pacientes pediátricos queimados

Fonte: (a) Boeckh (1988), voluntários sadios.

Registrou-se alteração da eliminação do antimicrobiano pelo aumento da taxa de eliminação e encurtamento da meia vida biológica nos pacientes pela comparação aos dados reportados em voluntários sadios adultos jovens (BOECKH *et al.*, 1988). A vancomicina obedece à cinética linear, apesar deste fato se registrou diferença entre os seguimentos de terapia empírica (Set 1) comparada à terapia dose ajustada (Set 2) relativamente ao aumento da depuração total corporal e do volume aparente de distribuição provavelmente devido ao uso de vasopressores na fase precoce do choque séptico, Set 2. Na figura 1 é ilustrada a dose empírica e a dose ajustada para a vancomicina, bem como

a cobertura do antimicrobiano contra patógenos hospitalares Gram-positivos, com base na CIM dos isolados.

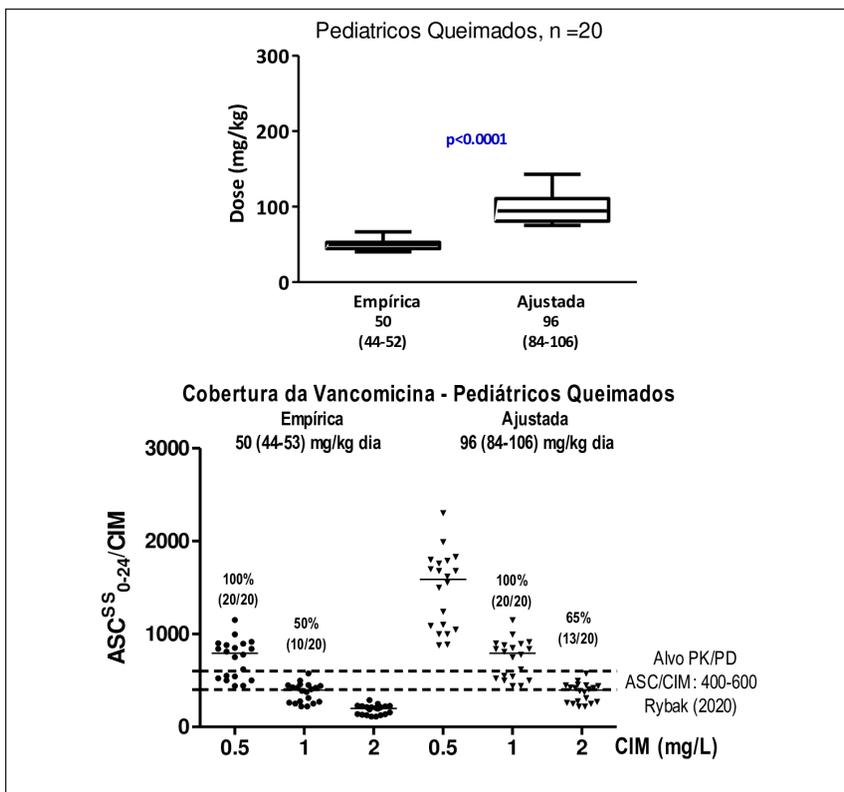


Figura 1 – Dose de vancomicina após a terapia empírica e dose ajustada. Cobertura estimada através do índice de efetividade ASC/CIM. Alvo PK/PD considerado ASC/CIM: 400-600 contra patógenos isolados CIM 0,5, 1, 2 mg/L em pacientes pediátricos grandes queimados em terapia do choque séptico (RYBAK *et al.*, 2020).

O alvo atingido pela vancomicina contra os patógenos Gram-positivos isolados ocorreu até CIM 0,5 mg/L para todos os pacientes; enquanto que apenas 50% dos pacientes pediátricos atingiram o alvo PK/PD contra patógenos com CIM 1mg/L após a terapia empírica de 50(44-52) mg/kg dia.

Então, a dose foi ajustada até 96 (84-106) mg/kg ao dia para atingir o alvo terapêutico desejado para cada paciente investigado. É importante ressaltar que a cobertura da vancomicina foi garantida para o restante dos pacientes que evidenciaram isolados com CIM 1 mg/L, sendo ainda a cobertura estendida até CIM 2mg/L para 65% dos pacientes pelo isolamento de *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus epidemidis* e *Staphylococcus coagulase negativo*. Recentemente, 22 pacientes pediátricos críticos, não queimados em

terapia intensiva do choque séptico com a vancomicina foi reportado por Pires (2020) evidenciando cobertura contra patógenos Gram positivos para todos os pacientes até CIM 0,5 mg/L e se reduzindo a 46% dos pediátricos contra patógenos CIM 1 mg/L. Desta forma os resultados da cobertura da vancomicina obtidos no presente estudo nos pediátricos queimados é muito semelhante aos reportados por aqueles autores (PIRES et al., 2020). A microbiologia dos isolados é ilustrada na Figura 2. Os sítios de infecção registrados nestes pacientes ocorreram na corrente sanguínea em 59% (16/27), seguido por pulmão e ferida com 18,5% cada, totalizando 37% (10/27); a menor incidência 4%(1/27) ocorreu na urina.

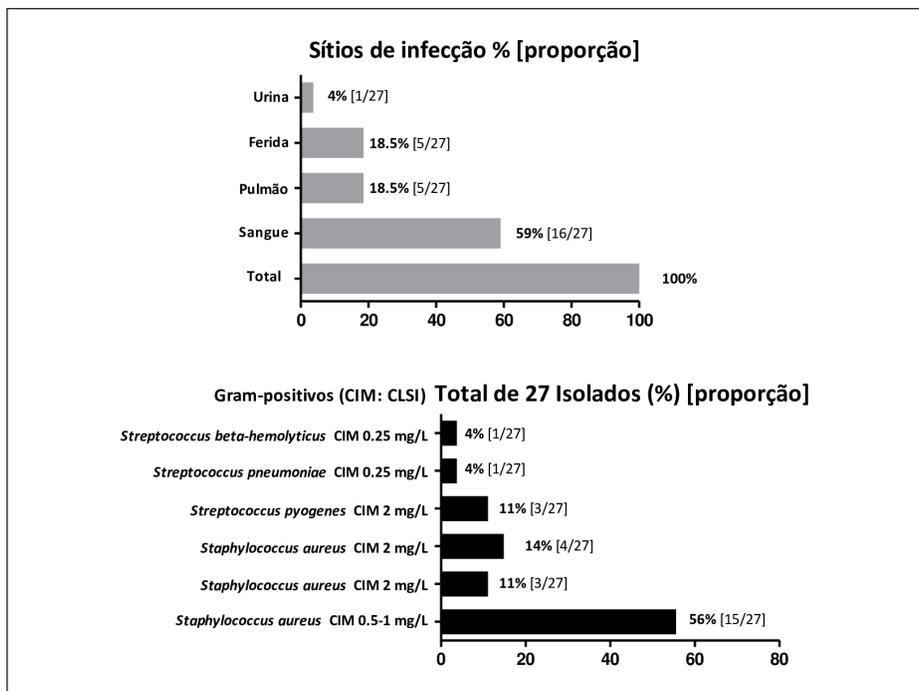


Figura 2 – Patógenos Gram-positivos isolados dos sítios de infecção: total de 27 isolados distribuídos em: corrente sanguínea (16), do pulmão (5), da ferida (5), e do trato urinário (1).

Patógenos isolados dos sítios de infecção *Streptococcus spp* e *Staphylococcus spp*

Os 27 patógenos isolados foram distribuídos em *Streptococcus beta-hemolyticus*, *Streptococcus pneumoniae* (CIM 0,25 mg/L), *Streptococcus pyogenes* CIM 2 mg/L, *S. aureus* CIM 0,5-1 mg/L, *Staphylococcus epidermidis* e *Staphylococcus coagulase negativo*, CIM 2 mg/L. Registrou-se alta prevalência de cepas susceptíveis para o *S. aureus* (56%) com CIM até 1 mg/L, seguido por *Staphylococcus coagulase negativo* (15%) e *Staphylococcus epidermidis* (11%) totalizando 37% de isolados com CIM 2 mg/L. A erradicação dos patógenos CIM < 1 mg/L de *Streptococcus spp* e *S. aureus* (CIM 0,5

mg/L) ocorreu para todos os pacientes após a terapia empírica, mas em apenas 50% dos pacientes com isolados de *S. aureus* (CIM 1mg/L).

Por outro lado, a efetividade da vancomicina foi atingida pela erradicação clínica e microbiológica de *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus coagulase negativo* (CIM 2mg/L) para 10 pacientes que evidenciaram esses isolados; uma vez que a cobertura do glicopeptídeo foi estendida para 65% (13/27) pacientes após a terapia de dose ajustada. O desfecho clínico desejado foi atingido pela cura clínica de todos os pacientes após a individualização da terapia com vancomicina. Ressalta-se ainda que a erradicação microbiológica dos patógenos Gram-positivos isolados ocorreu pela negatificação das culturas.

CONCLUSÃO

A cura clínica e microbiológica ocorreu após a dose empírica recomendada para todos os pacientes contra os isolados CIM 0,5 mg/L, mas o alvo terapêutico foi atingido em apenas 50% dos pacientes com isolados de *S aureus* CIM 1 mg/L.

Após ajuste de dose, o desfecho clínico desejado foi atingido com base no alvo PK/PD com a cura clínica do restante dos pacientes com isolados de *S. aureus* CIM 1 mg/L, sendo estendida ainda para 65% dos pacientes com isolados de CIM 2 mg/L pela erradicação destes patógenos.

Destaca-se finalmente que a dosagem sérica de vancomicina seguida da abordagem PK/PD, baseada na área sob a curva fornece a informação em tempo real requerida pela equipe médica da UTI Pediátrica para individualização da terapia.

REFERÊNCIAS

ABDUL-AZIZ, M. H.; LIPMAN, J.; MOUTON, J. W.; HOPE, W. W.; ROBERTS, J. A. **Applying pharmacokinetics/pharmacodynamic principles in critically ill patients: optimizing efficacy and reducing resistance development.** *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 36, p. 136-53, Feb. 2015. Disponível em: <<https://doi: 10.1055/s-0034-1398490>>. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25643277.

BANG R.L., GANG R.K., SANYAL S.C., MOKADDAS E., EBRAHIM M.K. **Burn septicemia: an analysis of 79 patients.** *Burns*. 1998 Jun;24(4):354-61. Disponível em: <[http://doi: 10.1016/s0305-4179\(98\)00022-9](http://doi: 10.1016/s0305-4179(98)00022-9)>. PMID: 9688202.>

BOECKH M, LODE H, BORNER K, HÖFFKEN G, WAGNER J, KOEPPE P. **Pharmacokinetics and serum bactericidal activity of vancomycin alone and in combination with ceftazidime in healthy volunteers.** *Antimicrob Agents Chemother*. 1988 Jan;32(1):92-5. Disponível em: <<http://doi: 10.1128/aac.32.1.92>>. PMID: 3279907; PMCID: PMC172105.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada nº 205, de 28 de dezembro de 2017. Estabelece procedimento especial para anuência de ensaios clínicos, certificação de boas práticas de fabricação e registro de novos medicamentos para tratamento, diagnóstico ou prevenção de doenças raras. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_205_2017_.pdf/996fc46e-216b-44ab-b8c8-2778151b786e >. Acesso 07.01. 2020.

Clinical & Laboratory Standard Institute database <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-18681>

DIPIRO, J. T.; SPRUILL, W. L.; WADE, W. E.; BLOUIN, R. A.; PRUEMER, J. M. **Concepts in Clinical Pharmacokinetics**. 5. ed. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 2010.

DURHAM S.H., SIMMONS M.L., MULHERIN D.W., FOLAND J.A. **An evaluation of vancomycin dosing for complicated infections in pediatric patients**. *Hospital Pediatrics*. 2015 May;5(5):276-281. Disponível em: <<http://doi: 10.1542/hpeds.2014-0081>>.

FRYMOYER A., GUGLIELMO B.J., WILSON S.D., SCARPACE S.B., BENET L.Z., HERSH A.L. **Impact of a hospital wide increase in empiric pediatric vancomycin dosing on initial trough concentrations**. *Pharmacotherapy*. 2011 Sep;31(9):871-6. Disponível em: <<http://doi: 10.1592/phco.31.9.871>>. PMID: 21923588; PMCID: PMC3727161>.

GIACHETTO G.A., TELECHEA H.M., SPERANZA N., OYARZUN M., NANNI L., MENCHACA A. Vancomycin pharmacokinetic-pharmacodynamic parameters to optimize dosage administration in critically ill children. *Pediatric Crit Care Med*. 2011 Nov;12(6): e250-4. Disponível em: <<http://doi: 10.1097/PCC.0b013e3181fe4047>>. PMID: 21057350>.

GOMEZ D.S., CAMPOS E.V., DE AZEVEDO R.P., SILVA J.M. JR., FERREIRA M.C., SANCHES-GIRAUD C., SILVA C.V. JR, SANTOS, S.R. **Individualized vancomycin doses for pediatric burn patients to achieve PK/PD targets**. *Burns*. 2013 May;39(3):445-50. Disponível em: <<http://doi: 10.1016/j.burns.2012.07.005>>. Epub 2012 Aug 4. PMID: 22867735>.

GORDON C.L., THOMPSON C., CARAPETIS JR., TURNIDGE J., KILBURN C., CURRIE B.J. **Trough concentrations of vancomycin: adult therapeutic targets are not appropriate for children**. *Pediatric Infect Dis J*. 2012 Dec;31(12):1269-71. Disponível em: <<http://doi: 10.1097/INF.0b013e31826a3eaf>>. PMID: 22828642>.

LANKE S, YU T, ROWER JE, BALCH AH, KORGENSKI EK, SHERWIN CM. **AUC-Guided Vancomycin Dosing in Adolescent Patients With Suspected Sepsis**. *J Clin Pharmacol*. 2017 Jan;57(1):77-84. Disponível em <<http://doi: 10.1002/jcph.782>>. Epub 2016 Jul 15. PMID: 27291466.

LE J, BRADLEY JS, MURRAY W, ROMANOWSKI GL, TRAN TT, NGUYEN N, CHO S, NATALE S, BUI I, TRAN TM, CAPPARELLI EV. **Improved vancomycin dosing in children using area under the curve exposure**. *Pediatric Infect Dis J*. 2013 Apr;32(4): e155-63. doi: 10.1097/INF.0b013e318286378e. PMID: 23340565; PMCID: PMC3632448.

LÓPEZ KJ, BERTOLUCI DF, VICENTE KM, DELL'AQUILLA AM, SANTOS SR. **Simultaneous determination of cefepime, vancomycin and imipenem in human plasma of burn patients by high-performance liquid chromatography**. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci*. 2007 Dec 15;860(2):241-5. Disponível em: <<http://doi: 10.1016/j.jchromb.2007.10.041>>. Epub 2007 Nov 4. PMID: 18023625.

MILOSLAVSKY M, GALLER MF, MOAWAD I, ACTIS J, CUMMINGS BM, EL SALEEBY CM. **The Impact of Pediatric-Specific Vancomycin Dosing Guidelines: A Quality Improvement Initiative.** *Pediatrics*. 2017 Jun;139(6):e20162423. doi: 10.1542/peds.2016-2423. Epub 2017 May 11. PMID: 28562258.

PIRES, FREDERICO RIBEIRO, PAULA, STEFANO IVANI DE, DELGADO, ARTUR FIGUEIREDO, CARVALHO, WERTHER BRUNOW DE, DUARTE, NILO JOSÉ COELHO, MORALES JÚNIOR, RONALDO, & SANTOS, SILVIA REGINA CAVANI JORGE. **A vancomicina administrada na dose empírica garante a cobertura de pacientes pediátricos contra patógenos Gram-positivos?** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 391-397. Epub October 12, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20200067>>

RYBAK MJ, LE J, LODISE TP, LEVINE DP, BRADLEY JS, LIU C, MUELLER BA, PAI MP, WONG-BERINGER A, ROTSCHAFFER JC, RODVOLD KA, MAPLES HD, LOMAESTRO BM. **Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections: A revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists.** *Am J Health Syst Pharm*. 2020 May 19;77(11):835-864. Disponível em: <<http://doi:10.1093/ajhp/zxaa036>> PMID: 32191793> Acesso 07.01.2020.

RYBAK MJ, LOMAESTRO BM, ROTSCHAFFER JC, MOELLERING RC JR, CRAIG WA, BILLETER M, DALOVISIO JR, LEVINE DP. **Therapeutic monitoring of vancomycin in adult's summary of consensus recommendations from the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists.** *Pharmacotherapy*. 2009 Nov;29(11):1275-9. Disponível em: <<http://doi:10.1592/phco.29.11.1275>> PMID: 19873687.> Acesso 07.01.2020.

SANCHES *et al.*, 2013 adaptado com autorização dos autores, In: Méndez-Vilas A. **“Microbial pathogens and strategies for combating them:** Science, Technology and Education, v.3, p.1505-1516, Ed. Formatex Research Center, Badajoz, Spain,2013

SANTOS, S. R. C. J.; SANCHES-GIRAUD, C.; SILVA, C. V.; GUIMARÃES, W. V.; GOMEZ, D. S. **The battle against nosocomial pathogens for sepsis control in pediatric burn patients: vancomycin and carbapenems serum monitoring for target attainment by PK/PD analysis.** In: MÉNDEZ-VILAS, A. (Ed.) *The battle against microbial pathogens: basic science, technological advances, and educational programs.* Badajoz, Espanha: *Formatex Research Center*, 2015. p. 808-821. Disponível em: <http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/6469/7/cover_contents.pdf>. Acesso em 13.11.2020

SHERIDAN, R.L. **Sepsis in pediatric burn patients.** *Pediatric Crit Care Med*. 2005 May;6(3 Suppl): S112-9. Disponível em: <<http://doi:10.1097/01.PCC.0000161577.27849.BE>>. PMID: 15857543>.

SILVA JR. J.M., OLIVEIRA, A.M.R.R., CAMPOS, E.V., GOMEZ, D.S., FERREIRA M.C., GIRAUD C.S., SILVA, C.V. JR., SANTOS, S. **Vancomycin dose adjustment in severe burn patients based on trough level for drug effectiveness against pathogens at 1 mg/l minimum inhibitory concentration.** *Crit Care*. 2013;17(Suppl 3): P29. Disponível em: <<http://doi:10.1186/cc12645>>. Epub 2013 Jun 19. PMID: PMC3892205>.

VYLES D., SINHA M., ROSENBERG D.I., FOSTER K.N., TRAN M., DRACHMAN D. **Predictors of serious bacterial infections in pediatric burn patients with fever.** *J Burn Care Res*. 2014 Jul-Aug;35(4):291-5. Disponível em: <<http://doi:10.1097/BCR.0b013e3182a23211>>. PMID: 24043242>.

SOBRE A ORGANIZADORA

SAMIRA SILVA SANTOS SOARES - Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (2009), especialização em Enfermagem do Trabalho (2009) e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família (2012) pelo Centro Universitário Internacional Uninter. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ, 2020). Atualmente é doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem (ENF/UERJ), vinculada a linha de pesquisa denominada Trabalho, Educação e Formação profissional em Saúde e Enfermagem; também cursa a especialização de Auditoria em Saúde. Palestrante, professora e pesquisadora realiza pesquisas qualitativas utilizando o software Iramuteq®. É autora de livros preparatórios para concurso e residência em Enfermagem. Tem experiência como Enfermeira do Trabalho e como docente em cursos de nível técnico profissionalizante (técnico de enfermagem e técnico em segurança do trabalho); na graduação em cursos de Enfermagem e na pós-graduação em cursos de Saúde e de Engenharia de Segurança do Trabalho. É integrante do NUPENST - Núcleo de Pesquisa em Saúde do trabalhador (EEAN/UFRJ) e do grupo de pesquisa: O mundo do trabalho como espaço de produção de subjetividade, tecnologias e formação profissional em saúde e enfermagem (ENF/UERJ).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aleitamento Materno 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 83, 85, 87, 89, 90

Alterações Fisiológicas 118, 180, 181, 182, 183

Amamentação 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 95, 120, 161, 180, 184, 185, 187

Aspectos Psicoemocionais 91, 93, 94

Atenção Primária à Saúde 12, 13, 18, 24, 54

C

Câncer de Mama 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132

Ciclo Menstrual 49, 52, 103

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 192

Comorbidades 113, 115, 116, 120, 122, 123

Cuidado de Enfermagem 27, 91, 93, 94, 179, 200

Cuidado de Si 91, 92, 93, 95, 96, 97

D

Diabetes mellitus 116, 123, 172, 173, 174, 178, 195

Dor 29, 30, 31, 32, 34, 36, 42, 46, 83, 88, 90, 103, 104, 135, 139, 142, 143, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 168, 169, 180, 182

E

Educação em Saúde 12, 19, 21, 22, 23, 51, 95, 127, 130, 131, 172, 175, 183, 188

Endometriose 99, 100, 101, 102, 103, 104

F

Fatores de Risco 128, 131, 138, 140, 142, 145, 195, 198

G

Gestante 3, 4, 8, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 48, 54, 89, 92, 97, 106, 107, 108, 109, 111, 114, 116, 117, 121, 123, 165, 166, 172, 175, 176, 177, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 188

H

Hemorragia 6, 189

Hemorragia Intracraniana 189

Humanização 14, 19, 38, 39, 40, 92, 96, 97, 98, 105, 106, 111, 112, 139, 141, 147, 151,

161, 164, 166, 167, 169

I

Indígena 3, 4, 6, 56, 165, 166, 167, 171

Infecção 2, 6, 9, 50, 53, 94, 121, 123, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 205, 206, 212

L

Lei do Exercício Profissional 86, 182, 184

M

Maternidade 18, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 63, 85, 86, 87, 89, 90, 94, 95, 98, 123, 124, 140, 145, 149, 151, 152, 154, 157, 158, 160, 161, 163, 183

Medicalização 39, 40, 44, 105, 111, 153, 162, 167

Menarca 100, 131

Menopausa 131

Microorganismo 191, 195

Mortalidade Infantil 90

Mortalidade Materna 1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 151, 184

N

Nascimento 8, 14, 17, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 54, 55, 56, 65, 78, 79, 80, 82, 85, 92, 99, 105, 106, 109, 110, 111, 113, 116, 118, 119, 122, 126, 135, 138, 142, 147, 149, 150, 151, 154, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 181, 182, 183, 188, 189, 191

P

Parto 18, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 48, 105, 108, 109, 112, 152, 167, 171

Parto Domiciliar 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112

Perfil Nutricional 113, 115, 124

Prematuro 6, 8, 86, 121, 134, 135, 137, 139, 140, 142, 143, 146, 147

Pré-Natal 10, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 38, 40, 44, 46, 48, 49, 53, 55, 62, 63, 64, 65, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 95, 97, 107, 108, 113, 115, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 139, 142, 147, 151, 175, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188

Pré-Natal de Alto Risco 113, 115, 118, 119, 122, 180, 182, 183, 184, 186, 187

Prevenção 2, 9, 14, 19, 31, 34, 43, 50, 51, 53, 68, 71, 72, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 123, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 147, 180, 182, 184, 191, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 214

Puerpério 2, 4, 7, 9, 14, 19, 23, 62, 64, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 121, 124, 151, 154, 161, 162, 167, 171, 172, 180, 182, 184, 185, 186

R

Recém-Nascido 20, 21, 22, 29, 31, 50, 64, 84, 85, 95, 97, 108, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 151, 160, 184, 189

Relato de Experiência 16, 17, 24, 49, 51, 60, 133, 140, 172, 175, 180, 183

Revisão Integrativa 12, 15, 19, 23, 57, 59, 61, 82, 89, 90, 99, 100, 101, 102, 126, 127, 129, 130, 133, 134, 137, 139, 147, 164, 187

S

Sífilis 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55

Sistematização da Assistência de Enfermagem 193

T

Tabagismo 122, 128

Traumas 6, 83, 84, 87, 88, 89, 143, 170, 197

U

Ultrassonografia 107, 189

Unidade de Terapia Intensiva 134, 135, 136, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 194, 202, 208

V

Violência 70, 79, 82, 164

Violência Sexual 68, 69, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 92

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021