

Fundamentos da Enfermagem

**Michelle Thais Migoto
(Organizadora)**



Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

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

F981 Fundamentos da enfermagem [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-114-5

DOI 10.22533/at.ed.145221202

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

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.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra *Fundamentos de Enfermagem*, publicação da Editora Atena, foi organizado em três volumes com o objetivo de trazer estratégias que implementem a qualidade da assistência à saúde, sobretudo da atuação da Enfermagem.

No volume 1, será apresentado 28 capítulos que discorrem sobre pesquisas relativas à temática de saúde materna e infantil. Ela envolve assuntos sobre a promoção e manutenção do bem-estar físico e social das mulheres que perpassam o período gestacional. Inclui o período pré-natal, a assistência ao parto humanizado, ao recém-nascido e a lactentes.

Em relação ao atendimento pré-natal a obra busca refletir sobre a importância da educação em saúde as gestantes, ações para as práticas alimentares e o cuidado à mulher. Destaca como assuntos importantes as situações de alto risco, como a hipertensão arterial durante a gestação, condição importante e prevalente as mulheres na atualidade.

Reforça as estratégias que qualificam o pré-natal, implementando a qualidade da assistência, e assim favorecer a chegada de um parto saudável, com destaque para as práticas humanizadas como a consulta pré-parto, o parto domiciliar, as estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e a evitabilidade do trauma perineal.

Todavia, estas condições refletem sobre a situação de saúde do recém-nascido, que pode evoluir para condições normais de adaptação extra-uterina, como também as condições de risco e adoecimento que o levam a necessitar de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

E ainda, para favorecer a qualidade de vida de recém-nascidos, a promoção ao aleitamento materno deve ser fortemente incentivada tanto a mães de recém-nascido nascidos a termo, como sobretudo os prematuros. Destaca-se além do incentivo, a estrutura para o aleitamento materno de prematuros que necessita da adaptação de instituição pelo funcionamento dos bancos de leite. Ainda neste volume uma breve reflexão em torno de assuntos como o aborto, o luto e as emergências.

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIREITOS DAS GESTANTES COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO FEMININO	
Julia Souza Da Silva Jane Baptista Quitete Thamara Canto Reis Alex Peixoto Julianne De Lima Sales	
DOI 10.22533/at.ed.1452212021	
CAPÍTULO 2	6
PRÁTICAS ALIMENTARES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ETNOENFERMAGEM	
Aline Amorim da Silveira Everton Ferreira Lemos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212022	
CAPÍTULO 3	16
ALIMENTOS GRAVÍDICOS: CUSTEIO DO PRÉ NATAL DA GESTANTE POR VIA JUDICIAL A LUZ DA LEI 11.804/2008	
Gabriel Barbosa Ramos Iara Barbosa Ramos Pamella Aline Miranda Teodoro Claudio Francisco Bernardinis Junior Diane Xavier dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212023	
CAPÍTULO 4	27
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO A MULHER QUE VIVE UM PROCESSO REPRODUTIVO DE ALTO RISCO	
Edilene Gianelli Lopes Renata Cristina Teixeira Rosa Lúcia Rocha Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212024	
CAPÍTULO 5	41
A HIPERTENSÃO ARTERIAL MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO PODE INDUZIR HIPERTENSÃO NA PROLE?	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212025	
CAPÍTULO 6	50
SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ (SHEG): FATORES DE RISCO DURANTE O CICLO GRAVÍTICO PUERPERAL	
Lizandra Leal De Sousa Jessica Karine Baginski Danielly Souza Simão Larissa Inajosa De Moraes Alessandra Inajosa Lobato	
DOI 10.22533/at.ed.1452212026	

CAPÍTULO 7	56
A REDUÇÃO DA SÍNTESE DE ÓXIDO NÍTRICO DURANTE GESTAÇÃO PREJUDICA A MICROVASCULATURA CARDÍACA NEONATAL	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212027	
CAPÍTULO 8	68
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTUDO DE CASO	
Cristiane de Paula Lucio Mirane Morais Thamara de Souza Campos Assis	
DOI 10.22533/at.ed.1452212028	
CAPÍTULO 9	76
IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE 37ª SEMANAS DE GESTAÇÃO PELA ENFERMEIRA OBSTETRA	
Stella Maris Baron Beggi Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212029	
CAPÍTULO 10	89
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA O DESFECHO DO PARTO SAUDÁVEL	
Gracimary Alves Teixeira Alessandra Vasconcelos de Sena Pamela Cândido de Moraes Tassia Regine de Moraes Alves Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.14522120210	
CAPÍTULO 11	99
PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	
Ludimila Brum Campos Anna Maria de Oliveira Salimena Thais Vasconcelos Amorim Zuleyce Maria Lessa Pacheco Valdecyr Herdy Alves Ívis Emília de Oliveira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.14522120211	
CAPÍTULO 12	111
RELATO DE EXPERIÊNCIA: “SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO”	
Claudia Conceição Coelho do Nascimento Bianca Gomes da Silva Marcia Villela Bittencourt Catia Regina Di’matteu Paulo Claudia Lima Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120212	

CAPÍTULO 13 122

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO

Marjorie Max Elago
Luana de Oliveira Silva
Suelen Garcia
Viviane Lourenço

DOI 10.22533/at.ed.14522120213

CAPÍTULO 14 136

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

Marcella Leal Crispim de Carvalho
Lacita Menezes Skalinski

DOI 10.22533/at.ed.14522120214

CAPÍTULO 15 152

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO VIVIDO

Michelle Araújo Moreira
Thaís Lima Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.14522120215

CAPÍTULO 16 167

TRAUMA PERINEAL ASSOCIADO AO PESO DO RECÉM-NASCIDO E POSIÇÃO MATERNA NO PARTO

Márcia Juliana Mello da Silva
Maria Cristina Gabrielloni
Flavia Westphal
Patrícia de Souza Melo
Márcia Massumi Okada
Mariana Mafra Sarmento Santos

DOI 10.22533/at.ed.14522120216

CAPÍTULO 17 181

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS/RJ

Julianne de Lima Sales
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
Daniela Pereira Martins
Jane Baptista Quitete

DOI 10.22533/at.ed.14522120217

CAPÍTULO 18 188

HIPERBILIRRUBINEMIA NO NEONATAL: TRATAMENTO COM FOTOTERAPIA

Lizandra Leal De Sousa
Jessica Karine Baginski
Danielly Souza Simão
Larissa Inajosa De Moraes
Alessandra Inajosa Lobato

DOI 10.22533/at.ed.14522120218

CAPÍTULO 19 193

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM NEONATO COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E SUA FAMÍLIA INTERNADO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Nataly Mesquita Cardoso
Marisa Rufino Ferreira Luizari
Renata Teles da Silva
Luciane Figueiredo Mendes

DOI 10.22533/at.ed.14522120219

CAPÍTULO 20 204

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO PARA NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Cleciana Bezerra de Sá
Gabriele da Silva Santos
Itayanne Santos de Jesus
Samilla Leal do Nascimento
Suelen Nunes Valverde
Rosália Teixeira Luz

DOI 10.22533/at.ed.14522120220

CAPÍTULO 21 214

A YOGA COMO RECURSO TERAPÊUTICO JUNTO AO APOIO À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Clara Viana de Aguiar
Valdecyr Herdy Alves
Maria Bertilla Lutterabch Riker
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Felipe de Castro Felicio

DOI 10.22533/at.ed.14522120221

CAPÍTULO 22 229

ORIENTAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS COM BEBES INTERNADOS EM UTI'S

Cristiane França de Oliveira
Adriana da Mata Silva Macário
Bertha Lúcia Costa Borges da Silva
Glauce Sueline de Siqueira
Felipe César Veloso de Oliveira
Ivonete Moreira Afonso Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.14522120222

CAPÍTULO 23 244

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO

Eliza Cristina Macedo
Juliana Oliveira Diogo Cardoso
Karinne Antunes Cardoso Cicero
Luana Pacheco De Moraes Barbosa Leite.
Leila Rangel da Silva
Inês Maria Meneses dos Santos
Melina Nascimento Silveira
Maria Natália Ramos

DOI 10.22533/at.ed.14522120223

CAPÍTULO 24	249
PERFIL DA AMAMENTAÇÃO EM LACTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO	
Francieli Carniel Isabele Ferreira Lisboa Jaqueline dos Reis Vaz	
DOI 10.22533/at.ed.14522120224	
CAPÍTULO 25	262
LUTO MATERNO – BASES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	
Jannyne Dos Santos Zuzarte Jaci Santos Galo Inês Maria Meneses Dos Santos Danielle Alves Mendonça Coutinho Suzielly Ramos Barbosa Lima Xavier Camila Muniz Frossard	
DOI 10.22533/at.ed.14522120225	
CAPÍTULO 26	264
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	
Ana Laura Biral Cortes Andreia Pereira Escudeiro Jaci Santos Galo Zenith Rosa Silvino Priscila da SilvaLopes Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120226	
CAPÍTULO 27	274
PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTAMENTO LEGAL NURSING PROFESSIONAL PERCEPTION BEYOND LEGAL ABORTION	
Emília Cervino Nogueira Aline Carla da Rocha Souza Danielly de Sousa Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.14522120227	
CAPÍTULO 28	289
VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE NA AMAZÔNIA: CUIDADOS SUSTENTADOS PELA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE	
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco Ingrid Souza Reis Santos Raissa dos Santos Flexa Larissa Duarte Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120228	
SOBRE A ORGANIZADORA	296

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIREITOS DAS GESTANTES COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO FEMININO

Julia Souza Da Silva

Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras - RJ

Jane Baptista Quitete

Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras - RJ

Thamara Canto Reis

Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras - RJ

Alex Peixoto

Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras - RJ

Julianne De Lima Sales

Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras - RJ

RESUMO: O empoderamento das gestantes deve ser construído durante toda a gestação, permitindo que ela tenha conhecimento dos seus direitos e saiba como reivindicar caso este não seja cumprido. É imprescindível informar que o corpo feminino é preparado para parir e o quanto mais natural for este momento maior serão os benefícios para ela e seu bebê. Deste modo, o objeto de estudo foi definido como: Conhecimento de gestantes acerca de seus direitos sociais e trabalhistas. O objetivo geral deste estudo é: Avaliar o conhecimento de gestantes acerca de seus direitos sociais e trabalhistas. São objetivos

específicos: Realizar atividade de educação em saúde às mulheres usuárias dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Casimiro de Abreu sobre direitos sociais e trabalhistas. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Casimiro de Abreu, baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro. Os resultados sugerem que os conhecimentos sobre os direitos sociais e trabalhistas das gestantes, na população avaliada, é independente de fatores como idade, escolaridade, idade gestacional ou números de consultas. Neste sentido concluiu-se que as atividades de educação em saúde tornam-se aliadas dos profissionais de saúde na construção de uma população mais informada e capaz de reivindicar os seus direitos como também cumprir os seus deveres perante a sociedade a qual estão inseridos.

PALAVRAS-CHAVES: Gestante, Saúde da mulher, Educação em saúde.

ABSTRACT: Empowerment of pregnant women should be built throughout the entire pregnancy, in order to allow them to be aware of their rights and know how to claim if it is not fulfilled. It is essential to inform that the female body is prepared to give birth and the more natural this moment is the greater will be the benefits for her

and her baby. Therefore, the object of this study was defined as: Knowledge of pregnant women about their social and labor rights. The general objective is: To evaluate the knowledge of pregnant women about their social and labor rights. The specific objectives are: To carry out health education activities on social and labor rights for women that are users of the Sistema Único de Saúde (SUS) of the municipality of Casimiro de Abreu. This is a qualitative, descriptive and exploratory research carried out in three Estratégia de Saúde da Família (ESF) units in the municipality of Casimiro de Abreu, at the state of Rio de Janeiro. The results suggest that the knowledge about the social and labor rights of pregnant women in the population evaluated is independent of factors such as age, schooling, gestational age or numbers of appointments. In this regard, it was concluded that health education activities become allied to health professionals in the development of a more informed population that's capable of claiming their rights as well as fulfilling their duties to the society to which they are inserted.

KEYWORDS: Pregnant woman, Women's health, Health education.

1 | INTRODUÇÃO

O empoderamento das gestantes deve ser construído durante toda a gestação, permitindo que ela tenha conhecimento dos seus direitos e saiba como reivindicar caso este não seja cumprido. É imprescindível empoderar que o corpo feminino foi preparado para parir e o quanto mais natural for este momento maior serão os benefícios para ela e seu bebê. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher reafirma e assegura uma assistência integral e humanizada a população, comprometendo-se a garantir acesso às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; acolhimento respeitoso e participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento (BRASIL, 2004). Com esse novo olhar humanizado e no intuito de garantir o acesso integral à saúde da mulher em todas as suas fases da vida, começaram a surgir políticas públicas que buscavam atender a mulher de acordo com a necessidade específica do momento de vida. Nesta nova perspectiva de ofertar um atendimento especializado e digno para as mulheres, e fazer com que esta tenha conhecimento e atuação na sua vida e saúde, surgiu o conceito de empoderamento, que segundo seu significado se refere ao ato de dar ou conceder poder a si próprio ou para outrem. A partir do seu sentido figurado, empoderar representa a ação de atribuir domínio ou poder sobre determinada situação, condição ou característica, dar ou adquirir poder ou mais poder (HOLANDO, 2008). A motivação para realização desta pesquisa surgiu no decorrer das atividades acadêmicas da autora, onde pode perceber, mesmo que por um curto período, que gestantes e puérperas desconheciam os seus direitos e apresentavam muitas dúvidas sobre o que é correto e permitido por lei. A maioria das dúvidas estavam relacionadas: ao direito de ter um acompanhante no momento do parto; licença maternidade; amamentação; consultas e exames de pré-natal; procedimentos que podem ser realizados no momento do parto; entre outras

dúvidas que poderiam ser sanadas em atividades educativas coletivas promovidas pela equipe de saúde dos serviços. Ademais, veicular informação para que as mulheres gestantes é uma ferramenta de empoderamento sobre os seus direitos e sobre a sua saúde. Fornecer informações ajudará as gestantes na tomada de decisões de forma crítica e não baseadas em conhecimento empírico. Sendo assim, surgiram alguns questionamentos que delinearam a realização desta pesquisa: A mulher gestante tem conhecimento dos direitos que lhe são concedidos por lei? O conhecimento das gestantes sobre os direitos sociais e trabalhistas tem alguma relação com o nível de escolaridade destas? Todas as gestantes que trabalham com carteira assinada tem conhecimento dos seus direitos trabalhistas? A gestante estudante tem conhecimento dos direitos específicos a ela? Objetivo: Avaliar o conhecimento de gestantes acerca de seus direitos sociais e trabalhistas

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Casimiro de Abreu, baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro. As unidades de saúde foram escolhidas por já terem sido campo de estudo prático e de estágio supervisionado da pesquisadora durante o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), Campus Rio das Ostras/RJ. As unidades escolhidas para a realização da pesquisa foram: ESF Palmital, ESF Autoepsom Diniz de Carvalho e ESF Pastor Odino Miranda. Vale ressaltar que esta pesquisa foi apresentada à direção das unidades de saúde, tendo sido aceita. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2017. A data e horário para a realização da coleta de dados foi agendada previamente com os enfermeiros responsáveis pelas unidades, visto que a coleta de dados ocorreu antes e após uma atividade educativa, sobre direitos da gestante, destinada as participantes da pesquisa e realizada pela pesquisadora. Utilizou-se como recurso didático/pedagógico slides apresentados em retroprojeter e os testes aplicados, além dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLEs), sendo que uma cópia foi disponibilizada para cada participante. As participantes da pesquisa foram gestantes que realizavam suas consultas de pré-natal nas unidades selecionadas, maiores de 18 anos independente nível de escolaridade e idade gestacional. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento de coleta de dados do tipo questionário preenchido pelas participantes do estudo. O questionário foi aplicado em dois momentos, antes e após a realização da atividade educativa, e enquadrava 21 afirmações utilizando a escala de Likert, Neste as gestantes pontuavam os seus conhecimentos de 1 a 5, sendo 1 - desconheço totalmente, 2 – desconheço parcialmente, 3 – indeciso, 4 - conheço parcialmente, 5 - conheço totalmente. As afirmações do questionário foram elaboradas com o apoio de atuais documentos legais sobre direitos trabalhistas e sociais das mulheres gestantes. Esta pesquisa foi

submetida a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro em dezembro de 2016 sob CAAE nº 65897916.8.0000.5243. A análise dos dados foi realizada logo após o início da coleta dos dados e utilizou como referencial teórico Bardin (1979). Os dados coletados foram comparados antes e após a aplicação da atividade educativa, e analisados sob a ótica das variáveis: idade, nível de escolaridade e profissão, idade gestacional e quantidade de consultas de pré-natal. Esta produção acadêmica está inserida na linha de pesquisa: “Direitos sexuais e reprodutivos na atenção ao parto e nascimento”, do Grupo de pesquisa denominado Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/REN/Campus Rio das Ostras.

3 | RESULTADOS

A atividade educativa durou cerca de duas horas, participaram das atividades de exposição dialogada 13 gestantes, as mesmas tinham entre 18 e 35 anos tendo uma idade média de 25 anos. Dentre as profissões das gestantes que participaram das atividades 8 (oito) eram do lar, 1(uma) auxiliar administrativa, 1(uma) balconista, 1 (uma) operadora de caixa, 1 (uma) jardineira e 1 (uma) babá. Apesar de 5 (cinco) gestantes terem profissões, apenas 3 (três) tinham vínculo empregatício por carteira assinada, tendo 2 (duas) trabalho informal. Todas as gestantes eram alfabetizadas os anos de estudos variavam entre 5 a 11 anos, tendo uma média de 8.6 anos de estudos. Dentre as gestantes que participaram da pesquisa quatro eram primíparas e nove eram multíparas, sendo que seis haviam sido submetidas somente parto por cesárea, duas ao parto normal e uma ao parto normal e cesárea. A idade gestacional variou entre 6 e 40+3 semanas, tendo gestantes que estavam em sua primeira consulta de pré-natal e outras que estavam na 12ª consulta. Em relação aos testes aplicados, em um total de 273 (duzentos e setenta e três) respostas pré (azul) e pós (vermelho) testes. Pode-se identificar que nas respostas pré-teste havia 46 (quarenta e seis) desconheço totalmente (1), 14 (quatorze) desconheço parcialmente (2), 20 (vinte) indeciso (3), 34 (trinta e quatro) conheço parcialmente (4) e 159 (cento e cinquenta e nove) conheço totalmente (5). Já nas respostas pós-teste pode-se identificar uma mudança nas respostas das gestantes sendo 7 (sete) desconheço totalmente (1), 1 (um) desconheço parcialmente (2), 0 (zero) indeciso (3), 0 (zero) conheço parcialmente (4) 265 (duzentos e sessenta e cinco) conheço totalmente (5). Os resultados dos pós-testes comprovaram que a mudança no conhecimento da gestante pode ocorrer de forma simplificada com a realização de grupos onde as gestantes esclarecem dúvidas recebem novos conhecimentos. Foi comprovado que este conhecimento independe de fatores como idade, escolaridade, idade gestacional ou números de consultas tratando-se, portanto, de um assunto que deve ser sempre abordado independentemente do histórico social, cultural e racial da mulher.

4 | CONCLUSÃO

O desenvolvimento do estudo possibilitou comprovar a hipótese da pesquisa de que as gestantes em sua maioria desconhecem os conhecimentos básicos a respeito dos seus direitos, e de que uma atividade de educação em saúde pode contribuir para a mudança deste quadro sendo realizadas primordialmente durante o pré-natal por ser o momento em que as gestantes mantêm o contato por mais tempo com os serviços de saúde. A relevância da temática deste estudo evidencia-se a necessidade da investigação das causas do déficit de informações das gestantes durante o acompanhamento pré-natal e quais são as possíveis ações que os profissionais de saúde que atuam na porta de entrada dos serviços podem exercer para suprir as necessidades de informações das gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido as atividades de educação em saúde tornam-se aliadas dos profissionais de saúde na construção de uma população mais informada e capaz de reivindicar os seus direitos como também cumprir os seus deveres perante a sociedade a qual estão inseridos. Contribuições e/ou implicações para a enfermagem obstétrica: A pesquisa apontou o quanto pode ser relevante a atuação da enfermagem obstétrica no que diz respeito as atividades de educação em saúde, em especial na construção do empoderamento das gestantes acerca de seus direitos sociais, educacionais e trabalhistas como uma ferramenta de cidadania das usuárias

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. Livraria Martins Fontes; 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

HOLANDO, A. B. **Dicionário Aurélio**. Curitiba: Positivo Editora; 2008.

PRÁTICAS ALIMENTARES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ETNOENFERMAGEM

Aline Amorim da Silveira
Everton Ferreira Lemos

RESUMO: A gestação e o puerpério constituem um período repleto de significados e é marcado por cuidados alimentares específicos. O objetivo deste estudo é de analisar as práticas alimentares de mulheres gestantes e puérperas e compreender as influências culturais neste período. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo etnoenfermagem, utilizando como referencial teórico a Teoria Cultural do Cuidado, proposto por Leninger (1985)¹. Foram entrevistadas seis mulheres, gestantes e puérperas, e os resultados, advindo da transculturalidade, identificou a autonomia das mulheres desde a seleção, preparação e distribuição dos alimentos à família, destacando o preparo de acordo com o gostos e preferências do esposo e filhos; Mudanças de hábitos cotidianos, permitindo ao homem o protagonismo dos afazeres doméstico em meio ao novo cenário de vida; A globalização como ruptura das reuniões familiares durante as principais refeições; Identificação de mudanças alimentares para o período do ponto de vista nutricional; Mudanças de hábitos alimentares após o enfrentamento de morbidades adquiridas; Dicotomia entre os alimentos que contribui para o restabelecimento da saúde da mulher e a

promoção de cuidados com os bebês. Estes achados, poderão contribuir para a assistência de enfermagem com uma visão holística, no que tange as práticas, o comportamento e os hábitos alimentares.

PALAVRAS - CHAVE: Alimentação; Gestação; Puerpério

ABSTRACT: Pregnancy and the postpartum period represent a period full of meanings and is marked by specific nutritional care. The aim of this study is to analyze the eating habits of pregnant women and mothers and understand the cultural influences in this period. This is a qualitative study of ethnonursing type, using as theoretical reference the Cultural Theory care proposed by Leninger (1985). six women were interviewed, pregnant and postpartum women, and the results arising from the transculturality identified the empowerment of women from the selection, preparation and distribution of food to the family, highlighting the preparation according to the tastes and preferences of the spouse and children; daily habits change, allowing the man the role of domestic chores amid the new scenario of life; Globalization as a rupture of family meetings during main meals; Identification of food changes for the period from the nutritional point of view; eating habits change after coping acquired morbidities; Dichotomy between food that contributes to

restoring the health of women and the promotion of care for the babies. These findings may contribute to nursing care with a holistic view, regarding the practices, behavior and eating habits.

KEYWORDS Food; Pregnancy; Puerperium

RESUMEN: La gestación y el puerperio constituyen un período repleto de significados y está marcado por cuidados alimentarios específicos. El objetivo de este estudio es analizar las prácticas alimentarias de mujeres gestantes y puérperas y comprender las influencias culturales en este período. Se trata de un estudio cualitativo, del tipo etnoenfermagen, utilizando como referencial teórico la Teoría Cultural del Cuidado, propuesto por Leninger (1985) 1. Se entrevistó a seis mujeres, gestantes y puérperas, y los resultados, proveniente de la transculturalidad, identificaron la autonomía de las mujeres desde la selección, preparación y distribución de los alimentos a la familia, destacando la preparación de acuerdo con los gustos y preferencias del esposo e hijos; Cambios de hábitos cotidianos, permitiendo al hombre el protagonismo de los quehaceres domésticos en medio del nuevo escenario de vida; La globalización como ruptura de las reuniones familiares durante las principales comidas; Identificación de cambios alimentarios para el período desde el punto de vista nutricional; Cambios de hábitos alimentarios después del enfrentamiento de morbilidad adquirida; Dicotomía entre los alimentos que contribuye al restablecimiento de la salud de la mujer y la promoción de cuidados con los bebés. Estos hallazgos, pueden contribuir a la asistencia de enfermería con una visión holística, en lo que se refiere a las prácticas, el comportamiento y los hábitos alimentarios.

PALABRAS CLAVE: Alimentación; Gestación; Puerperio

1 | INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério constituem um período de muitos significados e é marcado por cuidados alimentares específicos com atitudes que se modificam ao passar dos dias, seja ele antes ou depois do parto².

Neste sentido, o comer torna-se um ato complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, envolvendo valores culturais específicos³. Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para melhor desenvolver as ações de acordo com cada necessidade, seja ela no ciclo gravídico puerperal, ou em pacientes submetidos a restrições alimentares.

Para Roberto da Matta (1986)⁴ existe uma distinção entre o que é comida e o que é alimento, em que “comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. [...] E o jeito de comer pode definir não apenas aquilo que é ingerido, mas também aquele que o ingere” (p. 56).

De acordo com Canesqui e Garcia (2005)⁵, se os profissionais de saúde desejam compreender como os saberes, representações e discursos fazem sentido para a

ação, será sempre importante, por um lado, reporta-los às necessidades cotidianas das pessoas e, de outro, às características e aos valores do seu grupo social e às suas relações sociais. Essa dicotomia, entre presente e passado, nos faz ter o interesse em aprofundar o conhecimento sobre as práticas alimentares de mulheres gestantes e (ou) puérpera, que vivenciam uma fase de constantes mudanças.

A importância deste estudo reside em seu potencial conhecimento advindo da transculturalidade, contribuindo para que a assistência de enfermagem realizada com mulheres gestantes e puérperas seja com uma visão holística, no que tange as práticas, o comportamento e os hábitos alimentares.

Nesta perspectiva o presente estudo tem por objetivo analisar as práticas alimentares, durante o ciclo gravídico puerperal, de mulheres gestantes e (ou) puérperas atendidas no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossiam/ HUMAP-EBSERH.

O objetivo do presente artigo é analisar as práticas alimentares, durante o ciclo gravídico puerperal, de mulheres gestantes e (ou) puérperas atendidas no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossiam/ HUMAP-EBSERH.

2 | METODOLOGIA

Por meio da Teoria Cultural do Cuidado proposto por Leninger (1985), foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, denominado Etnoenfermagem com mulheres gestantes e (ou) puérperas, sob a ótica de identificar as práticas alimentares das gestantes e ou puérperas, e apreender quais as influências culturais estão presentes no ciclo gravídico puerperal destas mulheres¹.

Os cenários da pesquisa, foram o Centro Obstétrico e Alojamento conjunto do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossiam (HUMAP/NHU-EBSERH), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul e os domicílios das participantes. Foram elegidas mulheres, acima de 18 anos, grávidas ou no puerpério, que livremente aceitaram a participar das fases de observações participantes do estudo (primeira, segunda e terceira abordagem), as quais foram assistidas no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

A escolha das mulheres foi realizada aleatoriamente conforme o censo diário disponível para assistência no HUMAP. As mulheres foram inicialmente abordadas (fase de observação participante - primeira abordagem) durante internação e/ou acolhimento, e após a apresentação da proposta do estudo e aceite delas, foram coletadas informações em instrumento próprio e realizados agendamentos de visitas domiciliares fase de observação (vínculo) e fase observação - participante - terceira abordagem).

Para a primeira abordagem foi utilizado um instrumento estruturado, com busca de informações sócio demográficas e obstétrica (Apêndice A). Para as visitas

domiciliares, foi utilizado instrumento semiestruturado (Apêndice B), e com a técnica de entrevista individual, com a utilização de gravador e diário de campo, foram colhidas as narrativas referente aos objetivos propostos.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de sujeitos não é prioridade, mas sim, a intensidade das relações entre o pesquisador, os sujeitos participantes e os cenários da pesquisa. Desta forma, houve saturação dos dados coletados após a entrada da sexta participante, pois as informações obtidas por meio deste método atingiram esgotamento de dados, e muitas observações e relatos tornaram-se repetitivos.

Os dados colhidos na primeira fase foram organizados, analisados e apresentados de forma descritivas. Os dados da segunda fase registradas por meio de diário de campo, contribuiu para a apresentação do ambiente, da relação entre pesquisador - entrevistada e demais situações em que o gravador não foi possível identificar. Os dados semiestruturados, por meio das narrativas, foram transcritos na íntegra e realizado refinamento do conteúdo por meio de expressões-chaves exemplificadoras de ideias centrais e categorizados de acordo com a semelhança dos temas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob número de parecer N° 1.371.467

/2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordadas oito mulheres, destas seis participaram das três fases da pesquisa. As demais, tiveram apenas a abordagem inicial e após tentativa por meio telefônico para agendamento da segunda e terceira fase não foram localizadas, e assim excluídas da análise. As narrativas colhidas foram divididas em temas centrais observados com maior frequência, como posicionamentos e valores no que se refere à prática da alimentação no ciclo gravídico e puerperal, e apresentados nos itens seguintes.

3.1 Alimentação familiar

A alimentação não é apenas a ingestão de quantidades de nutrientes e calorias para manter o funcionamento corporal em nível adequado. Antropólogos afirmam que o comer envolve a seleção, escolhas, ocasiões e rituais, com ideias e significados, interpretações de experiências e situações⁵.

Neste sentido os hábitos de consumo representam uma dimensão do “espaço social alimentar”, devendo ser estudados em sua totalidade, o que significa investigar não somente o registro de quantidades e frequências dos alimentos consumidos, mas as formas de cozinhar e de consumir⁶.

Comumente, em quase todas as sociedades do ocidente, tem sido atribuída à mulher a responsabilidade pela seleção, preparo e distribuição dos alimentos no

interior da família⁶.

“(...)Eu, sempre eu, eu compro, compro verdura, de verdura só tomate e alface, eu compro arroz, feijão, macarrão, carne e frango”. (E4)

Entretanto, é possível destacar que o novo cenário de vida, vivenciado por estas mulheres, sendo este o ciclo gravídico puerperal, possibilitou identificar a presença do homem na seleção e até mesmo no preparo destes alimentos para a família.

“(...) Agora, nesse primeiro mês de puerpério, eu faço a listinha, e ele vai, mais geralmente eu que gosto de ir, mas não tem problema, se não dá pra eu ir ele vai, tranquilamente, e

compra. Ele adora ir em sacolão, comprar fruta, verdura, legume...”. (E3)

“(...) E a noite geralmente ele quem faz” (E3)

“(...) Eu e meu esposo, uma vez ou outra que eu vou sozinha, mas a maioria das vezes sou eu e ele”. (E6)

No estudo realizado por Teykal e Rocha-Coutinho (2007), essa discussão sobre o novo cenário de vida, é possível identificar a dicotomia entre o pai tradicional, ou seja, aquele que não participa do cuidado com os filhos e o “novo” pai, que reflete a imagem do “novo” homem, de forma mais participativo nos afazeres domésticos e também nos cuidados e educação dos filhos, assim como em algumas situações presenciadas que evidenciam a presença dele na contribuição da seleção e origem dos alimentos⁷.

As mulheres, por sua vez, durante o preparo dos alimentos, normalmente realizam essa tarefa levando em consideração o gosto do marido e dos filhos e não o seu próprio gosto⁶.

“(...) Normalmente é eu, que já conheço um pouco mais os gostos, já opto pelo que ele quer de melhor né, mais fruta, bastante legume, bastante salada”. (E2)

A rotina alimentar das entrevistadas e de sua família, em sua maioria é composta por cinco a seis refeições diárias, entre elas o café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde e jantar. No decorrer das entrevistas, foi observado que as refeições em reuniões familiares ocorrem em menor frequência.

“(...) ele trabalha, e aí vem no horário de almoço, a gente almoça, à tarde quando ele volta, sempre tem que fazer lanche porque ele já volta com fome” (E1).

“No almoço só almoça eu e o bruno (esposo) os outros já comeram (familiares), porque ele chega tarde do serviço (E5).

A maioria das entrevistadas destacaram que durante a semana, as refeições da manhã e da tarde, não são realizadas junto aos membros do domicílio, uma vez que, a jornada de trabalho do chefe da família, da gestante, ou atividade escolar dos filhos, não permitem essa reunião.

“(...) Bom, de segunda a sexta normalmente eu almoço sozinha”. (E2)

“(...) Almoço sozinha e a janta é com ele”. (E3).

“(...) Quando eu to em casa eu almoço sozinha, porque meu marido ta trabalhando, mas durante a janta, ele já ta em casa aí eu janto com ele” (E4).

“O almoço é no meu trabalho, eles oferecem almoço, então almoço com minhas colegas de serviço, a janta é intercalado, por questão do serviço do meu esposo, o lanche é sozinha mesmo” (E6).

Moreira (2010), discute que a globalização tem contribuído para a hegemonia das culturas alimentares e conseqüente individualização do comportamento alimentar⁸. Para Collaço (2004), nos grandes centros urbanos, há uma tendência em que a refeição familiar, símbolo da vida doméstica, tenderá a ser semanal, e uma possível sincronização familiar para a realização da refeição deverá ocorrer no final de semana e, diariamente, quando a família se reunir para comer, será provavelmente para jantar⁹.

3.2 Alimentação e saúde na perspectiva do ciclo gravídico puerperal

Com o intuito de avaliar as práticas alimentares relacionadas a saúde durante o período gravídico puerperal, foi abordada questões que exemplificam as situações de mudanças alimentares no período. Questionadas sobre essa necessidade de mudanças, elas destacam:

“Com certeza, (...) eu tomava muito refrigerante, como a médica me passou que não podia, então tem que, seguir a recomendação da medica, é bom né” (E1)

“É com certeza, mas eu não consegui (risadas), (...)Eu acho que eu deveria ter deixado de tomar refrigerante, não deixei, deveria ter deixado de comer um pouco de doce, mas não consegui porque, eu sinto muita vontade de comer chocolate” (E4)

“ É procurar ser o mais saudável possível” (...) é tentei acrescentar mais fruta, porque antes não comia muita fruta, antes de eu saber que tava grávida, as vezes eu pulava o café da manhã, só o almoço aí não tinha lanche eu pulava só pra janta, ai não tinha janta eu comia uma besteirinha, agora alimentação é regrada café da manhã. Almoço um lanchinho e a janta (E6)

Em meio as narrativas, foi possível destacar que as mulheres vêm a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares, substituindo alimentos do ponto de vista nutricional menos saudável por alimentos mais saudáveis. De modo geral, a preocupação por mudanças é perceptível, embora a tomada decisão em modificar os hábitos alimentares torna-se um ponto chave para discussão.

Jungues *et al.*, (2014), discute que a não realização das refeições nos horários certos e a recusa de uma dieta saudável pode estar relacionado as mulheres que não aceitaram socialmente a gestação, simbolizando um desejo oculto de inviabiliza-la¹⁰.

Por outra perspectiva, as mudanças nos hábitos alimentares por dieta mais saudáveis, podem ocorrer após situações de pré-disposição às morbidades (ex. Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica).

“ (...)eu tive problema com pressão, “diabetes”, tava meio alta, mas eu não tive caso de hipertensão nem diabetes na gestação, ela só oscilava bastante, então por isso que as vezes eu deixava um pouco a comida, optava pela salada e pelas frutas por causa disso, porque eu tava adquirindo muito peso e a bebe não” (E2).

Na presente narrativa, é possível destacar o processo saúde doença, o que permeia a interpretação sobre o desequilíbrio estabelecido pela má alimentação e sua influência no surgimento de co-morbidades. É importante destacar, que a situação de enfrentamento de doença ou pré-disposição, leva o indivíduo a reflexão sobre mudanças pontuais e longitudinais para o restabelecimento da saúde.

(...) comia muito fruta, manga, laranja, maçã, a bebê cresceu bastante por causa disso, muita fruta, muito legumes, na gestação, isso porque eu tive problema com pressão, diabetes, tava meio alta. Então eu tive que deixar um pouco as gordices, pizzas, massas, fritura, tudo que é muito gorduroso pra optar por uma alimentação mais light, saladas e legumes (E2).

De acordo com a VI Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica (SBC, 2009a), a HAS na gestação é classificada em categorias de pré-eclâmpsia, eclâmpsia; pré- eclâmpsia superposta à hipertensão crônica; e hipertensão gestacional. A sua gravidade, no que tange à saúde materno fetal, poderá induzir as alterações metabólicas e vasculares, além do aumenta o risco de insuficiência placentária e conseqüentemente crescimento intrauterino restrito (CIUR)¹¹.

Por outro lado, o Diabetes *Mellitus*, quando instalada na gestação pode promover o polidramismo nas gestantes e no feto a presença da macrossomia e hiperinsulinemia fetal¹². Além de outras complicações como hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e retardo de crescimento intrauterino¹³.

Sobre os alimentos que foram considerados prazerosos por elas, como: “*sorvete, pizzas, bolo de chocolate e refrigerante*” (E1; E2; E5) tiveram destaque nas narrativas, sendo comuns nos hábitos alimentares. No entanto do ponto de vista nutricional, este padrão alimentar é preocupante, visto que pode levar ao excesso de peso e a maior probabilidade de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹⁴, além das possíveis complicações para com o conceito^{13, 11}.

Em contrapartida, algumas entrevistadas destacaram alimentos como frutas, verduras e carnes, como sendo alimentos prazerosos e saudáveis.

“Gosto muito de frutas, frutinhas mais caras, mais gostosas, ameixa, melão, acontecia de eu trocar uma refeição da janta, por várias frutas, almoço também, já aconteceu muito de eu almoçar tarde por optar de comer né, duas, três, quatro laranja, as vezes até uma manga junto”. (E2)

“repolho refogado, couve flor, brócolis e carne com limao” (E6)

Dos alimentos menos prazerosos, destacam:

“Não como fígado, (...) jiló, abobora cabotiã, couve...(E2)

“Eu não gosto de jeito nenhum de beterraba, jiló, mais sei que tenho que comer e encaro como remédio” (E3). “Beterraba, cenoura, tudo quanto é verdura” (E5)
“coisa amarga, (...) jiló (E6)

3.3 Alimentação, símbolos e crenças sobre alimentação

Os estudos de comunidade, destacado por Roberto da Matta (1986), enfoca a dimensão cultural da alimentação, manifestada por meio de crenças e tabus (proibições) associadas à gestação, ao parto e ao pós-parto⁴. Para Silva (2007), os tabus podem ser permanentes ou temporários, envolvendo restrições nos ciclos de vida ou associados a aspectos sociais e religiosos¹⁴.

Conforme as narrativas analisadas as restrições permearam momentos entre a gestação e o puerpério. Os relatos mostraram restrições relacionados ao comprometimento do conceito.

“Ai eu já ouvi umas coisa aí, de mamão aí eu fui ver que era conversa, porque fui pesquisar. Disseram que o mamão papaia, continha uma substancia que poderia ser abortiva. Aí falaram sobre café, chá mate leão, que é uma coisa que eu gosto muito, eu tive que parar, ou então beber bem pouquinho. (...) Ah! cafeína, não sei se é o sistema neurológico, refrigerante, questão dos ossos, do bebê, cólicas, essas coisas assim.... (E6).

As narrativas também destacaram restrições alimentares relacionadas a alimentos considerados, por elas, não saudáveis (frituras, massas, embutidos, e outros...) porém, envolvendo questões biomédicas para a interpretação desta proibição, durante a gestação e o puerpério.

No puerpério, evidenciou a existência de mudanças alimentares, permitindo associar a boa recuperação da puérpera, aumento do leite e o bem-estar do bebê. Neste sentido, a restrição de certos alimentos e a utilização de outros contribuem para esta nova fase de vida.

“No puerpério a gente escuta muito né, proibido, até me falaram eu vou te confessar que eu não to comendo, feijão, pra mim é um martírio. Não to comendo, durante 30 dias, ta sendo um sacrifício. Me contaram que pode ser que dê muitos gases, então eu prefiro não arriscar”. (E3)

Para Carraro (1997), o puerpério, na linguagem popular, é conhecido como o período do resguardo, pós-parto, dieta, quarentena, durando cerca de quarenta dias e é repleto de grande significação cultural¹⁵.

No que tange a produção do leite, símbolo do vínculo materno infantil, as narrativas analisadas permitiram discutir sobre a existência de alimentos que ajudam melhorar a quantidade de leite produzido.

“Acho que não vi aqui ainda, “pucheiro com fubá”. Fica mais grosso, aí diz que dá mais leite” (E1).

“Uma tia me passou, que é bom comer bastante canjica, fizeram uma panelada de canjica pra mim e eu comi até acabar aquela canjica, comi uns seis dias seguidos, até acabar, porque diz que aumenta o leite, então vamos comer” (E3).

A existência de alimentos que ajudam a recuperação da puérpera e estimula a produção do leite materno, também foi descrito em estudo etnográfico, realizado por Lemos *et al.* (2014)¹⁶, com mulheres indígenas de Mato Grosso do Sul, a qual

relatam o frango criado pela própria família, sendo o mais indicado para o consumo das puérperas, crianças, idosos e portadores de patologias, e o chá mate queimado com carvão para o aumento do leite.

Narrativas semelhantes foi identificada neste estudo, a qual aborda o frango caipira, como o mais indicado para uma melhor recuperação pós parto.

Não que tenham me falado, mas que eu tenha visto, tipo minha irmã teve neném e minha mãe não fazia outro tipo de comida pra ela a não ser caldo, caldo de frango caipira. (E4).

CONCLUSÕES

Este estudo identificou, por meio da transculturalidade, aspectos fundamentais das práticas alimentares relatadas pelas mulheres na gestação e puerpério.

Os relatos evidenciaram a autonomia das mulheres desde a seleção, preparação e distribuição dos alimentos à família, destacando o preparo de acordo com o gostos e preferências do esposo e filhos.

A existência de mudanças de hábitos cotidianos, a qual permitiu o homem tornar-se o protagonista nos afazeres doméstico, ou ainda, auxiliar em conjunto com as mulheres na seleção e preparo dos alimentos, caracterizou um novo modo de vida contemporânea, permitindo a inserção do homem nos cuidados com a família.

A ruptura das reuniões familiares semanais durante as principais refeições, como consequência da globalização.

A identificação da necessidade de mudanças alimentares no ciclo gravídico puerperal, do ponto de vista nutricional, e as mudanças propriamente ditas, são elementos importantes para discussão, já que muitas vezes elas ocorrem após o enfrentamento de morbidades e não por reeducação alimentar, com vistas a prevenção.

Além disso a dicotomia entre os alimentos que contribui para o restabelecimento da saúde da mulher e a promoção de cuidados com os bebês são elementos repletos de valores simbólicos.

Estes achados, poderão contribuir para a assistência de enfermagem com uma visão holística, no que tange as práticas, o comportamento e os hábitos alimentares.

REFERÊNCIAS

1. Leininger M. Qualitative research methods in nursing. New York: Grune & Stratton. Ed 1985.
2. Lemos EF, Nakagawa CM, Ribas DLB, Concone MHVB, Narrativas sobre o ciclo gravídico e puerperal das mulheres teréna da terra indígena buriti, MS. Anais do 10^a Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ISSN 1413-8123), Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaissaudecoletiva/>.
3. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 310-317. ISSN 1518-8787.

4. Matta R. O que faz Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: ROCCO, 1986.
5. Canesqui AM, Garcia RWD, Antropologia e Nutrição: Um Dialogo Possivel. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 20 ed. 363.8, 2005.
6. Baiao MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. Rev. Nutr., Campinas, vol.2, n.19, pág.245-253, mar./abr., 2006.
7. Teykal CM, Rocha-Coutinho ML. O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 3, pp. 262-268, set./dez. 2007.
8. Moreira SA. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. Cienc. Cult. [online]. 2010, vol.62, n.4, pp. 23-26. ISSN 2317-6660.
9. Collaço JHL. "Restaurantes de comida rápida, os fast foods, em praças de alimentação de shopping centers: transformações no comer". Revista Estudos Históricos 1, 33. 2004.
10. Junges CF, Ressel LB, Monticelli M. Entre Desejos E Possibilidades: Práticas Alimentares De Gestantes Em Uma Comunidade Urbana No Sul Do Brasil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 382-90.
11. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. Arq Bras Cardiol. N. 93(6 supl.1): e110-e179. 2009.
12. Azevedo ACB. Diabetes Mellitus Gestacional. Infarma.v.22, nº 9/10, 2010.
13. Abi-abib RC, Carolina AC, Carneiro JRI, Braga FO, Cobas RA, Gomes M B, Jesus G R, Miranda FRD. Diabetes na gestação. Revista HUPE, Rio de Janeiro, vol. 3, nº 13, pág. 40-47, 2014.
14. Silva AL. Comida de gente: preferências e tabus alimentares entre os ribeirinhos do Médio Rio Negro (Amazonas, Brasil). REVISTA DE ANTROPOLOGIA, SÃO PAULO, USP, 2007, V. 50 N° 1.
15. Carraro TE. A mulher no período puerperal ; uma nova visão possível. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v.6, p.84-91, jan./abr., 1997.
16. Lemos EF, Pessoa MC, Ribas DLB. Concone, MHVB. Cozinha teréna: novas práticas alimentares em tempos de mudança. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 87-107, jul./dez. 2014.

ALIMENTOS GRAVÍDICOS: CUSTEIO DO PRÉ NATAL DA GESTANTE POR VIA JUDICIAL A LUZ DA LEI 11.804/2008

Gabriel Barbosa Ramos

Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP, CAMPO GRANDE-MS

Iara Barbosa Ramos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, CAMPO GRANDE-MS

Pamella Aline Miranda Teodoro

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande, CAMPO GRANDE-MS

Claudio Francisco Bernardinis Junior

Centro Universitário da Grande Dourados - Unigran, CAMPO GRANDE-MS

Diane Xavier dos Santos

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande, CAMPO GRANDE-MS

RESUMO: A lei 11.804/2008 dispõe que a gestante possui a legitimidade ativa para propor uma ação alimentícia visando o amparo financeiro durante o seu pré-natal, podendo ser arcadas inclusive despesas como de enfermeiros obstetras e ginecologista para um acompanhamento específico a cada caso. A pesquisa teve o intuito de analisar as jurisprudências, acórdãos e artigos que possuem o tema de pensão alimentícia durante a gestação da requerente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que foi fundamentada e baseada no estudo dos julgamentos pelos

nossos tribunais, doutrinas que baseiam nas decisões favoráveis as gestantes no início de sua gestação. Os alimentos de que trata esta lei compreenderão os valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez e que sejam dela decorrentes, da concepção ao parto, inclusive os referentes à alimentação especial, assistência obstétrica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos, além de outras que o juiz considere pertinentes. Esta legislação permite a gestante que possui complicações na sua gestação e que é classificada como gestação de risco, solicite por ação judicial o custeio dos cuidados especiais pelo obstetra e juntamente com enfermeiro obstetra, tanto pelos cuidados especiais quanto pelos medicamentos e vitaminas essenciais para o perfeito nascimento da prole, a assistência é essencial para não ocorrer abortos espontâneos, sendo que a assistência da pensão durante a gestação é necessário, pois somente a judicialização de medicamentos para ser custeada pelo Estado não são suficientes, pois a gestante necessidade de apoio dos profissionais da área de obstetrícia.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentos, Gravídicos, Pensão e Gravidez.

ABSTRACT: The law 11,804 / 2008 establishes that the pregnant woman has the active

legitimacy to propose a food action aiming at the financial support during her prenatal care, which may include expenses such as obstetricians and gynecologists for a specific follow-up in each case. The research had the aim to assess the jurisprudence, judgments and articles that have the theme of payment of alimony during the gestation of the applicant. It is a qualitative research that was grounded and based on the study of the judgments by our courts, doctrines that are based on the favorable decisions to the pregnant women in the beginning of their gestation. The foods covered by this law will include the sufficient values to cover the additional expenses of the period of pregnancy from conception to birth, including those referring to special diet, obstetrical and psychological care, complementary examinations, hospitalizations, childbirth, medicines, as well as others that the judge considers pertinent. This legislation allows the pregnant woman who has complications in her gestation and who is classified as a pregnancy of risk, request for judicial action the cost of special care by the obstetrician and along with the obstetrician nurse, both for the special care and for the medicines and essential vitamins for the perfect childbirth care, assistance is essential to avoid spontaneous abortions, and the assistance of the pension during pregnancy is necessary, since only the judicialisation of medicines to be financed by the State is not enough, since the pregnant need for support from the professionals of the area of obstetrics.

KEYWORDS: Legal aspects; Legal Assistance; Prenatal-Care

1 | INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil é um dos eixos mais importantes da assistência do pré-natal. A qualidade da assistência dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde são fatores de decisão de continuidade e permanência da gestante. Inclusive em relação no que tange a redução dos casos de mortalidade materna e perinatal (MEDEIROS JUNIOR et al., 2014; ALVES et. al., 2016; RAMOS et al., 2018).

No que tange a parte jurídica, a gestante tem garantias constitucionais próprias e se bem assessorada juridicamente durante a gestação acerca dos seus direitos, tem sua própria integridade física resguardada assim como para o nascituro (BANDEIRA, AURELIANO, VIEIRA, 2017).

Entende-se por nascituro, o ser humano já concebido, considerando o seu nascimento como certo e por isso possui seus direitos previstos em lei, tendo o artigo 2º do Código Civil (BRASIL, 2002) “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.”

Dessa forma, o nascituro, mediante a lei nº 11.804 de 5 de Novembro de 2008, tendo sua genitora como representante legal, terá seus direitos assegurados, desde o início da gestação.

As instituições de saúde, públicas e privadas devem garantir a gestante assistência livre de agravos e/ou complicações, tendo a família, o sistema de saúde e também as

esferas jurídicas participação no sucesso deste período (CARVALHO FILHA et al., 2017).

Conforme Sílvia Rodrigues (2003, p. 308) os alimentos, como objeto de Direito seria uma prestação recebida por uma pessoa, em dinheiro ou em outra maneira de subsistência, para que possa atender às necessidades essenciais. Sendo assim, a palavra tem uma “expressão” muito mais abrangente do que na linguagem mais esdrúxula, em que significa o necessário para o sustento. Trata-se não só do sustento, mas, como também do vestuário, habitação, assistência médica em caso de doença, enfim de todo o necessário para atender às necessidades da vida; e, em se tratando de criança, abrange o que for preciso para sua instrução.

Assim como todo processo, os alimentos gravídicos trazem em seu escopo procedimentos especiais na própria lei nº 11.804/08, com o intuito de beneficiar a gestante e facilitar o acesso daquelas gestantes que tem receio de entrar na justiça com o medo de prejudicar-se com possível indenização por danos morais, pelo suposto pai, haja vista que é baseada nos indícios da paternidade.

O presente artigo tem como escopo a pesquisa sobre a alteração legislativa dos Alimentos Gravídicos da Lei nº 11.804 de 5 de Novembro de 2008, atribuindo direito à gestante para pleitear alimentos gravídicos, para a sua subsistência e da sua futura prole, conseqüentemente é uma inovação que visa à proteção do nascituro até antes de sua concepção, garantindo assim, o seu desenvolvimento saudável.

A lei nº 11.804/2008 dispõe que a gestante possui a legitimidade ativa para propor uma ação alimentícia visando o amparo financeiro durante o seu pré-natal, podendo ser arcadas inclusive despesas como de enfermeiros obstetras e ginecologista para um acompanhamento específico a cada caso. Tem como pressuposto jurídico a existência da paternidade e os critérios para sua concessão a necessidade da gestante e a possibilidade do suposto pai. Os alimentos gravídicos durarão todo o período da gravidez da futura prole e serão convertidos em pensão alimentícia no caso do nascimento com vida da criança. Restará somente para o seu o direito de reposta a ser exercido no prazo de 5(cinco) dias.

A Lei nº 11.804/2008 que trata do assunto dos alimentos gravídicos em seu art. 2 da referida lei já se auto-define, sendo tratada como uma norma que compreende os valores suficientes para cobrir os gastos decorrentes do período de gestação, da concepção do nascituro ao parto, inclusive as referentes à alimentação especial, no caso de exemplos como gestantes que têm a restrição de lactose, sendo que devem cobrir os gastos do leite especial, assistência médica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos e demais prescrições preventivas e terapêuticas indispensáveis, além de outras que o juiz considere necessários para a concepção perfeita do nascituro.

É importante ressaltar, a inovação dessa nova lei dos alimentos gravídicos preencheu a lacuna na legislação anterior, sendo na fase de gestação quase impossível o auxílio-benefício em conta da gravidez, pois os exames periciais como, teste de

DNA, o resultado só sai, praticamente depois do nascimento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória realizada por meio de revisão bibliográfica. Baseada em lei própria, artigos correlacionados ao deslinde do processo alimentar. O período de consulta bibliográfica aconteceu de março de 2018 a agosto de 2018.

O levantamento do material bibliográfico, foram obrigatoriamente cumpridas às etapas como: seleção de publicações relevantes para a pesquisa, segundo o critério de inclusão; leitura seletiva, sendo visada aos objetivos da pesquisa; leitura analítica: análise comparativa das publicações escolhidas; leitura interpretativa, sendo abordada com maior precisão a efetiva razão da referida lei; raciocínio analítico, sendo ligados os conhecimentos já obtidos com as realizações da lei. Esse estudo foi elaborado segundo a normalização da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 14724, NBR 6023.

3 | RESULTADOS

3.1 Definição de alimentos

Alimentos são prestações para a satisfação das necessidades básicas de quem não pode provê-las unicamente. Têm por finalidade fornecer a um parente, cônjuge ou companheiro o necessário para à sua subsistência. Quanto ao conteúdo, abrangem o indispensável ao sustento, vestuário, habitação, assistência médica e instrução (BRASI, 2002; OLIVEIRA; BRITO, 2017).

Conforme Wald (2002, p.42):

A finalidade dos alimentos é assegurar o direito à vida, substituindo a assistência da família à solidariedade social que une os membros da coletividade, pois as pessoas necessitadas, que não tenham parentes, ficam, em tese, sustentadas pelo Estado.

Conforme Sílvio Rodrigues (2003, p. 308) os alimentos, como objeto de Direito, seria a prestação dada a uma pessoa, em dinheiro ou em espécie, para que possa atender às necessidades essenciais. Sendo assim, a palavra tem uma “expressão” muito mais abrangente do que na linguagem mais esdrúxula, em que significa o necessário para o sustento. Trata-se não só do sustento, mas, como também do vestuário, habitação, assistência médica em caso de doença, enfim de todo o necessário para atender às necessidades da vida; e, em se tratando de criança, abrange o que for preciso para sua instrução.

Em sentido amplo é a expressão denominativa que compreende não só os gêneros alimentícios, mas sim também os materiais necessários a manter a dupla

troca orgânica que constitui a vida vegetativa, incluindo remédios, vestuário e também a habitação.

Na visão jurídica, os alimentos seriam a obrigação recíproca de parentes prestarem ajuda de subsistência entre si. Assim, como os cônjuges ou companheiros também podem usufruir desse benefício, que nada mais é da garantia da mínima qualidade de vida prestada pelo aquele que detêm um maior poder aquisitivo para aquele que é insuficientemente incapaz de conseguir subsistência sozinha (OLIVEIRA; BRITO, 2017).

Têm caráter temporário, pois assim que a outra parte beneficiada consiga readequar um padrão sustentável de vida, esses alimentos terão um fim, assim como, à maioridade do filho menor, ou outros fatos modificativos como o ingresso na faculdade que requer ajuda alimentícia.

3.2 Definição dos alimentos gravídicos

A palavra gravidez tem a origem do latim *gravis*, e do adjetivo (pesado, cheio, carregado, prenhe, grave), assim embora controvertido até ao nome, a etimologia da palavra, conforme Dicionário Aurélio online (2018), significa a fase da gestação da mulher.

De expressão em sua nomenclatura, “gravídicos”, surgiu a complementação da lacuna que existia no ordenamento jurídico na parte do dever de subsidiar a alimentação e entre outras necessidades básicas vitais da futura prole.

Importante diferenciar os alimentos gravídicos do instituto da pensão alimentícia, vez que aquele se refere à destinação de simples comprovação de paternidade, entendida pelo juízo, e sendo esse o instituto de caráter de parentesco, casamento ou da união estável para a obtenção de proventos necessários à vida humana.

Venosa (2004, p.317) comenta sobre a legitimidade para a propositura da ação investigatória:

São legitimados ativamente para essa ação o investigante, /geralmente menor, e o Ministério Público. O nascituro também pode demandar a paternidade, como autoriza o art. 1.609, parágrafo único (art. 26 do Estatuto da Criança e do Adolescente, repetindo disposição semelhante do parágrafo único do art. 357 do Código Civil de 1.916).

A referida lei 11.804/2008 dispõe que, a partir de agora, a gestante, também, começa a ter legitimidade ativa para propor uma ação de alimentos que visa o amparo monetário/financeiro às despesas do período de gravidez, sendo no final de sua gravidez, ou seja, concebido a prole, essa “pensão” para suas despesas, tornar-se-á pensão alimentícia para seu filho.

A Lei nº 11.804/2008 que trata do assunto dos alimentos gravídicos em seu art. 2 da referida lei já define e explique a sua existência:

Os alimentos de que trata esta Lei compreenderão os valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez e que sejam dela decorrentes, da

concepção ao parto, inclusive as referentes à alimentação especial, assistência médica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos e demais prescrições preventivas e terapêuticas indispensáveis, a juízo do médico, além de outras que o juiz considere pertinentes.

Parágrafo único. Os alimentos de que trata este artigo referem-se à parte das despesas que deverá ser custeada pelo futuro pai, considerando a contribuição que também deverá ser dada pela mulher grávida, na proporção dos recursos de ambos. (BRASIL, 2008, p.1)

3.3 Histórico dos alimentos gravídicos

Os direitos dos alimentos estão integrados na base da Constituição federal em seu artigo 229 que impõe aos pais “o dever de assistir, criar educar os filhos menores” (BRASIL, 1988, pág. 69).

No Código Civil, em seus artigos 1.694 à 1.710, sucinta a abrangência também, da prestação alimentar, a obrigação entre pais e filhos e entre familiares, conforme o art. 1694 que diz:

Podem os parentes, os cônjuges ou companheiros pedir uns aos outros os alimentos de que necessitem para viver de modo compatível com a sua condição social, inclusive para atender às necessidades de sua educação (BRASIL, 2007, pág. 301).

Nessas legislações são relacionadas somente por filiações de parentescos, sendo essa nova lei 11.804 sendo comparada com relações de filiações, pelo menos no tocante de responsabilidade de alimentar.

3.4 Princípios e normas relacionadas à gestante

A Constituição Federal no art. 227, § 6º determina a igualdade substancial entre os filhos, proibindo toda e qualquer conduta discriminatória, materializando, de certo modo, o princípio da pessoa humana, iniciando uma nova fase de valores nas relações de parentesco, evidenciando o liame existente entre pais e filhos, eliminando o sistema do Código Civil de 1916, que privilegiava apenas os filhos nascidos dentro da relação do casamento, pois aparenta conter certa discriminação pelos filhos fora do casamento.

A lei 10.804/2008 surge como mais uma norma na legislação em defesa dos direitos das gestantes sem suficiência de recursos de subsistência, destarte ressaltar a enorme importância para o direito da família que havia essa “lacuna”, no período de gestação. Porém, maior que o direito da gestante consiste na ideia de proteger o direito da criança como garantidor do direito à vida do feto.

Não resta qualquer dúvida, pois, que a Lei dos Alimentos Gravídicos reflete, igualmente, em todo o seu teor a ética do cuidado, porque consegue dá ao nascituro o que é realmente dele, principalmente o direito à vida, para que ele possa dar seguimento ao seu destino após o seu nascimento.

Destarte ressaltar o caso dos filhos socioafetivos que, embora não mencionados

em nenhum texto legal, apenas em doutrinas e algumas jurisprudências, merecem a mesma proteção e não podem ser discriminados em relação aos filhos biológicos.

Conforme a Lei nº 9.263/1996, a gestante tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez, a referida norma ainda garante que o Sistema Único de Saúde é obrigado a garantir que o parto seja saudável e de preferência que seja normal, inclusive garantia de acompanhamento no pós-parto com assistência do estado de risco puerperal.

A Lei n. 11.634/2007 impõe sobre o conhecimento prévio da maternidade que será utilizada no parto e da maternidade substituta nos casos de imprevistos e complicações do pré-natal.

A Lei nº 10.048/00 discorre sobre o atendimento prioritário à gestante e à lactante em hospitais, órgãos e empresas públicas e em bancos.

A Portaria n. 569 /2000 do MS (Ministério da Saúde) cria o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na esfera pública do Sistema Único de Saúde. Traz o embasamento técnico de qualidade da gestação, obrigação das unidades de saúde ao acompanhamento digno da gestante, diminuição de riscos da futura prole e da gestante com estipulação de um número mínimo de seis consultas de pré-natal.

3.5 Procedimentos para os alimentos gravídicos

Procedimentos são as sequências de atos no processo, sendo específicos os procedimentos que levam consigo o fato de ser unicamente daquele processo, ou seja, meio utilizado unicamente para o ingresso da finalidade uma de obtenção de um processo também específico.

Assim como todo processo, os alimentos gravídicos trazem em seu escopo procedimentos especiais na própria lei 11.804/08, com o intuito de beneficiar ainda mais a gestante e facilitar o acesso daquelas gestantes que tem receio de entrar na justiça com o medo de prejudicar-se com possível indenização por danos morais, haja vista que essa lei da mesma maneira que auxilia e beneficia a gestante, também prejudica o suposto pai.

O procedimento previsto na Lei 11.804/08, para ter a garantia e aplicação dos alimentos gravídicos à gestante, serão: Foro competente: Domicílio do alimentado, no caso, a autora da ação; Pressuposto exigido: Indícios de paternidade (podendo ser via testemunhal ou fotos comprobatórias); Critérios: Conforme a necessidade da gestante contra a possibilidade financeira do suposto pai; Duração: Somente no período da gravidez, uma vez que ocorrido o nascimento com vida, a pensão se converterá em pensão alimentícia, sendo esse processo realizado por outros procedimentos; Resposta do réu: Prazo de 5 dias; Incidência dos alimentos: Devidos desde o despacho da petição inicial.

3.6 Posicionamento contrário dos alimentos gravídicos

Pela nova legislação, um homem, poderá ser obrigado a efetuar o pagamento de pensão de Alimentos Gravídicos, por simples “indícios de paternidade” (artigo 6º da lei 11.804). Destarte ressaltar, num exemplo hipotético, uma mulher oriunda de um relacionamento frustrado com seu antigo parceiro e mantendo relações afetivas com outras pessoas, por fotos, irá conseguir comprovar os indícios de paternidade, vejamos nesse exemplo o homem, não é realmente o pai, mas, irá pagar tal pensão erroneamente, com cerceamento de defesa.

Conforme o artigo vetado nº 10 da Lei 11.804:

Em caso de resultado negativo do exame pericial de paternidade, o autor responderá, objetivamente, pelos danos materiais e morais causados ao réu.

Este artigo vetado nº 10 da Lei dos Alimentos Gravídicos nº 11.804/2008, relatava no caso negativo do exame pericial do suposto pai, geraria uma indenização pela ação proposta, independentemente da existência de culpa, porém, foi vetado por causa da acessibilidade que a mulher gestante não teria, pois, isso evitaria um “temor” para várias mulheres na propositura da ação, sendo que fosse negativa a paternidade, geraria uma indenização para o suposto pai.

3.7 Impacto dos alimentos gravídicos no ordenamento jurídico

É importante ressaltar, a inovação dessa nova lei dos Alimentos gravídicos preencheu a lacuna na legislação anterior, sendo na fase de gestação quase impossível o auxílio-benefício em conta da gravidez, pois os exames periciais como, teste de DNA, o resultado só sai, praticamente depois do nascimento.

A concepção contemporânea das relações de parentesco e de filiação deu novo sentido no assunto de responsabilidade, sejam da mãe ou do suposto pai. Constitucionalmente, a igualdade proporcional entre o homem e a mulher, na prática, está longe de ser alcançado, pois o homem/pai não pode se eximir ou fugir de sua responsabilidade paterna, nem muito menos a mãe.

A análise imparcial de cada caso é que vai dizer como proceder e decidir. Não podemos generalizar todos os casos, cada caso possui fatos diferentes, mesmo todos possuírem o mesmo destino.

4 | DISCUSSÃO

No deslinde arrolar do presente trabalho, envolvendo a entrada em vigor desde novembro de 2008, da lei que trata dos Alimentos Gravídicos, apesar do nome um pouco tanto estranho, diz respeito ao custeio do suposto pai para a genitora da futura prole. Assunto muito polêmico que teve repercussão geral no país mesmo antes de sua real eficácia, pois trata de alguns pontos muito delicados. Não é a primeira lei que

trata de assunto da futura prole como sendo protegida por aquele que tem o direito de alimentar, pois senão cabe ao Estado a garantia desse provimento.

Porém, a grande lacuna como sempre existiu em nossas legislações, ocorre no art. 6º da Lei 11.804, pois aí cita a expressão indícios de paternidade, como forma de prova questionável, haja vista que faltou um artigo explicando melhor o que poderiam ser esses indícios de paternidade, sendo sempre indícios na área criminal a mais severa.

Logicamente a lei é revestida de mais pura boa fé, concordando com a mãe a participação efetiva do suposto pai, sendo proporcionalmente igual às despesas, no caso da mãe não suportar com os gastos médicos e úteis para o nascimento de seu filho, o suposto pai arcará com as despesas, garantindo assim o seguro da dignidade da criança.

Maria Berenice Dias, (2008, p. 66) relata:

Ainda que inquestionável a responsabilidade parental desde a concepção, o silêncio do legislador sempre gerou dificuldade para a concessão de alimentos ao nascituro. Raras vezes a Justiça teve a oportunidade de reconhecer a obrigação alimentar antes do nascimento, pois a Lei de Alimentos exige prova do parentesco ou da obrigação. O máximo a que se chegou foi, nas ações investigatórias de paternidade, deferir alimentos provisórios quando há indícios do vínculo parental ou após o resultado positivo do teste de DNA. Graças à Súmula do STJ também a resistência em se submeter ao exame passou a servir de fundamento para a antecipação da tutela alimentar.

As opiniões dos juristas do sexo feminino podem tender a favor da referida lei, porém como exemplo da parte contrária, Oliveira (2008) relata que a palavra da mulher é extremamente necessária para o suscitamento preciso, porém deve obedecer a real credibilidade. Exemplo disso está nos crimes sexuais, pelo fato de serem cometidos *solus cum sola in solitudine*, a versão da vítima, em respectivas vezes, vem a ser o sustentáculo da acusação e posterior condenação.

Cabe ainda destacar que o Novo Código de Processo Civil na efetivação da execução de alimentos, prevê a inclusão do executado inadimplente nos serviços de proteção ao crédito – SPC/ SERASA (SOUSA, 2018).

Concluindo que apesar de lacuna na parte do art. 6º a intenção dos juristas foi de dar mais credibilidade para a mulher (a genitora), com certeza de nada adiantaria a lei, pois aí, sem os meros indícios de paternidade, sobraria para o Estado arcar com as despesas.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os alimentos de que trata esta lei compreenderão os valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez e que sejam dela decorrentes, da concepção ao parto, inclusive os referentes à alimentação especial, assistência obstétrica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos,

além de outras que o juiz considere pertinentes.

A Lei de Alimentos (Lei 5.478/68) consistia um óbice à concessão de alimentos ao nascituro, haja vista a exigência, nela contida, no seu artigo 2º, da comprovação do vínculo de parentesco ou da obrigação alimentar. Ainda que inegável a responsabilidade parental desde a concepção, o silêncio do legislador sempre gerou dificuldade para a concessão de alimentos ao nascituro.

Baseando no entendimento de Oliveira (2008), a dificuldade gerada pela comprovação do vínculo de parentesco de outrora já não se encontrava engessada pela Justiça que teve a oportunidade de reconhecer, em casos ímpares, a obrigação alimentar antes do nascimento, garantindo assim os direitos do nascituro e da gestante, consagrando a teoria concepcionista do Código Civil e o princípio da dignidade da pessoa humana. Sem dúvidas, houve, mais uma vez, o reconhecimento expresso do alcance dos direitos da personalidade ao nascituro.

Conforme o artigo vetado nº 10 da Lei 11.804, “Em caso de resultado negativo do exame pericial de paternidade, o autor responderá, objetivamente, pelos danos materiais e morais causados ao réu” (BRASIL, 2008, pág. 1), este artigo relatava no caso negativo do exame pericial do suposto pai, geraria uma indenização pela ação proposta, independentemente da existência de culpa, porém, foi vetado por causa da acessibilidade que a mulher gestante não teria, pois, isso evitaria um “temor” para várias mulheres na propositura da ação, sendo que fosse negativa a paternidade, geraria uma indenização para o suposto pai.

Esta legislação permite a gestante que possui complicações na sua gestação e que é classificada como gestação de risco, solicite por ação judicial o custeio dos cuidados especiais pelo obstetra e juntamente com enfermeiro obstetra, tanto pelos cuidados especiais quanto pelos medicamentos e vitaminas essenciais para o perfeito nascimento da prole, a assistência é essencial para não ocorrer abortos espontâneos, sendo que a assistência da pensão durante a gestação é necessário, pois somente a judicialização de medicamentos para ser custeada pelo Estado não são suficientes, pois a gestante necessidade de apoio dos profissionais da área de obstetrícia.

REFERÊNCIAS

ABATE, A. **Alimentos gravídicos**. 34. Ed. São Paulo: Revista Visão Jurídica, 2009.

ALVES, V.M., NICÁCIO, T.S.; OLIVEIRA, R.M.S.; PEREIRA NETTO, M. Journal of Management and Primary Health Care, v.7, n.1, p.153, 2016

AZZARITI, F.S; MARTINEZ, G. **Diritto civile italiano**. Napoli: Alberto Morano, 1940.

BANDEIRA, P. C. A.; AURELIANO, T.S.; VIEIRA, J.L.G. A (In) Consitucionalidade do testamento vital frente ao ordenamento jurídico brasileiro. Refletindo o Direito: Revista Eletrônica do Curso de Direito do Centro Universitário CESMAC– Ano VI, n.1, jan./dez, 2017.

BRASIL, **Código Civil**, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998.

BRASIL, **Código Civil**. 58. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL, Lei sobre os **Alimentos Gravídicos** nº 11.804, 5 de Novembro de 2008. Presidente da República.

BRASIL, **Vade Mecum**. 6. São Paulo: Saraiva, 2008.

CAHALI, Y.S. **Dos Alimentos**, 3ª ed. rev., ampl. e atual. até o projeto do novo

CARVALHO FILHA, F.S.S., SILVA, E.A.C., LANDO, G.A., NASCIMENTO, E.F., NASCIMENTO, F.S.C., SANTOS, J.C. Direito ao nascimento saudável: concepções de profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 2178, p. 2091, 2017.

DIAS, M.B. **Alimentos para a vida**. Revista Consulex. AnoXII, nº286, pág.66. Dezembro de 2008.

Dicionário Aurélio (online). Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/gravidez> Acesso em 10 de maio de 2018.

GONÇALVES, C.R. **Direito de Família**. 11ª.ed. São Paulo:Saraiva, 2006.

GOMES, O. **Direito de Família**, 11ª ed., atualizada por Humberto Theodoro Júnior, Rio de Janeiro: Revista Forense, 1999.

LISBOA, R.S. **Manual de direito civil: direito de família e das sucessões**. 3.ed.da 2ª Ed. Do Manual elementar de direito civil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. v. 5. LFG.Comentários. **Alimentos Gravídicos**. Texto online. Disponível em: <WWW.lfg.com.br/public_html/article.php?story> Acesso em:17/06/2010.

MEDEIROS JUNIOR, A.; LIMA, A.S.D.; SILVA, A.M.D.F.; LIMA, M.E.M. **Revista Eletrônica Extensão & Sociedade** - PROEX/UFRN, Natal, RN, v.5, n.2, p. 10 – 20, 2014.

OLIVEIRA, T.F., BRITO, A.C. O Nascituro como Sujeito de Direitos. **Pleiade**, v.11, n. 22, pag: 25-33, jul./dez., 2017.

PEREIRA, C.M.S. **Instituições de Direito Civil - Direito de Família**. vol. V. 16ª ed. Rio de Janeiro : Forense, 2006, p. 517-519.

RAMOS, I.B.; SANTOS, D.X.; ZOBIOLE, N.N.; SANTOS, L.F.; OMIDO JUNIOR, A.R.; APPEL, K.L.A. et al., (no prelo). Syphilis and pre-natal care: indicators of the municipality of Campo Grande – MS, Brazil. **International Journal of Development Research**, 2018.

RODRIGUES. **Direito civil; direito de família**, v. 6, São Paulo: Saraiva.

SOUSA, L.V.Z. Novo Código de Processo Civil e a constitucionalidade da negativação do inadimplente de alimentos. **Revista da ESMAM**, São Luís, v.12, n.13, p. 152-164, jan./jun. 2018

VENOSA, S. S. **Direito Civil - Direito de Família**. 4ª ed. São Paulo : Atlas, 2004, p. 317.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO A MULHER QUE VIVE UM PROCESSO REPRODUTIVO DE ALTO RISCO

Edilene Gianelli Lopes

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem
Cuiabá - MT

Renata Cristina Teixeira

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem
Cuiabá - MT

Rosa Lúcia Rocha Ribeiro

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem
Cuiabá - MT

RESUMO: **Objetivo:** compreender de que maneira o uso da Terapia Comunitária Integrativa efetiva-se como um modo de cuidado de enfermagem a gestantes e puérperas hospitalizadas devido à gestação de alto risco. **Metodologia:** pesquisa descritiva de natureza qualitativa, utilizando-se da pesquisa de intervenção. Realizada em 2016, com gestantes e puérperas internadas no Hospital Universitário Júlio Muller do município de Cuiabá-MT, que tinham ou apresentavam-se com comprometimento cardiovascular no momento da coleta de dados. **Resultados:** Terapia Comunitária Integrativa é um instrumento de trabalho que exerce função importante ao cuidado de enfermagem em ambiente hospitalar, proporcionando tecnologias leves facilitadoras

ao tratamento. **Conclusão:** aponta-se para o cuidado de enfermagem ampliado, integrado e humanizado, pontuando a necessidade de se repensar a aplicabilidade de tecnologias não invasivas como forma essencial para a recuperação da saúde de grupos de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Complicações Cardiovasculares na Gravidez; Gravidez de Alto Risco; Terapia Comunitária; Cuidados de Enfermagem, Obstetrícia.

INTRODUÇÃO

O cuidado a saúde reprodutiva da mulher é uma das áreas prioritárias da política de saúde nacional visto a necessidade de práticas assistenciais humanizadas e de qualidade, que articulam tanto à preocupação com o controle da morbimortalidade materna e perinatal, como à necessidade de promover a saúde e o bem-estar feminino (BRASIL, 2010; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; BRITO, MOURA, SOUSA et al., 2015; SOUSA, MENDES, OLIVEIRA et al., 2015).

O processo reprodutivo é uma experiência que extrapola aspectos biológicos relacionados à gravidez, ao parto e ao pós-parto e se estende para além da experiência sociocultural da mulher e da família. Assim, o cuidado à mulher no ciclo gravídico e puerperal compreende medidas

de prevenção e promoção da saúde, além da detecção e do tratamento precoce de intercorrências que representem riscos à saúde da mãe e da criança (LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; AMORIM, 2010; SOUZA, ARAÚJO, DANTAS et al., 2007).

Dentre as possíveis intercorrências do período, encontram-se as relacionadas ao aparelho cardiovascular, representadas principalmente pela Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e a Síndrome HELLP, e com menor incidência as doenças cardiovasculares congênitas. A presença destas, configuram uma condição delicada de saúde ao binômio mãe-filho e caracterizam a gestação como de alto risco, uma vez que os transtorno hipertensivos estão entre as principais causas de óbitos maternos no Brasil apontando a vulnerabilidade destas gestantes e, desencadeando uma sucessão de fatores agravantes da sua condição de saúde (BRASIL, 2010; LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; ASSIS, VIANA, RASSI, 2008).

A gestação de alto risco pode desencadear na mulher complicações físicas e sofrimento psicoemocional, uma vez que exige maior aproximação dos serviços complexos de saúde, refletidos em número maior de consultas de pré-natal, exames complementares e mudanças de hábitos e rotinas em função das limitações impostas pela morbidade (BRITO, MOURA, SOUSA et al., 2015; ASSIS, VIANA, RASSI, 2008; HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; OLIVEIRA, MADEIRA, 2011; REISDORFER, [MADI, ROMBALDI et al., 2013](#)).

As alterações de ordem biopsicoemocionais, podem gerar angústia, aflição, ansiedade, choros recorrentes que tendem a agravar a condição de saúde destas gestantes, gerando necessidade de cuidados em saúde específicos em função desta nova condição (BRITO, MOURA, SOUSA et al., 2015; ASSIS, VIANA, RASSI, 2008; HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; OLIVEIRA, MADEIRA, 2011; REISDORFER, MADI, ROMBALDI et al., 2013).

Nesta perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) com mulheres que vivenciam um período reprodutivo de alto risco assume um papel importante no desenvolvimento do cuidado, e surge como uma alternativa para lidar com as alterações psicoemocionais. Esta visa o alívio do sofrimento através do compartilhamento das experiências de forma horizontal e circular, definindo-se em um instrumento de integração que busca promover e reabilitar a saúde física e mental (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; FERREIRA FILHA, DIAS, ANDRADE et al., 2009; ROCHA, SÁ, BRAGA et al, 2013; SOUZA, SILVA, AZEVEDO et al., 2011; NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; MELO, RIBEIRO, COSTA et al., 2015; LUCIETTO, RIBEIRO, 2014), além de construir redes de apoio e empoderar os indivíduos quanto aos seus direitos e cidadania (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; FERREIRA FILHA, DIAS, ANDRADE et al., 2009; BARRETO, 2008; FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2014; BRAGA, DIAS, FERREIRA FILHA et al., 2013).

A TCI é um espaço de partilha de vivências em forma de roda de conversa, onde os participantes encontram acolhimento para falar sobre suas angústias e sofrimentos. O tema trazido é discutido de forma temática e organizada, seguindo os pilares

teóricos: Pensamento Sistêmico, Antropologia Cultural, Teoria da Comunicação, Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência. Durante sua realização, desenvolve as etapas de Acolhimento e uso de dinâmicas de grupo; Escolha do tema a ser discutido; Contextualização; Problematização ou partilha de experiências; e por fim o Encerramento com a conotação positiva (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; FERREIRA FILHA, DIAS, ANDRADE et al., 2009; NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; BARRETO, 2008).

Deste modo configura-se como uma tecnologia de cuidado leve e não invasiva, com forte potencial em produzir um cuidado integral e humanizado, que atenda às necessidades biopsicossociais de saúde, de mulheres que durante o processo reprodutivo vivenciam uma condição de alto risco.

As tecnologias leves e não invasivas vêm sendo cada vez mais usadas na atenção em saúde, uma vez que assistem de forma ampla, contemplando o indivíduo em seus aspectos físicos, psicológicos e sociocultural. Quando se trata de gestação e puerpério, o cuidado é específico, com técnicas invasivas e protocoladas, em muitos casos desnecessárias. Atualmente a literatura baseada em evidência está trazendo a importância da aplicação de tecnologias não invasivas ao cuidado as mulheres na concepção do estudo, entendendo que a maioria da assistência em saúde voltada a elas pode ser realizada de forma leve e humana (NASCIMENTO, 2011; KOERICH, BACKES, SCORTEGAGNA et al., 2006).

Especificamente no contexto do cuidado de enfermagem, que possui um olhar ampliado sobre as necessidades de saúde dos sujeitos, que integrada o estilo de vida, relações socioculturais, e os aspectos subjetivos e biopsicoemocionais destes (ROCHA, SÁ, BRAGA et al., 2013; NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; MELO, RIBEIRO, COSTA et al., 2015; LUCIETTO, RIBEIRO, 2014; FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2014), a TCI representa uma forma de cuidar que reconhece a relevância da integralidade no desenvolvimento de um cuidado humano e de qualidade.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo compreender de que maneira o uso da TCI efetiva-se como um modo de cuidado de enfermagem a gestantes e puérperas hospitalizadas devido a uma gestação de alto risco.

Estudos dessa magnitude estão sendo cada vez mais explorados em virtude da abrangência das necessidades em saúde que estas gestantes apresentam, principalmente pela alta incidência das patologias cardiovasculares. Dentre elas, as síndromes hipertensivas no processo reprodutivo que causam um tempo de internação prolongado devido às complicações características da morbidade e os agravos psicoemocionais decorrentes dela.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, a qual é utilizada para compreensão dos significados que envolvem as falas humanas, pontuando

suas percepções, crenças e representações, de modo que o estudo se aproxima dos métodos da pesquisa de intervenção (MINAYO, 2010). Esta permite mudança de parâmetros no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, fortalecendo o vínculo entre o contexto teórico e social. A intervenção comprova que o pesquisador e o pesquisado, são partes de um mesmo processo, de modo que este método se encaixa ao objetivo proposto da pesquisa (ROCHA, AGUIAR, 2003).

Foi realizada em campo prático, mediante o desenvolvimento da TCI com gestantes e puérperas de alto risco internadas, devido algum comprometimento cardiovascular, na clínica de Ginecologia e Obstetrícia (GO) de um hospital de ensino do município de Cuiabá, Mato Grosso. A participação nas rodas de TCI foi aberta aos acompanhantes e aos profissionais de saúde interessados.

O local escolhido para a realização das rodas de TCI foi uma enfermaria da clínica GO, que dispunha de maior espaço de circulação interna, onde foram dispostas cadeiras entre os leitos e espaços vagos para acompanhantes, profissionais e terapeutas. Foram necessárias algumas adaptações, de modo a trazer dinâmicas mais calmas e delicadas que exigissem menos dos movimentos corporais, devido à condição física de alguns sujeitos da pesquisa.

Os dados foram coletados durante o desenvolvimento das rodas de TCI, previamente agendadas com a enfermeira referência do setor, que aconteceram mensalmente no período de junho a agosto de 2016, com participantes distintos em cada uma delas. Contou-se com dois a três terapeutas que conduziram de acordo com a sistematização da TCI, observaram e registraram aspectos verbais e não verbais dos participantes durante o desenvolvimento das rodas, de modo a completar e enriquecer a coleta de dados juntamente ao uso do gravador de voz.

Após cada roda de TCI, foram realizados registros manuscritos da percepção dos terapeutas em formulário semi-estruturado (Fichas de organização das informações da rodas de TCI) previamente testado e aprovado pelo Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba (MISC - PB). Para definição da amostra, foi utilizado o critério de saturação de dados.

Os dados foram organizados e analisados de forma temática conforme o Protocolo para realização da roda de TCI. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram gestante ou puérperas de alto risco internadas no hospital selecionado para a pesquisa, no período estabelecido para a coleta de dados, e que apresentassem algum comprometimento cardiovascular.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller sob o protocolo 1084012 de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para pesquisas envolvendo seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes, e os mesmos tiveram suas identidades preservadas respeitando o preceito do anonimato. As falas dos sujeitos foram nominadas com a inicial “S” e numeradas de acordo com a ordem de aparição em texto e as falas do terapeuta foram

identificadas com inicial “T” seguindo a mesma lógica numérica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas três rodas de TCI com um total de 27 participantes entre gestantes, puérperas, acompanhantes e profissionais da saúde. Destes, 13 eram mulheres, entre gestantes e puérperas, de alto risco devido há algum comprometimento cardiovascular.

Emergiram um total de sete assuntos para serem discutidos no momento da Escolha do Tema, dos quais, dois foram escolhidos pelos participantes durante a Contextualização e um foi proposto em durante o desenvolvimento de uma roda temática para direcionar o tema abordado pela pesquisa, e desta forma ocorreu à saturação dos dados.

Vale ressaltar, que os temas escolhidos em votação foram desenvolvidos por: puérperas na primeira e segunda roda; uma gestante na terceira. Na etapa da Problematização, surgiram nove diferentes estratégias de enfrentamento e no Encerramento doze expressões de conotação positiva. Segue na figura abaixo, o Protocolo para realização da Terapia Comunitária Integrativa conforme MISC - PB esquematizado em seus conceitos.

Escolha do Tema	Momento que os participantes dispostos a falar expressam brevemente seus sentimentos, angustias, problemas ou sofrimentos. Seguido de eleição do tema.
Contextualização	Participante com tema eleito traz com profundidade sentimentos e emoções sobre o sofrimento. Momento de questionamentos a fim de entender e organizar os sentimentos, proporcionando perspectivas de transformação. Os participantes expressam as estratégias de superação.
Problematização	Momento de explorar as experiências do grupo em vivências semelhantes, trazendo o amparo e resiliência.
Enceramento	Momento de agradecimentos e dinâmicas, o terapeuta promove a conotação positiva, com palavras que valorizem o participante com tema escolhido.

Figura 1. Protocolo para realização da Terapia Comunitária Integrativa segundo a teoria de Adalberto Barreto. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

ESCOLHA DO TEMA E CONTEXTUALIZAÇÃO

1 | **Gestação de alto risco e as complicações do recém-nascido após parto: a separação da mulher da criança**

Sinto dividida em ter alta e deixar meu bebê aqui. (S1)

Na primeira roda, o tema escolhido foi a fala a cima, apontando grande desconforto da puérpera em conviver com este sentimento dúbio e conflituoso entre a alta hospitalar e a internação do Recém-Nascido (RN) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo).

A maioria das mulheres grávidas idealizam o processo reprodutivo livre de intercorrências, sendo finalizado com o nascimento de uma criança saudável que retorna para domicílio ao seu lado. Contudo, em alguns casos, por motivos relacionados à gestação ou não, o RN pode apresentar problemas de saúde, que demandam internação em UTINeo, e a conseqüente separação entre a mulher/família e a criança recém-nascida. Esta situação, mesmo que momentânea gera conflitos e sofrimentos emocionais (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; SANTOS DE CARVALHO, SERAFIM DOS REIS, DIAS, 2007; MONTEIRO, PINHEIRO, ALVES E SOUZA, 2007).

No caso das mulheres com comprometimento cardiovascular que apresentam alguma síndrome hipertensiva, o processo gravídico-puerperal costuma ser mais delicado, com acompanhamento da equipe de saúde mais próximo e específico, podendo requerer à internação prolongada, da mãe e/ou da criança, além da realização de procedimentos invasivos recorrentes, gerando sentimentos de medo, estresse, principalmente relacionados ao RN (LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; SANTOS DE CARVALHO, SERAFIM DOS REIS, DIAS et al., 2007; COSTA, ARAUJO, LIMA, 2014).

Tenho medo de me separar do meu filho, tão pequenino, [...] medo dele não resistir. Porque quando tá aqui dentro, tá bom! A gente cuida, toma remédio e fica bem. [longo suspiro] Agora eu tenho que ir embora e deixar ele aqui [UTI Neo] [expressão facial de tristeza]. (S1).

Esta fala reforça a importância de escuta ativa dos profissionais de saúde que assistem essas mulheres, além de reorientá-las quantos os riscos e benefícios dos procedimentos escolhidos e confortá-las em suas angustias e sofrimentos durante o processo de adoecimento que se encontram.

2 | **Tempo prolongado de internação e ausência de informações precisas do estado de saúde do recém-nascido**

Na segunda roda, o tema foi apresentado por uma puérpera, e relacionava-se ao sentimento de angústia devido a internação prolongada no pós-parto, relacionada à longa espera dos resultados de exames do RN que apresentava-se com diagnóstico de icterícia neonatal. Foi relatado também, sentimentos de descontentamento por falta

de informação médica a respeito do quadro clínico da criança.

Angustuada na espera dos exames [Exame Bilirrubina Total e Frações - BTF] do meu filho [RN] para alta hospitalar [...], ninguém dá resposta para nada, eu fico a espera dos exames e ninguém fala nada [...], aí vai dando aquela angústia, daí em vez de celebrar o filho que nasceu bem ou mal de saúde, eu perco naquele instante, que fico esperando uma resposta sobre meu filho e minha pressão sobe. [pausa, respiração profunda] Vai me angustiando, minha pressão agora só tá dezesseis, dezessete [...]. (S2)

A gestação de alto risco e as possíveis complicações com o RN estabelecem uma situação delicada de saúde para o binômio mãe-filho. Especificamente no caso das gestantes com problemas cardiovasculares relacionados à Pré-eclâmpsia, os RN podem apresentar complicações como a prematuridade, baixo peso ao nascer, morbidades respiratórias, infecções, icterícia, dentre outras intercorrências, que venham necessitar de assistência imediata ao nascimento, intensiva e prolongada diante a expectativa da alta hospitalar (LANSKY, FRICHE, SILVA et al., 2014; AMORIM, 2010).

Nestes casos, é essencial uma atenção diferenciada a puérpera, uma vez que está vivenciando uma fragilidade sentimental relacionada a complicações biopsicoemocionais da morbidade e do medo da perda ou agravamento da condição de saúde da criança. A equipe multiprofissional desempenha um papel importante no acolhimento e deve estar atenta a essas questões, de modo a minimizar angústias, trazendo orientações/elucidações do estado de saúde e estabelecendo escuta atenta aos questionamentos puérpera/família (OLIVEIRA, MADEIRA, 2011; SANTOS DE CARVALHO, SERAFIM DOS REIS, DIAS et al., 2007; MONTEIRO, PINHEIRO, ALVES E SOUZA, 2007; COSTA, ARAUJO, LIMA et al., 2014; BOTTI, GRAMAZIO SOARES, BARATIERI et al., 2014; BRASIL, 2005).

A enfermagem em especial, por sua maior aproximação das gestantes e puérperas hospitalizadas estabelecem um importante ponto de apoio e escuta, sendo referência para questionamentos, que permitem que as mulheres tragam suas aflições para serem trabalhadas em profundidade (ROCHA, SÁ, BRAGA et al., 2013; NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; MELO, RIBEIRO, COSTA et al., 2015; LUCIETTO, RIBEIRO, 2014; FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2014;).

Observou-se, ainda, que outros profissionais, como prestadores de serviços do setor de limpeza, participam da vivência destas mulheres, que muitas vezes recorrem a eles para expor suas angústias e aflições.

As pessoas que me apoiam aqui dentro são os enfermeiros e a senhora da limpeza, eles me dão valor, me ajudam. Ela [senhora da limpeza] sim volta para saber como que tô, me dá uma palavra de ânimo, [...], me ajuda muito (S2).

Estes profissionais diariamente acompanham o sofrimento dessas mulheres desempenhando um papel importante de acolhimento e escuta, e ainda, incentivando com palavras esperançosas o fortalecimento de suas crenças para a recuperação da saúde. Vale à pena considerar que, a procura de profissionais fora da área da saúde

para atender as necessidades de escuta e acolhimento destas mulheres pode estar relacionada à falta de espaço para as demandas emocionais e subjetivas que surgem durante o tempo de internação.

3 | Vivências e as repercussões da gestação de alto risco

Experiência com a gravidez de alto risco [doenças] e o medo. (T)

A terceira roda teve como temática a frase a cima, a qual foi desenvolvida por uma gestante, relacionando o sentimento de medo de ser mãe, como uma experiência nova, primeiro filho, associado à sua inesperada internação por complicações da síndrome hipertensiva gestacional que apresentava.

Sofro com o adoecimento na gestação [...], estou preocupada em ser mãe. (S3)

A gestação como um processo de mudanças e nova etapa da vida, ocasiona sentimentos diversificados relacionado à maternidade. O medo é comum, e se agrava na gestação de alto risco, uma vez que ganha um peso maior em função da delicada relação entre os agravos da morbidade e o relacionamento mãe-filho. Outro fator importante é a idade materna, pois a gestação na adolescência acarreta preocupações com os estudos, distúrbio de imagem, preocupação com uma nova vida (RN) e falta de experiência (SOUZA, ARAÚJO, DANTAS et al., 2007; HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; BRAGA, DIAS, FERREIRA FILHA et al., 2013).

[...] estou internada e minha mãe me acompanha, [...] estou com medo de ser mãe muito nova, de parar minha vida [estudos] de não dar conta da criança aqui [passa a mão na barriga]. Medo da doença, sabe!?! (S3)

Entende-se que os sentimentos de medo e incapacidade trazem reflexões a forma de cuidado a gestantes, que devem ter suas necessidades emocionais acolhidas com a escuta qualificada de suas demandas. O olhar atento a estas, para amplia a forma de cuidar mostrando que as rodas de TCI amenizam o processo saúde-doença das mulheres com este sofrimento, a fim de lidar com a situação e enfrentá-la, compartilhando suas angustias e escutando vivências semelhantes as suas (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; OLIVEIRA, MADEIRA, 2011).

PROBLEMATIZAÇÃO

Neste momento, são traçadas pelos participantes estratégias de enfrentamento aos problemas levantados. Nas três rodas, surgiram diferentes soluções de superação que foram colocadas de forma esquemática pelos 27 participantes das rodas:

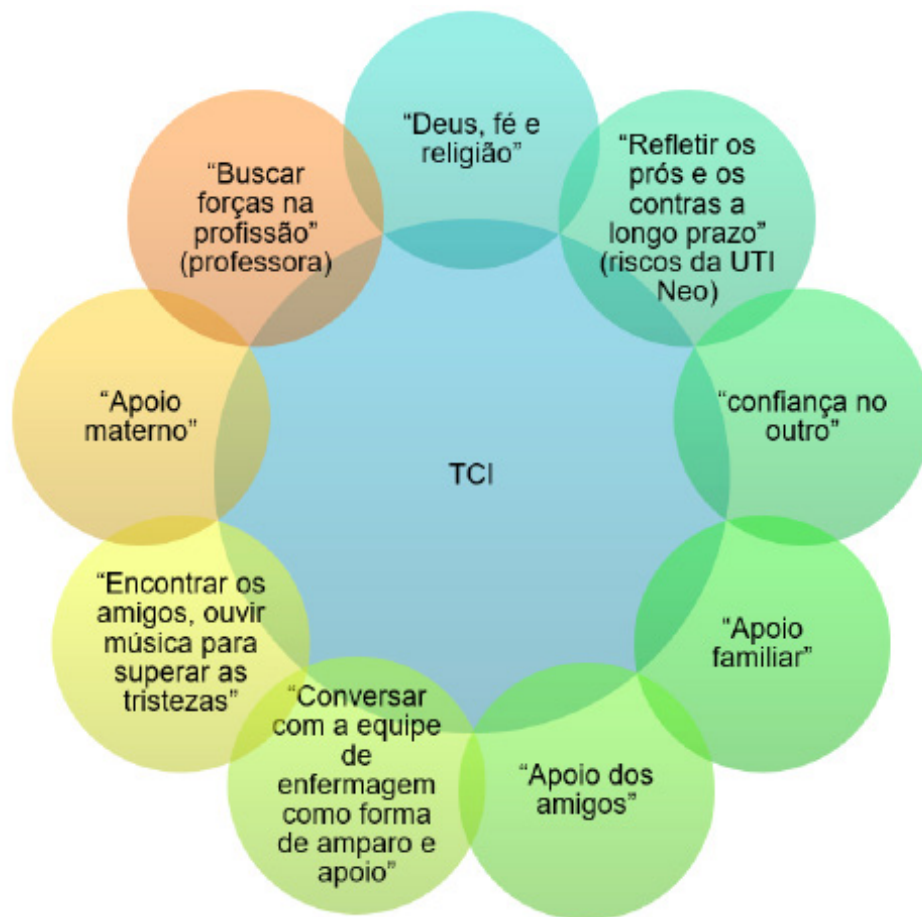


Figura 2. Estratégias de enfrentamento. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Observa-se que a TCI traz de forma circular a disposição das estratégias de enfrentamento, envolvendo e interligando, o que gera uma dependência entre pontos de apoio levantados pelos participantes e fortalece cada expressão. Desta forma, os participantes fazem a resignificação do seu discurso e escutam a significância do outro, ou seja, refletem em novas estratégias de superação para os problemas com a ajuda do grupo que está vivenciando experiências semelhantes (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; FERREIRA FILHA, DIAS, ANDRADE et al., 2009; NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; MELO, RIBEIRO, COSTA et al., 2015; LUCIETTO, RIBEIRO, 2014; BARRETO 2008; FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2014; BRAGA, DIAS, FERREIRA FILHA et al., 2013).

Refletir os prós e os contras a longo prazo [riscos da UTI Neo]. (S1)

Conversar com a equipe de enfermagem como forma de amparo e apoio. (S2)

Apoio materno. (S3)

É importante destacar também, a interrelação da rede de apoio traçada pelas mulheres em interface com sua saúde e adoecimento, em que trazem como significado de superação o entorno social em que estão inseridas. Apontam o contexto familiar, comunitário ou profissional, como pontos estratégicos para o enfrentamento do sofrimento que estão vivenciando na experiência de morbidade e maternidade

(NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; MELO, RIBEIRO, COSTA et al., 2015; LUCIETTO, RIBEIRO, 2014; FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2014).

ENCERRAMENTO

Momento final da TCI em que todos os participantes fazem o ritual de agregação e conotação positiva, apoiando uns aos outros, para enaltecer os participantes na tentativa de minimizar o sofrimento discutido em roda. Observa-se no esquema da Figura 3, que a TCI constrói uma teia de conotações positivas, contempladas nas três rodas, com palavras de forte significado que são compartilhadas entre os participantes de forma circular e unidirecional, uma vez que cada discurso tem seu próprio significado e sentimento de agregação (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007; FERREIRA FILHA, DIAS, ANDRADE et al., 2009; NOGUEIRA, LOPES, LIMA et al., 2014; MELO, RIBEIRO, COSTA et al., 2015; LUCIETTO, RIBEIRO, 2014; BARRETO 2008; FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2014; BRAGA, DIAS, FERREIRA FILHA et al., 2013).



Figura 3: Conotações positivas. Cuiabá, MT, Brasil, 2017

Luta. (S1)

Acolhimento. (S2)

Ser mãe. (S3)

CONCLUSÃO

O uso da TCI no cuidado as mulheres que vivenciam um processo reprodutivo de alto risco, especificamente aquele relacionado ao sistema cardiovascular, que abarca umas das principais causas de morbimortalidade materna dentre elas as Síndromes Hipertensivas Gestacionais, mostrou-se de extrema relevância ao atendimento das necessidades em saúde.

O estudo reforça que esta condição de saúde, quando ligada à gestação, parto e puerpério, gera demandas de cuidados que extrapolam os aspectos físicos. Neste sentido, a TCI mostrou-se como um importante instrumento de trabalho, utilizada como uma tecnologia de cuidado leve que pode ser empregada na promoção e na reabilitação à saúde de gestantes e puérperas de alto risco durante o período de internação. Esta tecnologia do cuidado aponta possíveis superações de dificuldades, diante da busca por soluções dos problemas vivenciados pelo adoecimento e as internações, promovendo a melhoria da assistência em saúde com a integralidade e o cuidado humanizado.

O estudo apontou para a seriedade do cuidado integrado, pontuando a necessidade de repensar em tecnologias não invasivas como forma essencial a recuperação de saúde das mulheres hospitalizadas de alto risco. Promoveu também, cuidado humanizado na problemática trazida por elas proporcionando o reforço do vínculo entre profissional-gestante-puérpera.

Observamos que os participantes atendidos com a TCI sentiram-se acolhidos e amparados em seu sofrimento, demonstrando alívio verbal em compartilhar com o grupo as angustias vivenciadas pelo adoecimento. Vale ressaltar, a importância de adesão deste instrumento ao serviço complexo de saúde, à medida que melhora a situação de saúde deste grupo de risco no que se refere aos aspectos subjetivos e sentimentais.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, o desafio encontrado foi realizar a TCI em ambiente hospitalar e adequar às dinâmicas ao público do estudo, que em sua maioria, apresentava limitações físicas devido a procedimentos cirúrgicos. Soma-se a isto as reformas estruturais da clínica GO durante a coleta de dados. Estes foram prontamente avaliados e superados para o bom desenvolvimento do estudo.

Recomendamos ainda, a continuidade das rodas em meio hospitalar e sua ampliação para outros setores e públicos de forma a abranger outras realidades que permeiam nosso entorno social e profissional, para que a TCI seja um instrumento de apoio coletivo à promoção de saúde mental de seus participantes.

REFERÊNCIAS

AMORIM, N.D.M. **Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceptos.** Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Dissertação. [Internet]. 110 p. 2010.

ASSIS, T.R.; VIANA, F.P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. vol 91, n 1, p. 11-17. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300002&lng=en>.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo.** 3ª ed. revisada e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 408 p. 2008.

BOTTI, M.L.; GRAMAZIO SOARES, L.; BARATIERI, T.; FERREIRA DE LIMA, V. Enfermagem neonatal em cuidados intensivos: o olhar das famílias. **Rev RENE.** [Internet]. vol 15, n 1, p. 12-21. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324030684003_2>.

BRAGA, L.A.V.; DIAS, M.D.; FERREIRA FILHA, M.O.; MORAES, M.N.; ARARUNA, M.H.M.; ROCHA, I.A. Community therapy and resilience: history of women. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.** [Internet]. vol 5, n 1, p. 3453-3471. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2874>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** – 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010; 302 p. – (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

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: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005; 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal. **Rede Cegonha.** Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRITO, K.K.G.; MOURA, J.R.P.; SOUSA, M.J.; VIEIRA DE BRITO, J.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M.J.G.O. The prevalence of hypertensive syndromes particular of pregnancy (GHS). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.** [Internet]. vol 7, n 3, p. 2717-2725. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3749>>.

COSTA, A.L.R.R.; ARAUJO, J.E.; LIMA, J.W.O.; COSTA, F.S. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [Internet]. vol 36, n 1, p. 29-34. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100029&lng=en>.

FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D.; ANDRADE, F.B.; LIMA, E.A.R.; RIBEIRO, F.F.; SILVA, M.S.S. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. vol 11, n 4, p. 964-70. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>>.

FIGUEIRÓ, A.V.M.; RIBEIRO, R.L.R. **A Terapia Comunitária Integrativa: cuidado para a promoção do empoderamento de pessoas que vivenciam anemia falciforme.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2014.

HOLANDA, V.R.; DIAS, M.D.; FERREIRA FILHA, M.O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. vol 9, n 1, p. 79-92. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>>.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; WALL, M.L.; VERONESE, A.M.; ZEFERINO, M.T. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto contexto - enferm.** [Internet]. vol 15, n especial, p. 178-185. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500022&lng=en>.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A.; CARVALHO, M.L. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública.** [Internet]. vol 30, suppl 1, p. 192-207. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700024&lng=en>.

LUCIETTO, G.C.; RIBEIRO, R.L.R. **Terapia Comunitária Integrativa como cuidado de enfermagem em ambulatório de nefrologia pediátrica.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2014. Disponível em <http://ri.ufmt.br/bitstream/1/315/1/DISS_2014_Grasiele%20Cristina%20Lucietto.pdf>.

MELO, S.P.; RIBEIRO, R.L.R.; COSTA, A.L.R.C.; UREL, D.R. Community impact of integrative therapy for renal patients people during session hemodialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.** [Internet]. vol 7, n 2, p. 2200-2214. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2841>>.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONTEIRO, M.A.A.; PINHEIRO, A.K.B.; ALVES E SOUZA, Â.M. Vivência de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Esc. Anna Nery.** [Internet]. vol 11, n 2, p. 276-282. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200014&lng=pt>.

NASCIMENTO, N.M. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender.** Rio de Janeiro. Dissertação [Internet]. 93 p. ilus. 2011.

NOGUEIRA, L.P.T.; LOPES, E.G.; LIMA, A.L.; RIBEIRO, R.L.R. Terapia Comunitária Integrativa como prática de cuidado para estudantes universitários. **Revista Corixó.** vol 1, n 1, p. 34-41. 2014.

OLIVEIRA, V.J.; MADEIRA, A.M.F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery.** [Internet]. vol 15, n 1, p. 103-109. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015&lng=en>.

REISDORFER, S.M.; MADI, J.M.; ROMBALDI, R.L.; BARAZZETTI, D.O.; ARAÚJO, B.F.; PAVAN, G.; VIECCCELLI, C.; JACOBI, R.V. Características clínicas de pacientes obstétricas admitidas em uma Unidade de Tratamento Intensivo Terciária: revisão de dez anos. **Rev. AMRIGS.** vol 57, n 1, p. 26-30. 2013.

ROCHA, I.A.; SÁ, A.N.P.; BRAGA, L.A.V.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D. Terapia Comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Rev Gaúcha Enferm.** vol 34, n 2, p. 155-162. 2013.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.** [online]. vol 23, n, 4, p. 64-73. 2003.

SANTOS DE CARVALHO, A.L.; SERAFIM DOS REIS, A.C.; DIAS, F.R.; ALVES MONTEIRO, M.A.; BEZERRA PINHEIRO, A.K. Sentimentos de puérperas com bebês hospitalizados em unidades

de terapia intensiva neonatal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. **Rev. RENE**. Fortaleza. [Internet]. vol 8, n 1, p. 26-31. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027956004>>.

SOUSA, D.M.N.; MENDES, I.C.; OLIVEIRA, E.T.; CHAGAS, A.C.M.A.; CATUNDA, H.L.O.; ORIÁ, M.O.B. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Revista Enfermagem UERJ**. vol 22, n 4, p. 500-506. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15314>>.

SOUZA, G.M.L.; SILVA, P.M.C.; AZEVEDO, E.B.; FERREIRA FILHA, M.O.; SILVA, V.C.L.; ESPINOLA, L.L. A contribuição da Terapia Comunitária no processo saúde–doença. **Cogitare Enfermagem**. [Internet] vol 16, n 4, p. 682-688. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23030>>.

SOUZA, N.L.; ARAÚJO, A.C.P.F.; DANTAS, A.G.; JERÔNIMO, S.M.B.; BARBOSA, L.M.; SOUSA, N.M.L. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. **Rev. Saúde Pública**. [Internet]. vol 41, n 5, p. 704-710. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020070005000003&lng=en>.

A HIPERTENSÃO ARTERIAL MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO PODE INDUZIR HIPERTENSÃO NA PROLE?

Sonia Regina Jurado

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Programa de Educação Tutorial (PET) em Enfermagem

Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Maria Eduarda Pascoaloto da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Programa de Educação Tutorial (PET) em Enfermagem

Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

RESUMO: A nefrogênese ocorre inteiramente antes do parto e muitos fatores intrauterinos podem ter um impacto no desenvolvimento dos rins. O objetivo do estudo foi analisar o efeito da hipertensão durante a gravidez em glomérulos e microvasculatura dos rins em fetos e neonatos. Foram estudados, no total, nove subgrupos de ratos, alocados em 3 grupos: fetos (20 dias) e recém-nascidos (2 e 15 dias) descendentes de mães normotensas (Controle - C), Ratas Espontaneamente Hipertensos (SHR) e N^w-Nitro-L-Arginine-Methyl Esther (L-NAME). O número de glomérulos foi significativamente menor no grupo L-NAME (2,18±0,82; 2,18±0,73) em comparação com C (2,51±0,83; 2,71±0,79) no 2º e 15º dia, respectivamente. A área glomerular em SHR foi significativamente menor que C no 2º e 15º dia, respectivamente. Espessamento da camada média das arteríolas

foi encontrado em recém-nascidos de mães hipertensas. O enfermeiro precisa conhecer as alterações no ambiente intrauterino e o impacto no desenvolvimento perinatal, pois, a hipertensão arterial materna prejudica o desenvolvimento renal dos descendentes, com diminuição do número de glomérulos renais e possível hipertensão arterial na vida adulta.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Gravidez, Óxido nítrico, Rins, Recém-Nascido.

ABSTRACT: Nephrogenesis occurs entirely before delivery and many intrauterine factors can have an impact on the development of the kidneys. The objective of the study was to analyze the effect of hypertension during pregnancy on glomeruli and microvasculature of the kidneys in fetuses and neonates. Nine subgroups of rats were studied in three groups: fetuses (20 days) and newborns (2 and 15 days) from normotensive mothers (Control-C), Spontaneously Hypertensive Rats (SHR) and N^w-Nitro-L-Arginine-Methyl Esther (NAME). The number of glomeruli was significantly lower in the L-NAME group (2.18 ± 0.82, 2.18 ± 0.73) compared to C (2.51 ± 0.83, 2.71 ± 0.79) on the 2nd and 15th day, respectively. The glomerular area in SHR was significantly lower than C on the 2nd and 15th day, respectively. Thickening of the middle layer of arterioles was found in newborns of hypertensive mothers. The nurse

needs to know the changes in the intrauterine environment and the impact on the perinatal development, since maternal hypertension impairs the renal development of the offspring, with a decrease in the number of renal glomeruli and possible arterial hypertension in adult life.

KEYWORDS: Hypertension, Pregnancy, Nitric Oxide, Kidney, Newborn.

1 | INTRODUÇÃO

Estudos realizados em animais indicam que alterações no ambiente fetal podem afetar o desenvolvimento renal. As condições maternas como hiperglicemia, anemia, exposição à glicocorticóides e privação do sono durante a gravidez causam hipertensão arterial na vida adulta de ratos, que pode ser devido em parte a um déficit no número de glomérulos renais (DODIC *et al.*, 2002; HOLEMANS *et al.*, 2003; THOMAL *et al.*, 2010; WOODS *et al.*, 2001).

No homem e nos roedores, a nefrogênese é completada durante a vida fetal e pós-natal precoce, respectivamente (BERTRAM *et al.*, 2000; HINCHLIFFE *et al.*, 1992). Há evidências de que a restrição do crescimento fetal está associada à nefrogênese prejudicada e ao número reduzido de néfrons maduros no homem e outras espécies (MERLET-BENICHOU *et al.*, 1994; SCHREUDER; NAUTA, 2007; SCHREUDER, 2012). Foi proposto que tal comprometimento do crescimento renal possa contribuir para o aumento da pressão arterial na vida adulta (HINCHLIFFE *et al.*, 1992; SCHREUDER, 2012).

Nesse estudo, nós promovemos a restrição do crescimento fetal por administração de um inibidor da síntese do óxido nítrico (ON), N^w-Nitro-L-Arginine-Methyl Esther (L-NAME), durante a gravidez em ratas para estudar o papel do óxido nítrico durante o desenvolvimento renal. A administração oral de L-NAME provoca hipertensão, proteinúria, trombocitopenia e danos renais em ratas prenhes (MOLNÁR *et al.*, 1994; PODJARNY *et al.*, 2001).

O óxido nítrico é produzido na circulação fetal humana, contribuindo para o controle do tônus vascular (DIKET *et al.*, 1994; KILIÇ *et al.*, 2003). Além disso, o óxido nítrico mostrou-se envolvido no remodelamento vascular pós-desenvolvimento e angiogênese, bem como na formação de membros, septação atrioventricular, desenvolvimento pulmonar e cerebral (FENG *et al.*, 2002; HELFER *et al.*, 2001; PEUNOVA *et al.*, 2001; YOUNG *et al.*, 2002).

O objetivo do presente estudo foi determinar o efeito da hipertensão materna durante a gravidez na morfologia renal de fetos e recém-natos e comparar as alterações da morfologia renal entre os fetos e os recém-nascidos de ratas normotensas e hipertensas (L-NAME e Espontaneamente Ratas Hipertensas – SHR).

2 | METODOLOGIA

Trinta fêmeas de ratas Wistar de 14-16 semanas de idade e quinze SHRs com peso corporal de 200-250 g foram acasaladas com ratos machos. As ratas Wistar foram aleatoriamente alocadas em grupo Controle e grupo L-NAME (N^w-Nitro-L-Arginine Methyl Ester).

Os animais L-NAME receberam o inibidor da ON sintetase (cloridrato, L-NAME, Sigma, St Louis, MO, lote 70H7703) na água potável (12 mg/dia/rato) durante a gravidez (21 dias). A pressão arterial das ratas foi avaliada pela pletismografia da cauda no início e no final da gestação. Os fetos e neonatos dos grupos controle, L-NAME e SHR foram separados em três grupos etários de cinco cada: 20 dias pós-concepção, 2 e 15 dias pós-parto.

Foi usado apenas um animal escolhido aleatoriamente por ninhada. Eles foram sacrificados sob anestesia de pentobarbital. Os animais tiveram o peso corporal e o comprimento vértice-cóccix aferidos bem como os rins foram pesados. Todos os procedimentos e protocolos experimentais foram aprovados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Os rins inteiros de todos os animais estudados foram fixados em formalina 10% tamponada e embebidos em parafina. Foram realizados cortes histológicos de 5 mm em micrótomo rotativo e posteriormente corados. A morfometria foi realizada com um sistema computacional Pro-Plus (Media Cybernetics, EUA) em secções histológicas dos rins nos três diferentes idades.

Todos os glomérulos presentes em cada corte histológico foram contados e a área total de cada um foi calculada. As medidas foram realizadas em aumento de 40x com uma área unitária de 3,35 mm².

Além disso, a microvasculatura renal foi medida em cinco secções de cada rim. Foram estudados vasos renais com diâmetro externo inferior a 25 µm. As seguintes variáveis foram avaliadas para cada vaso sanguíneo: área total do vaso, área da parede do vaso, área do lúmen do vaso, relação parede/lúmen (a área da parede do vaso dividida pela área do lúmen dos vasos sanguíneos), diâmetros mínimos e máximos, e perímetro externo.

Na quantificação morfométrica, foram excluídos os vasos sanguíneos resultantes de cortes longitudinais e oblíquos, e apenas os vasos arredondados (diâmetro mínimo/diâmetro máximo > 0,60) foram estudados.

As comparações da pressão arterial materna, comprimento fetal e neonatal, peso corporal e renal e peso renal relativo foram realizados por *one-way* ANOVA. As comparações da relação parede/lúmen, área total do vaso, área da parede do vaso, área do lúmen do vaso, número e área dos glomérulos foram realizadas por *two-way* ANOVA, seguidos pelos testes de comparação múltipla. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

3 | RESULTADOS

As ratas grávidas L-NAME e SHR apresentaram maior pressão arterial ($p < 0,001$) quando comparadas às ratas normotensas.

Conforme descrito na Tabela 1, os pesos dos rins dos fetos e recém-nascidos L-NAME foram menores que os controles, exceto com 15 dias de idade. O peso renal dos neonatos SHR diminuiu significativamente em comparação com os grupos controles aos 2 e 15 dias de idade ($p < 0,01$ e $p < 0,05$, respectivamente).

Os fetos e neonatos SHR e L-NAME foram significativamente menores e menos pesados do que os controles, com exceção de L-NAME aos 15 dias de idade, que foram maiores que os controles.

		V-C (mm)	Peso corporal (g)	Peso renal (g)
Fetos	Controle	3,222 ± 0,048	2,815 ± 0,248	0,011 ± 0,002
	L-NAME	2,972 ± 0,036*	2,138 ± 0,267*	0,008 ± 0,003
	SHR	2,958 ± 0,086*	2,092 ± 0,105*	0,013 ± 0,002
2 dias	Controle	4,886 ± 0,112	8,114 ± 0,440	0,062 ± 0,008
	L-NAME	4,370 ± 0,077*	6,463 ± 0,312*	0,037 ± 0,002*
	SHR	4,290 ± 0,318*	6,550 ± 0,265*	0,048 ± 0,009*
15 dias	Controle	6,898 ± 0,136	29,832 ± 1,315	0,170 ± 0,006
	L-NAME	7,466 ± 0,192*	27,906 ± 2,424	0,203 ± 0,026*
	SHR	6,198 ± 0,050*	17,192 ± 0,495*	0,120 ± 0,010*

Tabela 1. Comprimento vértice-cóccix (V-C), peso corporal e peso renal de fetos e recém-natos de 2 e 15 dias dos grupos Controle, L-NAME e SRH.

Valores expressos como média ± erro padrão; n = 5 animais por grupo.

* $p < 0,05$ vs controle *one-way* ANOVA, seguido do teste de comparações múltiplas.

A área dos glomérulos foi diferente entre os grupos para todas as idades estudadas (Tabela 2).

		Nº de Glomérulos/ 3,35 mm ²	Área do Glomérulo mm ²
Fetos	Controle	1,55 ± 0,71**	2,09 ± 0,70
	L-NAME	1,88 ± 0,91**	2,48 ± 0,60
	SHR	1,78 ± 0,80**	2,49 ± 0,59
2 dias	Controle	2,51 ± 0,83	1,83 ± 0,62
	L-NAME	2,18 ± 0,82**	1,80 ± 0,46#
	SHR	2,31 ± 0,81#	1,70 ± 0,47**
15 dias	Controle	2,71 ± 0,79	2,17 ± 0,61
	L-NAME	2,18 ± 0,73**	1,91 ± 0,44#
	SHR	2,53 ± 0,80	1,53 ± 0,42**

Tabela 2. Número e área dos glomérulos renais de fetos e recém-nascidos com 2 e 15 dias dos

grupos Controle, L-NAME e SHR.

Valores expressos como média \pm erro padrão; n = 5 animais por grupo.

Médias do número de glomérulos foram significativamente diferentes. *p < 0,05 vs C2, #p < 0,05 vs C15.

Médias da área dos glomérulos foram significativamente diferentes. *p < 0,05 vs C2, #p < 0,05 vs C15.

O número de glomérulos foi determinado no 20º dia de gestação e no 2º e 15º dia de idade. A exposição ao L-NAME, ao longo da gestação, promoveu um aumento do número de glomérulos no dia 20º dia, assim como os fetos SHR apresentaram maior número de glomérulos em relação aos controles. Em recém-nascidos L-NAME e SHR de 2 dias, o número de glomérulos foi reduzido em relação aos controles, mas esta diminuição foi estatisticamente diferente apenas em animais L-NAME aos 2 e 15 dias (Tabela 2).

Uma diferença significativa foi encontrada na relação parede/lúmen das arteríolas entre os grupos de recém-nascidos L-NAME, SHR e Controle aos 2 dias de idade. No entanto, houve espessamento significativo da camada média dos vasos nos grupos L-NAME e SHR aos 2 dias e em L-NAME aos 15 dias (Figura 1).

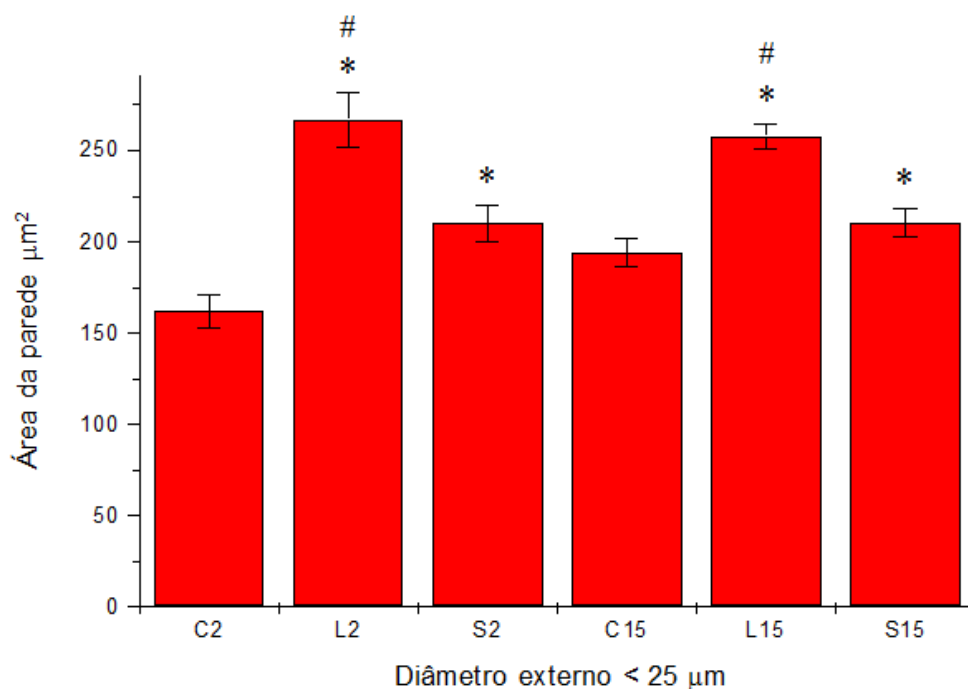


Figura 1. Gráfico da área da parede das artérias renais com diâmetro externo < 25 mm.

*p < 0,05 vs C2. #p < 0,05 vs C15 two-way ANOVA, seguido por testes de comparações múltiplas.

4 | DISCUSSÃO

O rim fetal parece ser extremamente vulnerável aos efeitos do retardo do crescimento (ROY-CLAVEL *et al.*, 1999). Estudos de recém-nascidos humanos com

retardo do crescimento indicam que os rins são desproporcionalmente afetados em relação aos outros órgãos (KONJE *et al.*, 1996; WINTOUR, 2003).

Este estudo demonstrou que a hipertensão materna durante a gravidez resulta em redução do peso ao nascimento e uma diminuição da área e número de glomérulos. Possivelmente, os fatores do ambiente perinatal que suprimem a síntese de óxido nítrico e/ou Sistema Renina e Angiotensina (RAS) durante o desenvolvimento de fetos e recém-nascidos de ratos conduzem ao desenvolvimento renal prejudicado e menos glomérulos na prole, levando a uma hipertensão na vida adulta. Isso poderia fornecer uma ligação entre os fatores ambientais da mãe, particularmente, a inibição do óxido nítrico e o desenvolvimento da hipertensão na idade adulta.

Os resultados do presente estudo podem ter algumas implicações importantes para a origem da hipertensão humana. Isso indica que fatores no ambiente materno durante a gravidez pode aumentar o risco de doença hipertensiva na prole. Vários modelos de animais que investigam esse fenômeno já foram estudados, incluindo restrição proteica na dieta ou restrição alimentar global, comprometimento da circulação uterina ou placentária, bloqueio perinatal do sistema renina-angiotensina (RAS) e maior exposição a glicocorticóides maternos, todos eles levando a hipertensão na prole (BENEDIKTSSON *et al.*, 1993; WOODS *et al.*, 2001; WOODS; RASCH, 1998).

O número reduzido e o menor tamanho dos glomérulos encontrados nos recém-natos dos grupos L-NAME e SHR podem predispor os indivíduos ao desenvolvimento de doença renal progressiva. Os rins com números inferiores de glomérulos mantêm suas funções hemodinâmicas e excretoras através de um aumento da resistência vascular local e da pressão glomerular. O aumento da pressão dentro dos glomérulos pode desencadear a conduta em cascata para uma deterioração progressiva e perda dos néfrons (LANGLEY-EVANS, 2001).

O óxido nítrico é produzido no rim e desempenha um papel importante no controle de muitos processos intra-renais que regulam a resposta renal às mudanças na pressão de perfusão e, portanto, ajudam a determinar o volume vascular sistêmico e a pressão sanguínea (REES *et al.*, 1989). Estudos têm demonstrado que certos modelos animais de hipertensão genética e formas de hipertensão humana estão associados a uma diminuição da síntese de ON (MONCADA; HIGGS, 1993; SOLHAUG *et al.*, 2000).

Nossos resultados demonstraram que a inibição crônica da síntese de ON com L-NAME durante a gravidez estava associada a alterações estruturais neonatais de microvasos renais (espessamento da média). A patogênese da remodelação microvascular em nosso modelo envolve pelo menos duas possibilidades: (1) respostas adaptativas à hipertensão arterial materna e (2) aumento da produção de fatores de promoção de crescimento ou mitogênicos devido à diminuição da síntese de ON.

O ON pode inibir a proliferação do músculo liso vascular *in vivo* e *in vitro* (BUSSE; FLEMING, 1995). A inibição da síntese de ON regula a síntese de fatores de crescimento, tais como, fatores de crescimento derivados de plaquetas. É provável, portanto, que os efeitos do L-NAME na remodelação microvascular foram devidos à

inibição da ação anti-proliferante do ON. A administração crônica de L-NAME pode aumentar a atividade simpática, o que pode contribuir para o remodelamento vascular (NUMAGUCHI *et al.*, 1995). Sakuma *et al.* (1992) mostraram que a atividade do nervo simpático renal aumentou após a administração de L-NAME. A remodelação vascular renal devido à inibição da síntese de ON também pode ocorrer por ativação do RAS local/sistêmico.

No presente estudo, demonstramos um aumento da espessura da camada média da microvasculatura renal em recém-natos L-NAME e SHR aos 2 e 15 dias. No entanto, a relação da parede/lúmen aumentou significativamente nos grupos L-NAME e SHR apenas aos 2 dias. Provavelmente, a semelhança da relação parede/lúmen das arteríolas renais entre os grupos aos 15 dias pode ser temporária.

Os filhotes SHR têm concentrações significativamente maiores de renina do que os filhotes Wistar-Kyoto desde o nascimento até o início da terceira semana pós-natal, bem como o aumento da expressão do RNAm para o angiotensinogênico (GOMEZ *et al.*, 1988). A consequência dessa regulação da atividade de RAS no filhote de SHR pode ser devido às alterações abruptas na hemodinâmica renal. A concentração elevada de renina no SHR está relacionada ao aumento da resistência vascular renal e, portanto, a uma redução do fluxo sanguíneo renal e taxa de filtração glomerular.

A restrição do crescimento intrauterino pela inibição do óxido nítrico durante a gravidez está associada a uma diminuição no número e tamanho dos glomérulos e remodelação microvascular. Este estudo apoia a hipótese de que a inibição do óxido nítrico durante a gravidez pode estar ligada a alterações estruturais no rim que, potencialmente, levam à hipertensão na vida adulta.

5 | CONCLUSÃO

O enfermeiro precisa conhecer as alterações no ambiente intrauterino e o impacto no desenvolvimento perinatal, especialmente, a hipertensão na gravidez. Nesse sentido, deve traçar estratégias do controle da hipertensão materna durante a gestação a fim de garantir a saúde do feto e recém-nascido, pois, a hipertensão materna prejudica o desenvolvimento renal com diminuição do número de glomérulos renais e, possivelmente, hipertensão arterial dos descendentes, na vida adulta, como demonstrado nos modelos em animais.

REFERÊNCIAS

BENEDIKTSSON, R.; LINDSAY, R. S.; NOBLE, J.; SECKL, J. R.; EDWARDS, C. R. Glucocorticoid exposure in utero: new model for adult hypertension. *Lancet*, v. 341, n. 8841, p. 339-341, 1993.

BERTRAM, J. F; YOUNG, R. J.; SPENCER, K.; GORDON, I. Quantitative analysis of the developing rat kidney: absolute and relative volumes and growth curves. *The Anatomical Record*, v. 258, n. 2, p. 128-135, 2000.

BUSSE, R.; FLEMING, I. Regulation and functional consequences of endothelial nitric oxide production. **Annals of Medicine**, v. 27, n. 3, p. 331-340, 1995.

DIKET, A. L. *et al.* Nitric oxide inhibition causes intrauterine growth retardation and hind-limb disruptions in rats. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 171, n. 5, p. 243-250, 1994.

DODIC, M. *et al.* Programming effects of short prenatal exposure to cortisol. **The FASEB Journal**, v. 16, n. 9, p. 1017-1026, 2002.

FENG, Q. *et al.* Development of heart failure and congenital septal defects in mice lacking endothelial nitric oxide. **Circulation**, v. 106, n. 7, p. 873-879, 2002.

GOMEZ, R. A. *et al.* Renin and angiotensinogen gene expression in maturing rat kidney. **American Journal of Physiology**, v. 254, p. 582-587, 1988.

HEFLER, L. A.; REYES, C. A.; O'BRIEN, W. E.; GREGG, A. R. Perinatal development of endothelial nitric oxide synthase-deficient mice. **Biology of Reproduction**, v. 64, n. 2, p. 666-673, 2001.

HINCHLIFFE, S. A.; LIYNCH, M. R.; SARGENT, P. H.; HOWARD, C. V.; VAN VLEZEN D. The effect of intrauterine growth retardation on the development of renal nephrons. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 99, n. 4, p. 296-301, 1992.

HOLEMANS, K.; AERTS, L.; VAN ASSCHE, F. A. Fetal growth restriction and consequences for the offspring in animal models. **Journal of the Society for Gynecologic Investigation**, v. 10, n. 7, p. 392-393, 2003.

KILIÇ, I.; GÜVEN, C.; KILINÇ, K. Effect of maternal N^G-nitro-L-arginine administration on fetal growth and hypoxia-induced changes in newborns rats. **Pediatric International**, v. 45, n. 4, 375-378, 2003.

KONJE, J. C.; BELL, S. C.; MORTON, J. J., DE CHAZAL R.; TAYLOR, D. J. Human fetal kidney morphometry during gestation and the relationship between weight, kidney morphometry and plasma active renin concentration at birth. **Clinical Science (London)**, v. 91, n. 2, p. 169-175, 1996.

LANGLEY-EVANS, S. C. Fetal programming of cardiovascular function through exposure to maternal undernutrition. **The Proceedings of the Nutrition Society**, v. 60, n. 4, p. 505-513, 2001.

MERLET-BENICHO, C.; GILBERT, T.; MUFFAT-JOLY, M.; LELIÈVRE-PEGORIER, M.; LEROY, B. Intrauterine growth retardation leads to a permanent nephron deficit in the rat. **Pediatric Nephrology**, v. 8, n. 2, p. 175-180, 1994.

MOLNÁR, M.; SÜTÖ, T.; TÓTH, T.; HERTELENDY, F. Prolonged blockade of nitric oxide synthase in gravid rats produces sustained hypertension, proteinuria, thrombocytopenia, and intrauterine growth retardation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 170, p. 1458-1466, 1994.

MONCADA, S.; HIGGS, A. The L-arginine-nitric oxide pathway. **The New England Journal of Medicine**, v. 329, n. 27, p. 2002-2012, 1993.

NUMAGUCHI, K. *et al.* Chronic inhibition of nitric oxide synthesis causes coronary microvascular remodeling in rats. **Hypertension**, v. 26, p. 957-962, 1995.

PEUNOVA, N.; SCHEINKER, V.; CLINE, H.; ENIKOLOPOV, G. Nitric oxide is an essential negative regulator of cell proliferation in *Xenopus* brain. **Journal of Neuroscience**, v. 21, n. 22, p. 8809-8818, 2001.

PODJARNY, E.; BENCHETRIT, S.; KATZ, B.; BERNHEIM, J. Effect of methyl dopa on renal function in

rats with L-NAME-induced hypertension in pregnancy. **Nephron**, v. 88, n. 4, p. 354-359, 2001.

REES, D. D.; PALMER, R. M.; MONCADA, S. Role of endothelium-derived nitric oxide in the regulation of blood pressure. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 86, n. 9, p. 3375-3378, 1989.

ROY-CLAVEL, E.; PICARD, S.; ST-LOUIS, J.; BROCHU, M. Induction of intrauterine growth restriction with a low sodium diet fed to pregnant rats. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 180, p. 608-613, 1993.

SAKUMA, I. *et al.* N^G-Methyl-L-arginine-derived nitric oxide synthesis, stimulates renal sympathetic nerve activity in vivo: a role for nitric oxide in the central regulation of sympathetic tone? **Circulation Research**, v. 70, n. 3, p. 607-611, 1992.

SCHREUDER, M. F. Safety in glomerular numbers. **Pediatric Nephrology**, v. 27, n. 10, p. 1881-1887, 2012.

SCHREUDER, M.F.; NAUTA, J. Prenatal programming of nephron number and blood pressure. **Kidney International**, n. 72, n. 3, p. 265-268, 2007.

SOLHAUG, M. J.; DONG, X. Q.; ADELMAN, R. D.; DONG, K. W. Ontogeny of neuronal nitric oxide synthase, NOS1, in the developing porcine kidney. **American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology**, v. 278, v. 6, p. 1453-1459, 2000.

THOMAL, J. T. *et al.* Sleep restriction during pregnancy: hypertension and renal abnormalities in young offspring rats. **SLEEP**, v. 33, n. 10, p.1357-1362, 2010.

WINTOUR, E. M. *et al.* Programming the cardiovascular system, kidney and the brain – a review. **Placenta**, v. 24, p. S65-S71, 2003.

WOODS, L. L.; INGELFINGER, J. R.; NYENGAARD, J. R.; RASCH, R. Maternal protein restriction suppresses the newborn renin-angiotensin system and programs adult hypertension in rats. **Pediatric Research**, v. 49, n. 4, p. 460-467, 2001.

WOODS, L. L.; RASCH, R. Perinatal Ang II programs adult blood pressure, glomerular number, and renal function in rats. **American Journal of Physiology**, v. 275, p. 1593-1599, 1998.

YOUNG, S. L.; EVANS, K.; EU, J. P. Pre-and post-natal lung development, maturation, and plasticity nitric oxide modulates branching morphogenesis in fetal rat lung explants. **American Journal of Physiology. Lung Cellular and Molecular Physiology**, v. 282, n. 3, p. 379-385, 2002.

SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (SHEG): FATORES DE RISCO DURANTE O CICLO GRAVÍTICO PUERPERAL

Lizandra Leal De Sousa

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Jessica Karine Baginski

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Danielly Souza Simão

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Larissa Inajosa De Moraes

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Alessandra Inajosa Lobato

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

RESUMO: Introdução: A síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG) ou pré-eclâmpsia é a entidade mais importante daquelas que se manifestam ou se agravam durante a evolução do ciclo grávido puerperal. Objetivo: Evidenciar através das literaturas o cenário da SHEG no Brasil. Identificar a Enfermagem no contexto da prevenção durante o pré-natal. Métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados SCIELO, BDEFN, LILACS com busca através dos descritores: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, complicações na gravidez. Resultados: As síndromes hipertensivas da

gravidez, nos países desenvolvidos, ocorrem entre 2% e 8% das gestações, podendo, no Brasil, chegar a 30%, representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no Brasil. O Ministério da Saúde ressalta que a SHEG acomete mais as primigestas e mulheres com história pessoal e/ou familiar de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, com gestação gemelar, doença cardiovascular pré-existente, hipertensão, nefropatia, lúpus e diabetes. Conclusão: É notório a importância da equipe de Enfermagem preparada para atuação eficaz durante o pré-natal, manejos intervencionistas mais seguros em relação às mães e seus conceitos, o que evitaria a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Contribuições para enfermagem: faz-se necessário o acompanhamento da puérpera durante o pré-natal pelo enfermeiro para que venha descobrir e evitar o mais breve possível, avaliar os fatores de risco com intuito de planejar a conduta necessária para que não ocorra o agravo do estado puerperal.

PALAVRAS-CHAVE: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, complicações na gravidez.

ABSTRACT: Introduction: Pregnancy-specific hypertension syndrome (SHEG) or pre-eclampsia is the most important entity of those that manifest or worsen during the evolution of the puerperal pregnancy cycle. Objective: To

show through the literatures the scenario of SHEG in Brazil. Identify Nursing in the context of prevention during prenatal care. Methods: This is a bibliographic review using the databases SCIELO, BDNF, LILACS with search through the descriptors: pre-eclampsia, eclampsia, complications in pregnancy. Results: Pregnancy hypertensive syndromes in developed countries occur between 2% and 8% of pregnancies, which in Brazil can reach 30%, representing the third cause of maternal death in the world and the main cause of maternal death in Brazil. The Ministry of Health points out that SHEG affects more primigravida and women with a personal and / or family history of pre-eclampsia and / or eclampsia, with twin pregnancy, pre-existing cardiovascular disease, hypertension, nephropathy, lupus and diabetes. Conclusion: It is notorious the importance of the Nursing team prepared for effective performance during prenatal care, safer interventions in relation to mothers and their concepts, which would prevent pre-eclampsia and eclampsia. Nursing contributions: It is necessary to follow up the puerperal during the prenatal period by the nurse so that she discovers and avoid as soon as possible, to evaluate the risk factors with the intention of planning the necessary conduct so that the condition does not occur puerperal.

KEYWORDS: pre-eclampsia, eclampsia, complications in pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG) ou pré-eclâmpsia é a entidade mais importante daquelas que se manifestam ou se agravam durante a evolução do ciclo grávido puerperal. Associam-se a ela altos índices de morbiletalidade materna e fetal (NEME; ALVES, 2010).

Segundo Moura et al (2010) “A maioria das gestações transcorre sem intercorrências, caracterizando-se como um período de higridez da mãe e do concepto. Entretanto, parte das gestantes pode apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a SHEG”.

Esta síndrome caracteriza-se por hipertensão arterial, acompanhada de proteinúria e/ou edema. Seu diagnóstico é feito por volta da 24^a semana gestacional. É classificada em duas formas básicas:

Pré-eclâmpsia, forma não convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20^a semana de gestação; e eclampsia que é um distúrbio hipertensivo gestacional caracterizado pelos episódios convulsivos consequentes aos efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (ANGONESI; POLATO, 2007).

A hipertensão arterial em gestantes caracteriza-se pela presença de pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e/ou diastólica de 90mmHg ou mais, em duas aferições com intervalo de quatro horas, ou a presença de pressão arterial diastólica de 110mmHg em uma única medida (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005; LIMA, 2006).

Autores afirmam que os fatores de risco da SHEG podem ser divididos em fatores intrínsecos ou obstétricos e fatores extrínsecos ou não obstétricos. Dentre estes,

podem se destacar o nível sócio-econômico da gestante, constituição física, raça, idade materna, hereditariedade, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Já os fatores extrínsecos ou obstétricos englobam a paridade, a presença de mola hidatiforme, gravidez múltipla e polidrâmnio e isoimunização Rh (FREITAS, et al., 2006)

Nos últimos anos, a pré-eclâmpsia continua sendo uma síndrome que leva a graves repercussões maternas e fetais, conhecendo-se muito pouco a respeito de sua etiologia. Várias teorias foram propostas na tentativa de compreender o quadro clínico (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010).

Tendo em concepção a alarmante preocupação com a morbidade e mortalidade materna e fetal causada pela SHEG, objetivou-se evidenciar com o presente estudo através das literaturas os fatores de risco que influenciam na ocorrência desta síndrome hipertensiva durante o ciclo gravítico puerperal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que de acordo com Marconi e Lakatos (2006) é uma pesquisa realizada em documento ou fontes secundárias, envolvendo toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo. Na pesquisa bibliográfica, a fonte das informações está sempre na forma de documentos, escritos, podendo está impressos ou, depositados em meios magnéticos ou eletrônicos.

O levantamento bibliográfico se deu através das bases de dados: SciElo (Scidentific Eletrônica Library Online), Bdenf (Bancos de Dados em Enfermagem), Lilacs (Bases de Dados da Literatura Latino Americana, em Ciências de Saúde). No entanto, foi realizado o levantamento das publicações científicas relacionado à SHEG. Foram selecionados artigos nacionais e internacionais publicados entre os anos de 2005 a 2012, dentre o levantamento bibliográfico também foram utilizados manuais relacionados a SHEG. Durante a análise dos artigos filtrados nas bases de dados foram selecionadas vinte e quatro literaturas que citavam SHEG, durante a leitura minuciosa realizada dos resumos foram selecionados dezessete para citação neste artigo, dentre estes três artigos selecionados foram publicados em inglês. Os descritores utilizados durante a pesquisa foram: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, complicações na gravidez.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse contexto foi possível observar a importância e o olhar diferenciado que se dá para SHEG, pois as intervenções e prevenções podem mudar um cenário tão temido pelas puérperas.

As síndromes hipertensivas da gravidez, nos países desenvolvidos, ocorrem entre 2% e 8% das gestações, podendo, no Brasil, chegar a 30%, representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no Brasil (SOUZA, et al., 2010).

A etiologia da HA durante a gravidez é descrita por muitos estudiosos como desconhecida, mas alguns fatores exercem certa influência na ocorrência destes agravos, como:

Primigestação, nuliparidade, gemelaridade, antecedentes pessoais e familiares de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, história de síndrome hipertensiva em gestações prévias, presença de HA, neuropatia, lúpus ou diabetes, gestação nos extremos de idade e paternidade diversa, são conhecidos como fatores de risco para ocorrência e agravamento da SHEG (BORN, 2007).

As condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que, essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais. Nos estudos realizados por Moura et al (2010) com portadoras de hipertensão constata-se a interrelação de situações estressantes e de fortes emoções com hipertensão arterial, sendo os principais estressores das condições financeiras precárias.

Segundo Silva et al (2010) “O nível educacional dificulta o relacionamento do profissional de saúde e a gestante, e pode levar a uma menor aderência às condutas preventivas e de controle dos agravos à saúde.

Para o mesmo autor a baixa renda pode levar a uma dificuldade maior no acesso à assistência por um serviço de saúde adequado. Estas informações são importantes, inclusive na análise das condições de vida, bem como para a tomada de decisões políticas em relação à saúde da população (SILVA, et al., 2010).

Os estados hipertensivos da gestação foram classificados pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas em três categorias principais. (1) hipertensão induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); (2) hipertensão crônica antecedendo à gestação; e (3) hipertensão crônica com toxemia superposta (YE, et al., 2010).

O Ministério da Saúde (2014) classifica as síndromes hipertensivas da gravidez como: Hipertensão crônica (observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação), pré-eclâmpsia/ eclâmpsia (hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal, acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto), pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica (pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal), e hipertensão gestacional (sem proteinúria).

De acordo com Peracoli e Parpinelli (2005) “Em 20-50% das pacientes com hipertensão gestacional há progressão para pré-eclâmpsia (...) No Brasil, a exemplo de outros países, as taxas de cesariana também são elevadas, variando de 55 a 85%, de acordo com o tipo e gravidade da hipertensão arterial. A pré-eclâmpsia é o tipo de hipertensão que determina o mais alto índice de cesariana, ou seja, aproximadamente 55% e seguida da hipertensão gestacional (9%).

Observando alguns estudos através das literaturas é notório alguns fatores de risco específicos serem mais prevalentes em algumas regiões do Brasil, os principais fatores mais citados foram: a idade, histórico de hipertensão em gestações

anteriores, primigestas, condições sociais, econômicas, antecedentes familiares, baixa escolaridade, etc.

Diante deste cenário é preocupante a quantidade de fatores que influenciam e que acabam dificultando a identificação de uma causa específica, porém podemos ressaltar o quão importante se faz necessário o olhar diferenciado para esta clientela pelos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, para que obtenham êxito e possam contribuir para diminuição desta complicação que ainda é muito prevalente no Brasil.

4 | CONCLUSÃO

Os fatores de risco condicionantes são muito relevantes, levando em consideração aos processos desencadeadores da SHEG, o tema é muito debatido entre os autores através das literaturas, porém sua etiologia ainda é um contexto que não tem uma causa específica, o que significa que para conseguir sistematizar os cuidados deve-se abranger estratégias múltiplas que consigam alcançar todos os motivos causais, evitando que o parto seja a única opção de intervenção diante desta síndrome, fazendo com que a gestante consiga ter um ciclo gravídico de qualidade, que, no entanto, nesta questão pode-se incluir a importância do acompanhamento durante o pré-natal, fazer todas as consultas necessárias, e o ponto mais importante é fazer consultas com qualidade para que as possíveis complicações possam ser diagnosticadas o mais precoce possível para que se tenha o controle e fazer as devidas intervenções e orientações para prevenir a hipertensão.

5 | CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Faz-se necessário o acompanhamento da puérpera durante o pré-natal pelo enfermeiro para que venha descobrir e evitar o mais breve possível, toda uma avaliação deve ser realizada e considerar os fatores de risco um ponto crucial para que se faça a conduta necessária em prol de não se agravar o estado da puerpera.

A atuação do enfermeiro é de extrema importância na assistência e no encaminhamento desta gestante e na orientação a sua família. A prestação de um acolhimento humanizado, demonstrando conhecimento e sensibilidade, apoio e orientação devem ser fatores cruciais neste novo caminho que esta família irá trilhar, pois o desconhecido aumenta a ansiedade e prejudica o andamento de qualquer tratamento, então se tem a necessidade da assistência prestada ser eficaz (SOUZA, et al., 2011)

REFERENCIAS

- ANGONESI, J; POLATO, A. **Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), incidência à evolução para Síndrome de HELLP**. Rev Bras Anal Clin.2007; 39(4):243-5
- BORN, D. **Hipertensão em situações especiais na gravidez**. In: Póvoa R. Hipertensão arterial na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2007. p.87-96.
- FREITAS, F et al. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006
- GONÇALVES, R; FERNANDES, RAQ; SOBRAL DH. **Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo**. Rev Brasil Enfermagem. 2005; 58(1):61-4.
- LIMA, SHM. **Associação entre distúrbios respiratórios do sono e pré-eclampsia**. [dissertação]. Brasília: Pós-graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina; 2006.
- MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**—5nd ed.—Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [cited 2014 mar 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- MOURA, E.R.F. et al. **Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia**. Cogitare Enfermagem, vol. 15, núm. 2, pp. 250-255, abril-junho, 2010
- NEME B, ALVES EA. Obstetrícia Básica. In: Neme B, editor. **Doença hipertensiva específica da gestação: eclâmpsia**. 3 ed. São Paulo: Sarvier; 2006
- NORONHA NETO, C., SOUZA A.S.R., AMORIM M.M.R. **tratamento de pré-eclampsia baseado em evidências**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 32(9):459-68, 2010.
- PERACOLI JC, PARPINELLI MA. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(10): 627-34.
- SECRETARIA DA SAÚDE (SÃO PAULO). Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: Secretaria da Saúde de São Paulo; 2010
- SILVA, MP, et al. **Avaliação das condutas de prevenção da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez entre adolescentes**. Rev Rene Fortaleza. 2010; 11(4):57-65
- SOUZA, A.R, et al. **Tratamento anti-hipertensivo na gravidez**. *Acta Med Port*. v.23, n.1, p.77-084, 2010
- SOUZA, A, et al. **The high risk pregnancy in view of nursing: a review study**. R Pesq Cuid Fundam Online [Internet]. 2011; 4(1): 1572-81. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1304>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia**. Geneva: World Health Organization; 2011.
- YE RW, et al. **Prospective cohort study of pregnancy-induced hypertension and risk of preterm delivery and low birth weight** [abstract]. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2010; 44(1):70-4.

A REDUÇÃO DA SÍNTESE DE ÓXIDO NÍTRICO DURANTE GESTAÇÃO PREJUDICA A MICROVASCULATURA CARDÍACA NEONATAL

Sonia Regina Jurado

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Programa de Educação Tutorial (PET) em Enfermagem

Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

Maria Eduarda Pascoaloto da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Programa de Educação Tutorial (PET) em Enfermagem

Três Lagoas – Mato Grosso do Sul

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar o efeito da hipertensão hereditária ou induzida pela inibição crônica do óxido nítrico durante a gravidez nas alterações estruturais da microvasculatura cardíaca de fetos e recém-nascidos de ratos. Um total de nove subgrupos alocados em três grupos principais de fetos (20 dias) e recém-nascidos (2 e 15 dias pós-natais) filhos de ratas normotensas (C, controle), SHR (ratas espontaneamente hipertensas) e L-NAME (N^w-Nitro-L-Arginina Metil Éster) foram estudados. Os cortes histológicos do coração foram corados com hematoxilina e eosina, tricrômico de Mallory e Picrosirius red. O sistema de análise de imagem Pro-Plus foi utilizado para avaliar a espessura dos vasos miocárdicos. A borda interna e externa da túnica média foi traçada em cada imagem dos microvasos (diâmetro externo < 50 µm) com

aumento de x100 e, as áreas circundadas foram calculadas. A área da parede da microvasculatura foi maior nos descendentes de mães hipertensas com 15 dias pós-natais. A relação parede-lúmen aumentou em neonatos dos grupos hipertensos com 2 e 15 dias pós-natais. A hipertensão materna, como no modelo L-NAME e SHR, causou remodelação da microvasculatura no coração de neonatos com 2 e 15 dias. Baseando-se no modelo animal, a hipertensão arterial materna durante gestação em humanos também pode comprometer o desenvolvimento da microvasculatura cardíaca neonatal e conduzir a hipertensão arterial na vida adulta.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão, Gravidez, Óxido Nítrico, Coração, Recém-Nascido.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the effect of hereditary hypertension or induced by chronic inhibition of nitric oxide during pregnancy on structural changes in the cardiac microvasculature of fetuses and neonates of rats. A total of nine subgroups allocated to three main groups of fetuses (20 days) and newborns (2 and 15 days postnatal) of normotensive rats (C, control), SHR (spontaneously hypertensive rats) and L-NAME (N^w-Nitro-L-Arginine Methyl Ester) were studied. Histological sections of the heart were stained with hematoxylin and eosin, Mallory's trichrome and Picrosirius red. The Pro-

Plus image analysis system was used to assess the thickness of myocardial vessels. The internal and external border of the tunica media was drawn in each image of the microvessels (external diameter < 50 µm) with an increase of x100 and the surrounding areas were calculated. The wall area of the microvasculature was higher in the offspring of hypertensive mothers with 15 days postnatal. The wall-lumen relationship increased in neonates of hypertensive groups at 2 and 15 days postnatal. Maternal hypertension, as in the L-NAME and SHR model, caused remodeling of the microvasculature in the heart of neonates at 2 and 15 days. Based on the animal model, maternal arterial hypertension during gestation in humans can also compromise the development of neonatal cardiac microvasculature and lead to hypertension in adulthood.

KEYWORDS: Hypertension, Pregnancy, Nitric Oxide, Heart, Newborn.

1 | INTRODUÇÃO

O óxido nítrico (NO) é sintetizado a partir da L-arginina pela NO- sintetase constitutiva nas células endoteliais vasculares e desempenha um papel importante na regulação da pressão sanguínea e do tônus vascular coronário (NOLL; LÜSCHER, 1998).

A gravidez normal está associada a adaptações importantes na função cardiovascular materna que ajudam a mulher a acomodar o feto em crescimento. Embora haja um aumento do volume sanguíneo e do débito cardíaco materno, a pressão arterial sistêmica diminui durante a gravidez (KING *et al.*, 1995).

Além disso, a capacidade de resposta à pressão ou a reatividade vascular aos vários agentes vasoconstritores está diminuída. Isto se deve provavelmente à contribuição do óxido nítrico para o fenômeno vasodilatador da gravidez (SLADEK *et al.*, 1997).

O endotélio vascular é estimulado durante a gravidez a produzir uma quantidade aumentada de NO e a anormalidade na via L- arginina-NO pode desempenhar um papel na etiologia da pré-eclâmpsia (SALAS *et al.*, 1995; ZHANG; KAUFMAN, 2000).

A pré-eclâmpsia constitui a síndrome de vasoconstrição com elevação da pressão arterial, edema, proteinúria, disfunção renal e hepática e retardo do crescimento intra-uterino (SLADEK *et al.*, 1997).

Sabe-se que a administração de L-NAME (N^w-Nitro-L-Arginine Methyl Ester) em ratos adultos promove hipertensão arterial (RIBEIRO *et al.*, 1992; ARNAL *et al.*, 1993), hipertrofia cardíaca, necrose dos cardiomiócitos, fibrose perivascular e intersticial, oclusão do lúmen microvascular (PESSANHA *et al.*, 1999; KAZAKOV *et al.*, 2013) e apoptose de cardiomiócitos (MANDARIM; PEREIRA, 2000).

Em ratas grávidas, este inibidor da síntese de óxido nítrico causa restrição de crescimento fetal por uma redução na proliferação celular devido à indução de apoptose (MILLER *et al.*, 1996), reduzindo o peso corporal e causando necrose hemorrágica dos membros posteriores do recém-nascido (DIKET *et al.*, 1994; PIERCE

et al., 1996).

O papel do óxido nítrico no desenvolvimento cardiovascular fetal precisa ser melhor estudado. Os filhotes de ratos com deficiência endotélica de óxido nítrico sintetase tiveram problemas na valva aórtica bicúspide, aumento da apoptose dos cardiomiócitos, defeitos septais congênitos (FENG *et al.*, 2000), restrição do crescimento fetal e redução da sobrevivência (HEFLER *et al.*, 2001).

A produção de NO é necessária para a cardiomiogênese, uma vez que os inibidores da NO sintetase impedem a maturação de cardiomiócitos terminalmente diferenciados *in vitro* e o número de cardiomiócitos diferenciados é significativamente reduzido (BLOCH *et al.*, 1999).

Considerando a importância do NO para o desenvolvimento fetal, o objetivo do presente trabalho foi avaliar se a microvasculatura cardíaca de feto e neonato é afetada pela inibição da óxido nítrico sintetase durante a gravidez em ratas.

2 | METODOLOGIA

Trinta fêmeas de ratas Wistar de 14-16 semanas de idade e quinze espontaneamente hipertensas (SHR) com peso corporal de 200-250 g foram acasaladas com ratos machos.

As ratas Wistar foram aleatoriamente alocadas em grupo Controle e grupo L-NAME (N^o-Nitro-L-Arginine Methyl Ester). Os animais L-NAME receberam o inibidor da NO sintetase (cloridrato, L- NAME, Sigma, St Louis, MO, lote 70H7703) na água potável (12 mg/dia/rato) durante a gravidez (21 dias). A pressão arterial das ratas foi avaliada pela pletismografia de cauda no início e no final da gestação.

Os fetos e neonatos dos grupos controle, L-NAME e SHR foram separados em três grupos etários de cinco animais cada: 20 dias pós-concepção, 2 e 15 dias pós-natais.

Foi escolhido aleatoriamente um animal por ninhada. Os animais foram sacrificados sob anestesia de pentobarbital e tiveram o peso corporal e o comprimento vértice-cóccix aferidos bem como os corações pesados. Todos os procedimentos e protocolos experimentais foram aprovados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Os corações de todos os animais estudados foram fixados em formalina 10% tamponada e embebidos em parafina. Foram realizados cortes histológicos de 5 µm em micrótomo rotativo e posteriormente corados com hematoxilina-eosina, tricrômico de Mallory e Picrosirius red.

A morfometria foi realizada com um sistema computacional Pro-Plus (Media Cybernetics, EUA) em cortes histológicos dos corações nas três diferentes idades. As medidas foram realizadas para cada vaso sanguíneo: área da parede do vaso, área do lúmen do vaso e relação parede-lúmen (a área da parede dividida pela área do

lúmen do vaso).

Mais de 150 vasos sanguíneos foram analisados em cada grupo. Na quantificação morfométrica, foram excluídos os vasos sanguíneos resultantes de cortes longitudinais e oblíquos, e apenas os vasos arredondados (diâmetro mínimo/diâmetro máximo > 0,60) foram incluídos.

As comparações da pressão arterial materna, comprimento fetal e neonatal, peso corporal e cardíaco foram realizados por one-way ANOVA. As comparações da relação parede-lúmen e área da parede do vaso foram realizadas por two-way ANOVA, seguidos pelos testes de comparação múltipla. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

3 | RESULTADOS

As ratas grávidas L-NAME e SHR apresentaram maior pressão arterial ($p < 0,001$) quando comparadas às ratas normotensas. Observou-se uma pequena queda na pressão arterial das ratas Wistar ($98,8 \pm 4,6$ mmHg) e SHR ($178,0 \pm 5,2$ mmHg) ao final da gestação quando comparado ao início da gravidez ($102,0 \pm 5,2$ e $179,0 \pm 6,4$ mmHg, respectivamente).

Conforme descrito na Tabela 1, os pesos corporais de fetos (20 dias de gestação) e de recém-nascidos L-NAME e SHR foram menores que os controles. Além disso, os filhotes L-NAME e SHR eram menores que seus equivalentes, com exceção do L-NAME aos 15 dias de idade. Não houve diferença significativa de pesos cardíacos para os grupos fetais. No entanto, uma diferença estatisticamente significativa de peso cardíaco foi observada entre os grupos Controle, L-NAME e SHR em 2 e 15 dias pós-natais.

Quando expresso como % peso corporal, o peso cardíaco relativo foi significativamente maior em L-NAME e SHR aos 15 dias pós-natais ($p < 0,001$ e $p < 0,01$, respectivamente) do que nos animais controles. No entanto, este parâmetro diminuiu significativamente no recém-nascido L-NAME com 2 dias em relação ao grupo controle na mesma idade ($p < 0,001$) (Tabela 1).

		V-C (mm)	Peso corporal (g)	Peso cardíaco (g)	Peso cardíaco relativo (%)
Fetos	Controle	$3,222 \pm 0,048$	$2,815 \pm 0,248$	$0,017 \pm 0,002$	$0,404 \pm 0,050$
	L-NAME	$2,972 \pm 0,036^*$	$2,138 \pm 0,267^*$	$0,015 \pm 0,003$	$0,370 \pm 0,104$
	SHR	$2,958 \pm 0,086^*$	$2,092 \pm 0,105^*$	$0,015 \pm 0,002$	$0,602 \pm 0,075^*$
2 dias	Controle	$4,886 \pm 0,112$	$8,114 \pm 0,440$	$0,061 \pm 0,007$	$0,763 \pm 0,057$
	L-NAME	$4,370 \pm 0,077^*$	$6,463 \pm 0,312^*$	$0,034 \pm 0,003^*$	$0,569 \pm 0,035^*$
	SHR	$4,290 \pm 0,318^*$	$6,550 \pm 0,265^*$	$0,048 \pm 0,006^*$	$0,731 \pm 0,112$

15 dias	Controle	6,898 ± 0,136	29,832 ± 1,315	0,135 ± 0,008	0,570±0,029
	L-NAME	7,466 ± 0,192*	27,906 ± 2,424	0,163 ± 0,013*	0,728±0,067*
	SHR	6,198 ±0,050*	17,192 ±0,495*	0,117 ±0,004*	0,697±0,041*

Tabela 1. Comprimento vértice-cóccix, peso corporal, peso cardíaco e peso cardíaco relativo de fetos e recém-nascidos (controle, l-name e shr) com 2 e 15 dias pós-natais.

Dados estão expressos como média ± desvio padrão; n = 5 animais por grupo.

*p < 0.05 vs controle one-way ANOVA, seguido de testes de comparações múltiplas.

Houve um espessamento da parede da microvasculatura cardíaca dos grupos hipertensos (Figura 1) bem como aumento do conteúdo de colágeno no miocárdio de recém-natos L-NAME com 15 dias quando comparado aos demais grupos com a mesma idade.

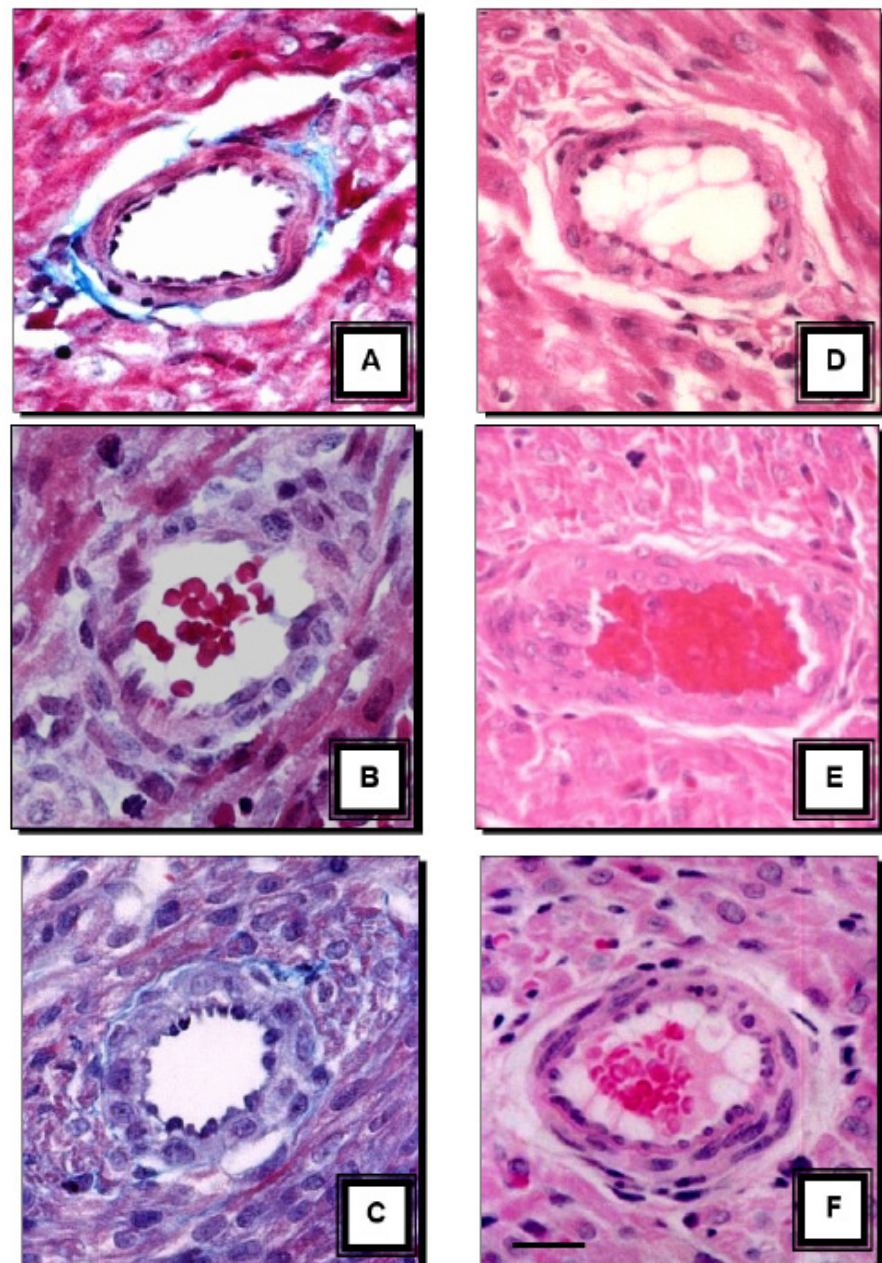


Figura 1. Fotomicrografias das arteríolas coronárias dos recém-nascidos Controle, SHR e L-NAME.

Nota: Cortes histológicos da microvasculatura cardíaca dos grupos de recém-natos Controle (A e D), L-NAME (B e E) e SHR (C and F) com 2 e 15 dias pós-natais corados com tricômico de Mallory e hematoxilina-eosina, respectivamente. A, B e C com 2 dias e D, E e F com 15 dias. Os grupos L-NAME e SHR tiveram aumento da relação parede-lúmen quando comparados aos grupos Controles.

A área da parede nos microvasos foi maior nos grupos L-NAME e SHR do que no grupo controle, porém a diferença significativa foi observada somente em 15 dias pós-natais (Figura 2).

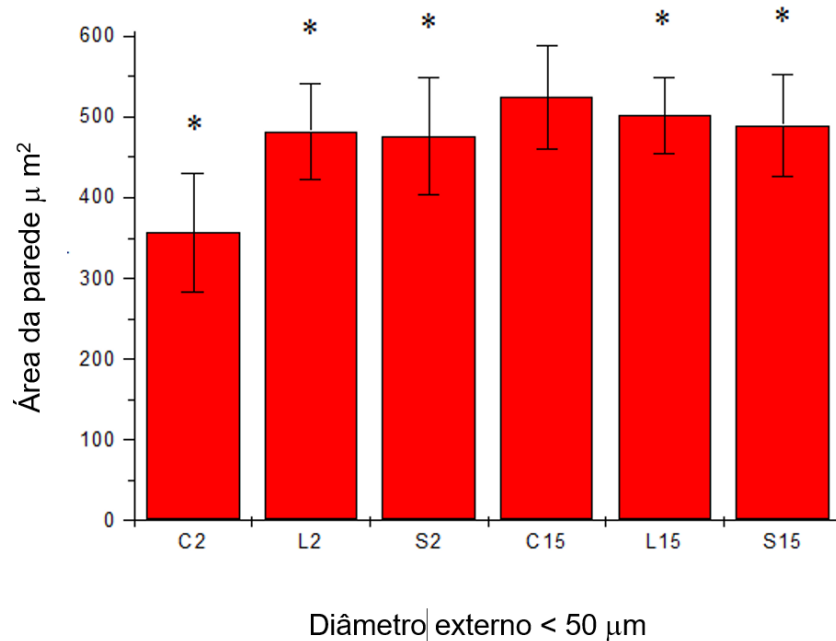


Figura 2. Gráfico de barras da microvasculatura miocárdica com diâmetro externo < 50 mm.

Diâmetro externo < 50 mm

Nota: * $p < 0,05$ vs grupo controle com 15 dias pós-natais two way ANOVA, seguido de testes de comparações múltiplas. Valores expressos como média \pm desvio padrão; $n = 5$ por grupo. C = controle; L = L-NAME; S = espontaneamente hipertenso, com 2 e 15 dias.

A relação parede-lúmen aumentou significativamente nos recém-nascidos com 2 e 15 dias pós-natais nos grupos L-NAME e SHR em relação aos controles nas mesmas idades (Figura 3).

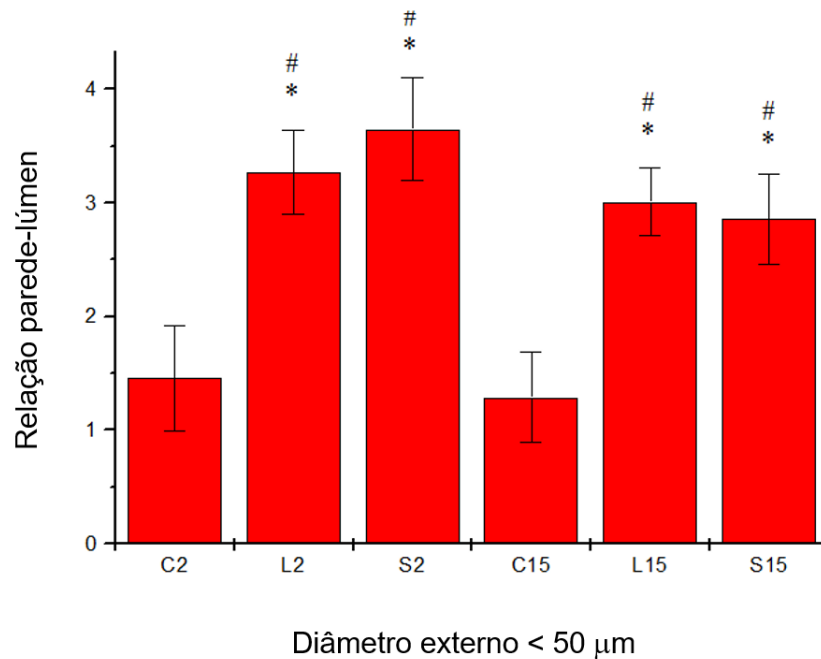


Figura 3. Gráfico de barras da relação parede-lúmen da microvasculatura miocárdica com diâmetro externo < 50 μm.

Nota: *p < 0,05 vs C2; #p < 0,05 vs C15 two way ANOVA, seguido de testes de comparações múltiplas. Valores expressos como média ± desvio padrão; n = 5 por grupo. C = controle; L = L-NAME; S = espontaneamente hipertenso, com 2 e 15 dias.

4 | DISCUSSÃO

Existem poucos dados na literatura sobre a importância do óxido nítrico no desenvolvimento e crescimento do feto e do recém-nascido. Os resultados do presente trabalho corroboram com outros estudos que demonstraram que a inibição do óxido nítrico por L-NAME durante a gestação prejudica o desenvolvimento de membros do feto (DIKET *et al.*, 1994; PIERCE *et al.*, 1996).

Isso sugere que L-NAME atravessa a barreira placentária e afeta a síntese fetal de óxido nítrico, levando à morte celular nos membros porque o NO tem um papel para o desenvolvimento de membros e dígitos (GREGG *et al.*, 1998).

Quando expresso como % peso corporal, o peso cardíaco relativo foi significativamente maior em fetos SHR e recém-nascidos L-NAME e SHR com 15 dias pós-natais do que nos animais controles. O aumento do peso cardíaco relativo desses animais pode ser explicado pelo aumento do conteúdo de colágeno ou hipertrofia do cardiomiócito. No entanto, os recém-nascidos L-NAME aos 2 dias apresentaram menor peso cardíaco relativo, provavelmente devido ao menor número de cardiomiócitos e aumento da apoptose dessas células.

O efeito da inibição do NO na síntese de colágeno tem sido pouco estudado. Uma pesquisa demonstrou que a inibição de NO inibe a síntese protéica em células musculares lisas vasculares *in vitro* (KOLPAKOV *et al.*, 1995). Assim, observamos que a inibição do NO é refletida na taxa de síntese de colágeno durante o desenvolvimento

neonatal do coração de ratos, especialmente no recém-nascido L-NAME aos 15 dias. Portanto, a inibição do óxido nítrico *in vivo* pode levar ao aumento da síntese de colágeno no miocárdio dos recém-nascidos L-NAME.

Células em apoptose foram observadas com frequência no miocárdio de todos os grupos com 2 dias pós-natais. Assim, a apoptose ou morte celular programada ocorre em situações de remodelação cardíaca durante ou após os processos patológicos (KAJSTURA *et al.*, 1995; MOREAU *et al.*, 1997). Portanto, é lógico acreditar que a apoptose também pode ocorrer na maturação pós-natal do coração e outros tecidos do sistema cardiovascular, que devem se adaptar ao seu novo papel hemodinâmico.

Um estudo apontou que filhotes de ratos nascidos de mães L-NAME tiveram uma pressão arterial notavelmente maior quando comparados com filhotes de mães normotensas (GEROVÁ *et al.*, 2002). Neste estudo, não foi avaliada a pressão arterial de recém-nascidos L-NAME e SHR e, não se pode inferir que na idade de 15 dias eram hipertensos.

Detectou-se que a alteração mais significativa no miocárdio de neonato L-NAME envolveu a microvasculatura, principalmente, as arteríolas. A relação parede-lúmen das arteríolas foi significativamente maior em L-NAME e SHR do que no grupo controle com 2 e 5 dias pós-natais.

Numaguchi *et al.* (1995) também encontraram um aumento da relação parede-lúmen em arteríolas e pequenas artérias coronárias no miocárdio de ratos adultos tratados com L-NAME durante oito semanas. Eles observaram um acúmulo de colágeno na camada média dos microvasos e fibrose perivascular e acreditaram que a administração crônica de L-NAME poderia aumentar a atividade nervosa simpática, o que pode contribuir para o remodelamento vascular.

Na hipertensão espontânea, nem todos os leitos vasculares apresentaram o mesmo aumento na relação parede-lúmen. Em SHR, por exemplo, a mudança foi menos pronunciada no rim do que no mesentério, cérebro e leito vascular dos músculos esqueléticos dos membros posteriores (MULVANY; AALKAJAER, 1990).

Algumas questões podem ser levantadas em relação ao aumento da relação parede-lúmen nas arteríolas miocárdicas de neonatos L-NAME. O que promoveu o aumento da espessura da parede vascular: hipertrofia celular e/ou hiperplasia de músculo liso? Quais fatores estimularam a hipertrofia celular e/ou hiperplasia de células musculares lisas vasculares? Somente a inibição do óxido nítrico promoveu mudanças nas arteríolas ou houveram outros fatores que também contribuíram para essas mudanças?

Em geral, a hiperplasia da camada média dos vasos em animais hipertensos é considerada uma mudança primária, enquanto a hipertrofia é considerada secundária. Nos ratos hipertensos SHR e Goldblatt, o aumento da camada média da aorta foi devido à hipertrofia celular e à poliploidia, enquanto que em ratos submetidos a hipertensão por coarctação aórtica, a alteração da camada média foi devida a

hiperplasia das células musculares lisas (SMEDA *et al.*, 1988).

Provavelmente, as alterações vasculares miocárdicas induzidas pelo bloqueio a longo prazo da síntese de óxido nítrico em ratos resultam da ativação da enzima conversora da angiotensina I (ECA) local. Usando métodos de imunohistoquímica, Takemoto *et al.* (1997) encontraram um aumento de ECA nas artérias coronárias durante a primeira semana de administração de L-NAME. Esses pesquisadores também relataram um aumento da relação parede-lúmen na vasculatura miocárdica, bem como na aorta de ratos L-NAME.

O aumento da relação parede-lúmen em neonatos L-NAME em 2 e 15 dias pós-natais deve-se provavelmente à inibição do óxido nítrico durante a gravidez juntamente com a pressão arterial aumentada nos recém-nascidos.

Possivelmente, ambos os efeitos induziram proliferação de células do músculo liso em arteríolas do miocárdio. Sabe-se que o NO inibe a proliferação de células musculares lisas (BUSSE; FLEMING, 1995). Uma diminuição da produção de NO induz a síntese de fatores de crescimento derivados do endotélio (KOUREMBANAS *et al.*, 1993). A ativação da ECA pode aumentar a formação de angiotensina II, que por sua vez induz diretamente a proliferação do músculo liso vascular (ITOH *et al.*, 1993).

Os achados apoiam o envolvimento da angiotensina II na hipertrofia/hiperplasia de células do músculo liso vascular durante a hipertensão promovida pela administração de L-NAME em ratas. A maioria da enzima óxido nítrico sintetase no coração do rato está relacionada aos vasos e sua produção inicia-se por volta do décimo oitavo dia do desenvolvimento embrionário (URSELL; MAYES, 1996).

Ademais, os resultados apontaram que a inibição do óxido nítrico durante a gravidez induziu a proliferação de células do músculo liso vascular e o acúmulo de colágeno nos corações de neonatos. Não somente o desenvolvimento do músculo liso vascular foi afetado por L-NAME, mas também a administração de inibidores de óxido nítrico durante a gravidez comprometeu a musculatura, promovendo hipertrofia e hiperplasia pilórica, em ratos recém-nascidos (VOELKER *et al.*, 1995).

Um outro fator que poderia ter contribuído para alterações da microvasculatura miocárdica em neonatos de mães tratadas com L-NAME foi o aumento da atividade simpática nesses recém-nascidos. Em ratos tratados com L-NAME, o aumento da atividade simpática leva ao remodelamento vascular com proliferação de células musculares lisas e oclusão do lúmen nas arteríolas miocárdicas (NUMAGUCHI *et al.*, 1995).

5 | CONCLUSÃO

A inibição crônica da síntese de NO com L-NAME durante a gravidez causou o remodelamento da microvasculatura no coração de neonatos com 2 e 15 dias e o

aumento do conteúdo de colágeno miocárdico aos 15 dias pós-natais. Essas mudanças também foram observadas em recém-nascidos SHR, levando a similaridade entre os modelos de hipertensão durante a gravidez.

O enfermeiro obstétrico precisa conhecer os impactos da hipertensão arterial materna no desenvolvimento fetal, pois, essa condição compromete o desenvolvimento do coração fetal e pós-natal, com aumento da espessura da parede das arteríolas e possível hipertensão arterial da prole na vida adulta.

REFERÊNCIAS

ARNAL, J. F.; EL AMRANI, A. I.; CHATELLIER, G.; MENARD, J.; MICHEL J. B. Cardiac weight in hypertension induced by nitric oxide synthase blockade. **Hypertension**, v. 22, n. 3, p. 380-387, 1993.

BLOCH, W. *et al.* Nitric oxide synthase expression and role during cardiomyogenesis. **Cardiovascular Research**, v. 43, n. 3, p. 675-684, 1993.

BUSSE, R.; FLEMING, I. Regulation and functional consequences of endothelial nitric oxide production. **Annals of Medicine**, v. 27, n. 3, p. 331-340, 1995.

DE OLIVEIRA, C. F *et al.* Development of cardiomyocyte hypotrophy in rats under prolonged treatment with a low dose of a nitric oxide synthesis inhibitor. **European Journal of Pharmacology**, v. 391, n. 1-2, p. 121-126, 2000.

DIKET, A. L. *et al.* Nitric oxide inhibition causes intrauterine growth retardation and hind-limb disruptions in rats. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 171, n. 5, p. 1243-1250, 1994.

FENG, Q. *et al.* Development of heart failure and congenital septal defects in mice lacking endothelial nitric oxide. **Circulation**, v. 106, n. 7, p. 873-879, 2000.

GEROVÁ, M.; BERNÁTOVÁ, I.; TÖRÖK, J.; JURANI, M. Cardiovascular system in offsprings of hypertensive rats with defective nitric oxide production. **Physiological Research**, v. 51, n. 5, p. 465-474, 2002.

GREGG, A. R. *et al.* Limb reduction defects in endothelial nitric oxide synthase-deficient mice. **The American Journal of Physiology**, v. 275, n. 6, p. 2319-2324, 1998.

HEFLER, L. A.; REYES, C. A.; O'BRIEN, W. E.; GREGG, A. R. Perinatal development of endothelial nitric oxide synthase-deficient mice. **Biology of Reproduction**, v. 64, n. 2, p. 666-673, 2001.

ITOH, H. *et al.* Multiple autocrine growth factors modulate vascular smooth muscle cell growth response to angiotensin II. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 91, n. 5, p. 2268-2274, 1993.

KAJSTURA, J.; MANSUKHANI, M.; CHENG, W. Programmed cell death and expression of the protooncogene bcl-2 in myocytes during post-natal maturation of the heart. **Experimental Cell Research**, v. 219, n. 1, p. 110-121, 1995.

KAZAKOV, A. *et al.* Inhibition of endothelial nitric oxide synthase induces and enhances myocardial fibrosis. **Cardiovascular Research**, v. 100, n. 2, p. 211-221, 2013.

KING, R. G.; GUDE, N. M; DI JULIO, J. L. Brennecke S.P. Regulation of human placental fetal vessel tone: role of nitric oxide. **Reproduction, Fertility and Development**, v. 7, n. 6, p. 1407-1411, 1995.

- KOLPAKOV, V.; GORDON, D.; KULIK T. J. Nitric oxide-generating compounds inhibit total protein and collagen synthesis in cultured vascular smooth muscle cells. **Circulation Research**, v. 76, n. 2, p. 305-309, 1995.
- KOUREMBANAS, S.; MCQUILLAN, L. P.; LEUNG, G. K.; FALLER, D. V. Nitric oxide regulates the expression of vasoconstrictors and growth factors by vascular endothelium under normoxia and hypoxia. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 92, n. 1, p. 99-104, 1993.
- LEE, T. C.; ZHAO, Y. D.; COURTMAN, D. W.; STEWART, D. J. Abnormal aortic valve development in mice lacking endothelial nitric oxide synthase. **Circulation**, v. 101, n. 20, p. 2345-2348, 2000.
- MANDARIM-DE-LACERDA, C. A.; PEREIRA, L. M. M. Numerical density of cardiomyocytes in chronic nitric oxide synthesis inhibition. **Pathobiology**, v. 68, n. 1, p. 36-42, 2000.
- MILLER, M. J. S. *et al.* Fetal growth retardation in rats may result from apoptosis: role of peroxynitrite. **Free Radical Biology and Medicine**, v. 21, n. 5, p. 619-629, 1996.
- MOREAU, P.; TEA, B. S.; DAM, T. V.; HAMET, P. Altered balance between cell replication and apoptosis in hearts and kidneys of newborn SHR. **Hypertension**, v. 30, n. 3, p. 720-724, 1997.
- MULVANY, M. J.; AALKAJAER, C. Structure and function of small arteries. **Physiological Reviews**, v. 70, n. 4, p. 921-961, 1990.
- NOLL, G.; LÜSCHER, T. F. The endothelium in acute coronary syndromes. **European Heart Journal**, v. 19, p. 30-38, 1998.
- NUMAGUCHI, K. *et al.* A. Chronic inhibition of nitric oxide synthesis causes coronary microvascular remodeling in rats. **Hypertension**, v. 26, n. 6, p. 957-962, 1995.
- PESSANHA, M. G.; MANDARIN-DE-LACERDA, C. A.; HAHN, M. D. Stereology and immunohistochemistry of the myocardium in experimental hypertension: long-term and low-dosage administration of inhibitor of the nitric oxide synthesis. **Pathobiology**, v. 67, n. 1, p. 26-33, 1999.
- PIERCE, L. R.; PIERCE, M. R.; LIU, H.; KADOWITZ, P. J.; MILLER, M. J. S. Limb reduction defects after prenatal inhibition of nitric oxide synthase in rats. **Pediatric Research**, v. 38, n. 6, p. 905-911, 1996.
- RIBEIRO, M. O.; ANTUNES, E.; DE NUCCI, G.; LOVISOLO, S. M.; ZATZ, R. Chronic inhibition of nitric oxide synthesis. A new model animal of arterial hypertension. **Hypertension**, v. 20, n. 3, p. 298-303, 1992.
- SALAS, S. P.; ALTERMATT, F.; CAMPOS, M.; GIACAMAN, A.; ROSSO, P. Effects of long-term nitric oxide synthesis inhibition on plasma volume expansion and fetal growth in the pregnant rat. **Hypertension**, v. 26, n. 6, p. 1019-1023, 1995.
- SLADEK, S. M.; MAGNESS, R. R.; CONRAD, K. P. Nitric oxide and pregnancy. **American Journal of Physiology**, v. 272, n. 2, p. 441-463, 1997.
- SMEDA, J. S.; LEE, R. M.; FORREST, J. B. Structural and reactivity alterations of the renal vasculature of spontaneously hypertensive rats prior to and during established hypertension. **Circulation Research**, v. 63, n. 3, p. 518-533, 1988.
- TAKEMOTO, M. *et al.* Important role of tissue angiotensin-converting enzyme activity in the pathogenesis of coronary vascular and myocardial structural changes induced by long-term blockade of nitric oxide synthesis in rats. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 99, n. 2, p. 278-287, 1997.

URSELL, P. C.; MAYES, M. Endothelial isoform of nitric oxide synthase in rat heart increases during development. **The Anatomical Record**, v. 246, n. 4, p. 465-472, 1996.

VOELKER, C. A. *et al.* Perinatal nitric oxide synthase inhibition retards neonatal growth by inducing hypertrophic pyloric stenosis in rats. **Pediatric Research**, v. 38, n. 5, p. 768-774, 1995.

ZHANG, Y.; KAUFMAN, S. Effect of nitric oxide synthase inhibition on cardiovascular and hormonal regulation during pregnancy in the rat. **Canadian Journal of Physiology and Pharmacology**, v. 78, n. 5, p. 423-427, 2000.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTUDO DE CASO

Cristiane de Paula Lucio

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
Unileste
Timóteo – Minas Gerais

Mirane Morais

Prefeitura Municipal de Coronel Fabriciano
Coronel Fabriciano – Minas Gerais

Thamara de Souza Campos Assis

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais –
Unileste
Ipatinga – Minas Gerais

RESUMO: Este artigo trata-se de um Estudo de Caso Clínico, desenvolvido por uma Acadêmica de Enfermagem durante as atividades práticas de pesquisa de iniciação científica realizado em um núcleo especializado em atendimento ao pré-natal de alto risco da cidade de Coronel Fabriciano – MG, no período de março a junho de 2017. Os dados foram obtidos através do prontuário médico, do acompanhamento às consultas de enfermagem e do diário de pesquisa. A partir dos dados obtidos, fez-se a realização de sete diagnósticos de enfermagem dos quais cinco deles utilizou a metodologia NANDA-I, NIC e NOC, os outros dois foram desenvolvidos com a análise do quadro clínico da paciente em conjunto com suas necessidades físicas e psicológicas. Espera-se obter um conjunto de intervenções que

melhorem a qualidade de vida da paciente.

PALAVRA-CHAVE: Assistência de enfermagem. Pré-natal de alto risco. Estudo de caso. Gestante.

ABSTRACT: This article is treated of a Study of Clinical Case, developed by an Academic of Nursing during the practical activities of initiation research informs accomplished in a specialized nucleus in service to the prenatal of high risk of Coronel Fabriciano city - MG, in the period of March to June of 2017. The data were obtained through the medical handbook, of the attendance to the nursing consultations and of the research diary. Starting from the obtained data, it was made the accomplishment of seven diagnoses of nursing of the which five of them used the methodology NANDA-I, NIC and NOC, the other ones two were developed with the analysis of the patient's clinical picture together with their physical and psychological needs. He/she hopes to obtain a group of interventions to improve the quality of the patient's life.

KEYWORDS: Nursing Attendance. Prenatal of high risk. I study of case. Pregnant.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Dourado e Peloso (2007), a gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher. É considerado

um momento de importantes reestruturações na vida e nos papéis que esta exerce. Durante esse período ela tem que passar da condição de só filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais (PICCININI et al., 2008).

Desse modo, a gravidez é considerada um marco na vida de uma mulher, pois, consiste de um processo fisiológico natural compreendido pela sequência de alterações físicas, emocionais e psicológicas ocorridas no corpo da mulher a partir da fertilização e durante o período que antecede ao parto.

Portanto, para Silva (2013), o acompanhamento médico, de enfermagem e psicológico é extremamente importante na gravidez, sendo fundamental para o preparo da maternidade. Esse acompanhamento é realizado durante as consultas de assistência ao pré-natal, intercaladas entre o médico e o enfermeiro e não deve ser encarada como simples assistência e sim como trabalho de prevenção de intercorrências clínico obstétricas e assistência emocional (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

Tendo como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, através de um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011; BRASIL, 2012b).

O que permite reduzir a mortalidade e morbidade materna e fetal, assim como partos prematuros, crianças com baixo peso e abortamentos. Além de identificar possíveis fatores de risco para a gestante e seu bebê o mais rápido possível. Entretanto, existe determinada parcela de gestantes que, por possuir características específicas ou por ser portadora de algum agravo, apresenta maior probabilidade de ter evolução desfavorável tanto para a mãe, como para o bebê. Essa parcela constitui um grupo denominado de gestantes de alto risco (CARVALHO, 2007).

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2012b).

Por isso, identificar precocemente a mulher com risco gestacional é essencial para se interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. Além de proporcionar intervenções imediatas com o intuito de aumentar a probabilidade de alterar a evolução e proporcionar um desfecho positivo (BRASIL, 2012a).

Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes

de engravidar. Pode-se citar uma mulher hipertensa, que deve estar bem controlada antes de engravidar (BRASIL, 2012a).

Dada a relevância do assunto e na perspectiva de apontar a relação entre o ensino e a pesquisa, este estudo tem por objetivo apresentar um estudo de caso acompanhado por uma estudante de enfermagem durante a assistência ao pré-natal de alto risco. Sendo capaz de compartilhar alguns aspectos teóricos e práticos do momento vivido neste singular ambiente de assistência a gestantes.

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo na modalidade de estudo de caso através de um relato de experiência de uma estudante de enfermagem. Foi abordada a problemática a partir de métodos descritivos e observacionais, descrevendo aspectos do caso clínico vivenciado pela autora, na oportunidade de pesquisadora de iniciação científica em um núcleo especializado em pré-natal de alto risco.

O estudo de caso é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional, sendo um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de enfermagem, representando as primeiras tentativas de definição e sistematização da assistência de enfermagem. Os estudos de caso possibilitaram a definição dos planos de cuidados que, por sua vez, se constituíram nas primeiras expressões do Processo de Enfermagem (SILVA, 2010).

O presente artigo utilizou o processo de enfermagem nas suas fases de investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados, buscando uma assistência de qualidade para a gestante. Através da elaboração dos diagnósticos de acordo com a taxonomia da NANDA-I e da seleção de intervenções e resultados terapêuticos de acordo com NIC e NOC, respectivamente.

O Cenário de estudo foi o acompanhamento realizado durante as consultas de pré-natal de alto, que aconteceu de março a junho de 2017 no Núcleo Especializado em Programas de Saúde – NEPS, situado na cidade de Coronel Fabriciano, após a autorização da enfermeira responsável técnica, especialista em enfermagem obstétrica.

Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: diário de pesquisa, prontuário médico, julgamento clínico, observação estruturada (pesquisador participante) e participação nas atividades clínicas. Não foram utilizados dados pessoais da gestante, apenas aqueles de interesse fisiopatológicos.

Este estudo não necessitou da submissão para apreciação ética, por se tratar de um relato de experiência na modalidade de estudo de caso de própria autoria, com anuência do local onde ocorreu o acompanhamento da assistência e garantias de confidencialidade dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caso clínico

A. C. A., 23 anos, sexo feminino, branca, solteira, G15 PN1 A13, DUM 06/08/2016, gravidez não planejada. Ensino médio incompleto, profissional do sexo, bissexual, com histórico obstétrico de abortamentos provocados e espontâneos. Primeira gestação aos 16 anos e décima quarta gestação aos 21 anos, natimorto com parto domiciliar. Usa crack, tabaco e consome bebidas alcoólicas. Ex-moradora de rua e há 20 dias vive com o parceiro do sexo feminino em casa própria em Coronel Fabriciano - Minas Gerais. Esteve encarcerada em 2015 e relata ter tratado sífilis enquanto estava presa.

A gestante iniciou o pré-natal na Unidade Básica de Saúde, realizando duas consultas onde foram solicitados todos os exames do 1º Trimestre. Apresentando exames dentro do padrão de normalidade, sendo registrados no cartão espelho da gestante. A paciente relata que logo em seguida se mudou de cidade, onde morou na rua por aproximadamente 3 meses, não realizando nenhuma consulta durante esse período. Há 20 dias retornou para Coronel Fabriciano, dando continuidade as consultas de pré-natal.

Devido seu histórico obstétrico e pessoal, a paciente foi classificada como gestante de alto risco. Desse modo, passou a ser atendida pelo núcleo especializado na assistência ao pré-natal de alto risco, onde realizou sua terceira consulta de pré-natal com Idade Gestacional - IG de 31 semanas e 3 dias. Sendo solicitados todos os exames laboratoriais do terceiro trimestre.

Na sua quarta consulta a gestante apresentava IG de 33 semanas e 4 dias, relatava dor nas costas, náuseas e inapetência (SIC). Aos exames laboratoriais e clínicos apresentou Hb 10,9, VDRL 1:4, glicose 71mg/dl, PA 100x90 mmhg, UF 34 cm e BNF 140 bpm. Realizados Testes rápidos para HIV, Hepatite B e Hepatite C - negativos. Feito notificação para sífilis em gestante, com início de tratamento na paciente e em sua parceira. Realizado prescrição de Acido fólico e sulfato ferroso para tratar sua anemia.

Planejamento da assistência

O planejamento da assistência de enfermagem é algo essencial para o desenvolvimento clínico do paciente. É nessa fase do processo de enfermagem que se criam as intervenções e resultados esperados a partir de um diagnóstico encontrado. Sendo a elaboração de diagnósticos de enfermagem um processo complexo, que envolve o comportamento humano relacionado à saúde (SILVA, 2003).

Os diagnósticos de enfermagem têm como base a NANDA-I (North American Diagnosis Association), uma organização internacional, sem fins lucrativos e composta por diversos enfermeiros voluntários, que buscam melhorar a segurança do paciente e a consistência do cuidado com base em evidências e altamente qualificado.

Desse modo, os diagnósticos novos e revisados baseiam-se na situação das evidências em todo o mundo e são submetidos, analisados, revisados e aprovados por enfermeiros especialistas em diagnosticar, pesquisadores e educadores especializados em enfermagem.

O Quadro 1 apresenta os Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a NANDA-I às intervenções e os resultados esperados de acordo com o NIC (Classificação das intervenções de Enfermagem) e NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem), respectivamente.

Diagnóstico de Enfermagem - NANDA-I	Intervenções de enfermagem - NIC	Resultados esperados – NOC
<p>1. Comportamento de saúde propenso a risco relacionado ao tabagismo evidenciado por falha em alcançar um ótimo senso de controle e não aceitação da mudança no estado de saúde.</p>	<p>Modificação do comportamento; Assistência para parar de fumar; Tratamento para o uso de drogas; Educação em saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de se ter uma saúde adequada, para ela e para o feto; • Proporcionar um ambiente agradável e relaxante para que se possa conversar sobre a importância de se parar de fumar e consumir drogas; • Proporcionar ao paciente acesso a outros profissionais de saúde para que ajudem na mudança de comportamento, como grupo de tabagismo, centro de reabilitação de uso de drogas. 	<p>Aceitação: estado de Saúde; adaptação psicossocial: Mudança de vida; Comportamento de promoção de saúde;</p> <p>O paciente deverá relatar as mudanças ocorridas em sua vida, esperando-se que não haja mais risco.</p>
<p>2. Manutenção ineficaz da saúde relacionado a tomada de decisão prejudicada evidenciado pela ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde.</p>	<p>Educação em saúde; Encaminhamento; Melhora da compreensão da saúde; Promoção do envolvimento familiar; Assistência na auto modificação; Assistência para parar de fumar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar grupos de apoio, palestras, reuniões e atividades lúdicas para orientar sobre a importância de um estilo de vida saudável. 	<p>Conhecimento: promoção da saúde; Comportamento de busca da saúde; Conhecimento: Estilo de vida saudável;</p> <p>Espera-se que o paciente tenha uma mudança de comportamento em relação ao seu estilo de vida, buscando a promoção da sua saúde.</p>
<p>3. Risco de maternidade prejudicada relacionado a gravidez não planejada, mudança na unidade familiar, historia de abuso de substancia.</p>	<p>Orientação antecipada; Planejamento familiar: gravidez não planejada; Cuidados na gravidez de alto risco; Tratamento para uso de drogas; Cuidados no pré-natal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar um ambiente adequado a gestante para orientar sobre a gestação, sua importância para a vida da mulher; Encaminhar a outros profissionais de saúde (AA, CRAS e outros centros). 	<p>Ambiente domiciliar seguro; controle de riscos: uso de álcool e drogas; Orientação para saúde.</p> <p>Espera-se que a paciente diminua ou cesse o uso de substancia, tenha um bom pré-natal e que um planejamento familiar adequado.</p>

<p>4. Risco de binômio mãe-feto perturbado relacionado abuso de substancia e ao cuidado de pré-natal inadequado.</p>	<p>Aconselhamento; cuidados de pré-natal; Tratamento para uso de drogas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar um pré-natal adequado, orientando sobre a sua importância na vida do feto e da mãe. • Orientar sobre um estilo de vida saudável. • Promover envolvimento familiar com a gestante e o feto. <p>Encaminhamento para outros profissionais de saúde para tratar o uso de substancia.</p>	<p>Comportamentos de saúde pré-natal, de cessação do abuso de álcool, de uso de drogas e do tabagismo; conhecimento: Estilo de vida saudável;</p> <p>Espera-se um estilo de vida saudável, com diminuição ou cessação do uso de substancias que prejudicam a gestação e a saúde do paciente.</p>
<p>5. Náusea relacionado a gravidez evidenciado por aversão á comida, gosto amargo na boca e sensação de vontade de vomitar.</p>	<p>Controle da náusea; planejamento da dieta;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ao paciente um ambiente agradável e relaxante para se alimentar; • Orientar sobre os alimentos industrializados e os naturais; • Explicar a importância de uma alimentação adequada; • Proporcionar ao paciente alívio da náusea com medicamentos adequados; • Orientar a gestante a evitar alimentos quentes ou frios, evitar deitar logo após as refeições; <p>Arejar o ambiente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitar líquidos durante as refeições; 	<p>Apetite; Controle de náuseas;</p> <p>Espera-se que cesse a náusea e que o paciente possa se alimentar adequadamente com uma dieta saudável.</p>

QUADRO 1- Planejamento da assistência: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem da NANDA-I.

Fonte: Autor, 2017.

Por ser uma organização internacional, a NANDA-I esta sempre mudando seu quadro de diagnósticos, seja, eles novos ou revisados. Onde busca valorizar a diversidade cultural e as diferenças na pratica, apesar de trazer o conhecimento em diagnósticos de enfermagem padronizados. Devido ao fato de ter como documento-base para cada tradução à versão em inglês norte-americano.

Devido sua internacionalização alguns diagnósticos de enfermagem não aparecem no NANDA-I. Desse modo, será realizado novos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados encontrados nesse estudo de caso (Quadro 2).

Diagnosticos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados
1. Saúde prejudicada evidenciada por Infecção Sexualmente Transmissível – Sífilis.	<ul style="list-style-type: none"> • Início de tratamento da paciente e seu parceiro com Benzetacil, mesmo que este último não tenha a confirmação do seu diagnóstico por meio de teste sorológico. • Encaminhamento a outros profissionais de saúde, como psicólogo. • Realizar o seguimento laboratorial mensal da gestante, por meio de testes sorológicos não treponêmicos quantitativos durante a gestação. 	Espera-se um tratamento eficaz e a cura da paciente. Além de um estilo de vida saudável e sexo seguro.
2. Comportamento de saúde propenso a risco relacionado a múltiplos parceiros sexuais.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar encontros de educação preventiva para o sexo seguro, orientando sobre a importância de se proteger. 	Espera-se que a paciente possua conhecimento adequado sobre como se proteger.

QUADRO 2- Planejamento da assistência: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Fonte: Autor, 2017.

4 | CONCLUSÃO

Este artigo oportunizou um estudo sobre a assistência ao pré-natal de alto risco através de um estudo de caso, onde se pode desenvolver uma assistência embasada cientificamente, aplicando as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC. Além da criação de dois novos diagnósticos para complementar a assistência prestada.

Conclui-se que, para o caso estudado a enfermagem tem grande relevância nas intervenções a serem realizadas através da assistência. Pois, se espera desenvolver mudanças positivas no cotidiano da paciente em busca de uma promoção de saúde melhorada.

Por fim, muito além dessa prática da assistência, a enfermagem visa uma preocupação com a saúde da mulher não só no período gravídico, como também no puerpério e nas futuras gestações. Assim a assistência de enfermagem sempre busca o desenvolvimento de uma prática efetiva e eficaz, para minimizar possíveis complicações no quadro clínico do paciente. Buscando usar uma linguagem uniformizada, que garanta o entendimento de ambas as partes do cuidado a ser prestado.

REFERÊNCIAS

Benigna, M.J.C.; Nascimento, W.G.; Martins, J.L. **Pré-natal no programa saúde da família (PSF): com a palavra, os enfermeiros.** *Rev Cogitare enfermagem.* v. 9, n. 2 (2004).

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, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

Carvalho, V. C. P; Araújo, T. V. B. **Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.7 no.3 Recife July/Sept. 2007.

Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. Bulechek, Gloria M.; Butcher, Howard K.; Dochterman, Joanne; Wagner, Cheryl M. Elsevier Editora LTDA - Rio de Janeiro - RJ – Brasil. 6ª Ed. 2016.

Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC. Moorhead, S.; Jonhson, M.; Maas, M. L.; Swanson, E. Elsevier Editora LTDA - Rio de Janeiro - RJ – Brasil. 4ª Ed. 2010.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA : Definições e Classificação 2015 - 2017 - NANDA International. Tradução: Regina Machado Garcez. Editora Artmed - Porto Alegre – RS – Brasil. 10ª Ed, 2015.

Dourado, V.G.; Pelloso, S.M. **Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação.** *Acta Paul Enferm.* 2007;20(1):69-74.

Luciano, M.P.; Silva, E.F da.; Cecchetto, F.H. **Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes.** *Rev enferm UFPE on line.* 2011 jul.;5(5):1261-266.

Piccinini, C.A.; Gomes, A.G.; Nardi, T.; Lopes, R.S. **Gestação e a constituição da maternidade.** *Psicologia em Estudo,* Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

SILVA, A.L.; CIAMPONE, M.H.T. **Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminho para o cuidado complexo.** *Revista Escola Enfermagem da USP,* São Paulo, v. 37, n. 4, p. 13-23, dez. 2003.

Silva, E.A.T. **Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção.** *O Mundo da Saúde,* São Paulo - 2013;37(2):208-215.

Silva, R.S.; Perreira, A.; Conceição, J.C.; Biai, J.S.C. **Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com um portador do vírus da hepatite C.** *Revista Baiana de Enfermagem,* Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 87-95, jan./dez. 2010.

IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE 37ª SEMANAS DE GESTAÇÃO PELA ENFERMEIRA OBSTETRA

Stella Maris Baron Beggi Ribeiro

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESUMO: Ao propor a implantação do atendimento da enfermeira obstetra na consulta de 37 semanas de gestação no ambiente hospitalar, inicia um vínculo com a gestante e os familiares, irá acompanhar suas inseguranças, medos, dúvidas e aflições vividas durante a gestação. É um momento de muita sensibilidade pela gestação, suas alterações hormonais, hábitos alimentares, crescimento do bebê, orientações sobre a violência obstétrica, os métodos não farmacológicos, questões emocionais e psicológicas. Essa atenção a mulher é significativa durante o trabalho de parto e a assistência de toda equipe esteja apta para recebê-la e seus familiares. O cuidar, olhar, ouvir, escutar, sentir, perceber, são percepções muito mais aguçadas pelo profissional de enfermagem. A paciência e orientações são determinantes para um parto saudável e tranquilo.

A Maternidade para o atendimento da 37ª consulta pela enfermeira obstetra é referência no atendimento a gestante de baixo risco, e adepto ao Programa Rede Cegonha e Mãe Paranaense, seu atendimento é 100% do Sistema Único de Saúde, será um elo entre

a paciente e a equipe da maternidade, este acompanhamento quebrará muitos paradigmas e mitos trazidos pela gestantes. As informações serão repassadas conforme a necessidade apresentada na consulta, como a dificuldade na amamentação, planejamento familiar, vacinas, higiene, entre outras, será um momento de construção do parto, por isso também, realizará o Plano de Parto junto a gestante e familiar que acompanhará o parto de sua livre escolha. Para esta inserção da Enfermeira Obstetra no atendimento desta consulta, iniciou trabalho de sensibilização junto aos gestores.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeira obstétrica, gestante, parto.

ABSTRACT: When proposing the implantation of obstetrical nurse care in the 37-week gestation visit in the hospital setting, it initiates a bond with the pregnant woman and the family, it will accompany her insecurities, fears, doubts and distress experienced during gestation. It is a time of great sensitivity for gestation, hormonal changes, eating habits, baby growth, guidelines on obstetric violence, non-pharmacological methods, emotional and psychological issues. This attention to the woman is significant during labor and the assistance of all the staff is apt to receive her and her relatives. Care, look, listen, listen, feel, perceive, are much sharper perceptions by the nursing professional.

Patience and guidance are key to a healthy, calm delivery.

The Maternity for the attendance of the 37th consultation by the nurse obstetrician is a reference in the low-risk pregnant woman attending the Network of Stork and Mother Paranaense Program, its service is 100% of the Unified Health System, will be a link between the patient and the maternity team, this monitoring will break many paradigms and myths brought by pregnant women. The information will be passed on according to the need presented in the consultation, as the difficulty in breastfeeding, family planning, vaccines, hygiene, among others, will be a time of construction of the delivery, so also, will accompany the birth of her free choice. For this insertion of the Obstetrician Nurse in the attendance of this consultation, began work of sensitization with the managers.

KEY WORDS: Obstetric nurse, pregnant woman, childbirth.

1 | INTRODUÇÃO

Em 1996 a Organização mundial de saúde(OMS), baseadas em evidências científicas realizadas pelo mundo todo, desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal , para orientar a paciente o que se deve e o que não se deve acontecer durante o processo de parto (OMS, 1996). Já no Brasil, em 2005,a Lei N° 11.108, de abril – permite a livre escolha do acompanhante para a parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós parto, proporcionando resultados positivos no estar emocional e física da paciente. Neste mesmo ano no mês de Dezembro regulamentou com a Portaria de N° 2418/GM para as mulheres acompanhadas nos hospitais públicos e conveniados pelos Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Saúde), reorganizando assim os serviços, com os profissionais e aumentando a participação do acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto. Estamos 21 anos após esse estudo, e ainda continuam as barreiras e as transformações do processo de humanização do parto e nascimento.

2 | PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Durante o período na faculdade sempre tive interesse e afinidade na disciplina de materno infantil, este também foi o período que estive grávida (segunda gestação) e sofri muito durante o parto (este sendo cesárea por indicação médica). Senti todas as dores mesmo anestesiada, do corte cada vez que passava o bisturi, e mesmo falando que estava sentindo, por que foi muito rápido o procedimento, e a anestesia ainda não tinha efeito, me sedaram ainda mais, só senti dores fortes quando desencaixaram o bebê como se tivessem amputados as minhas pernas. Várias vezes falei que estava sentindo , mas fui ignorada e me sedaram que ganhei o bebe as 8 horas e acordei as 11 horas e 30 minutos . Ao trabalhar no município minha ligação ao pré natal sempre foi forte, estava fazendo Pós Graduação em Saúde Pública e o que aprendia na teoria podia fazer na prática com a ajuda da coordenadora da unidade de saúde. Nosso

grupo de gestante aumentou tanto que até o marido participava, isto no ano de 2004, onde já falava de humanização. Nesse período o índice de mortalidade materna e infantil na área onde atuava era zero.

Ao ser convidada para administrar o hospital e maternidade do município tentei por várias vezes realizar algumas mudanças, tanto em 2012 como agora em 2016, mas por falta de conhecimento técnico (especialização), eu sempre iniciava, mas não tinha argumentos para continuar, a equipe sempre foi muito resistente a mudanças.

Então minhas angústias eram frequentes, por que o vínculo era somente no momento do parto, precisávamos conhecer antes estas pacientes e dar um acolhimento onde ela tivesse a segurança de um bom atendimento na hora do parto e pós parto. Assim iniciamos com curso de acompanhamento do parto, onde durante o período da tarde orientávamos tipo de parto, indicação de cesariana, e os benefícios do parto normal, amamentação, vacinas, funções do acompanhantes, documentos necessários para registros e visita na maternidade. Isso fez com que conhecêssemos um pouco da gestante e já iniciávamos uma história, dando continuidade no internamento e após o parto. As pacientes que passavam neste curso e eram orientadas ficavam mais tranquilas com seus acompanhantes e familiares, não causando transtornos, como diariamente acontecia, por falta de orientações e comunicação. Assim mais um tempo depois com as orientações da pós graduação tivemos um grande avanço na maternidade, com acompanhamento desde a entrada, parto e saída para alta, alimentação como sucos e gelatinas no pré parto, 2 quartos pré parto individuais, nascimento no próprio quarto onde estava em trabalho de parto, não precisando ir até o centro cirúrgico, contato pele a pele, amamentação na primeira hora, e a consulta de 37 semanas com a enfermeira da maternidade.

3 | APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PLANO

O Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida foi construído em 1995, com 20 anos de atendimento no Município de Fazenda Rio Grande, já passou por algumas mantenedoras e por alguns administradores, sendo hoje mantido pela Prefeitura Municipal de Fazenda Rio Grande, sobre gestão da Secretaria de Saúde, com atendimento 100% Sistema Único de Saúde.

Hoje atende população estimada de 92.204 habitantes (IBGE 2015), uma construção com 30 leitos, que já atendeu pediatria, obstetrícia e clínica médica. Hoje atende apenas obstetrícia e pediatria, com procedimentos ginecológicos e ecografias. Acompanho o crescimento deste município e das transformações que ocorrem na saúde há 12 anos, sempre busco o melhor na humanização e atendimento ao paciente. Em particular na maternidade, contribui junto a equipe protocolos e fluxos para atendimento, e assim garantir acesso a atenção a saúde da mulher, para obter uma qualidade na gestação, parto e puerpério.

Em 2012 como diretora desta unidade crescemos com o de atendimentos e

procedimentos com consultas e ecografias para complementar as necessidades que visualizamos para o pré natal. E com este aumento da demanda iniciei processo de reforma e ampliação da maternidade que obtinha apenas 20 leitos de obstetrícia, mais uma vitória junto ao Estado com valor de aproximadamente 4 milhões de reais. Ao finalizar a reforma e ampliação de 30 leitos para um total de 90 leitos, distribuídos em 10 leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, 18 leitos de clínica médica, 19 leitos de clínica cirúrgica, 20 leitos de pediatria, 19 leitos de maternidade, 4 salas de centro cirúrgico, 2 leitos pré parto, 2 leitos isolamento. Todo o trabalho para reduzir a mortalidade materna e infantil e com atendimento humanizado a todos os pacientes atendidos.

4 | JUSTIFICATIVAS

Durante o período de fevereiro à dezembro do ano de 2016, realizamos curso de acompanhamento do parto, onde as gestantes traziam acompanhante escolhido por elas para acompanhar desde o momento de seu internamento, o parto, pós parto, até 48 horas para sua alta. Nesse momento de orientações observamos que eram tiradas muitas dúvidas, e sempre as orientávamos. Conversava sobre os benefícios do parto normal, violência obstétrica, amamentação, documentação para realizar o registro do bebê na maternidade, quantitativo de visitas, alimentação, higiene, e em qual momento seria orientada a realizar cesariana. Orientações sobre o trabalho de parto As mulheres conheciam a estrutura hospitalar, e conversavam com as puérperas que estavam internadas sobre o atendimento, entre outras orientações. Todas as gestantes que participavam desse momento que durava em torno de 2 horas, eram as gestantes e familiares mais tranquilas no momento do parto, estavam cientes das normas, rotinas, direitos e deveres dentro da instituição. Então surgiu a proposta da consulta da 37^a semana de gestação ser atendida por enfermeira obstetra na maternidade, para já iniciar o vínculo e orientá-la. Mesmo com a Lei 11.108 de 2015 que assegura o direito ao acompanhante, muitos profissionais não respeitam e acabam interferindo no momento tão especial a gestante. A consulta da 37^a semana com a enfermeira obstetra, deve ser principalmente um espaço para as mães tirarem dúvidas, questionar os medos, aflições e experiências vividas durante as mudanças do corpo e da mente durante a gestação. Quando a paciente é orientada antes do momento do parto, ela e sua família e/ou acompanhante, identificam muitas dificuldades que são superadas antes e as dúvidas e questionamentos são melhores assimilados. Fato este, presenciado nesta maternidade com os cursos realizados.

O vínculo com a paciente é fundamental, e na consulta realizada pela enfermeira obstetra de 37 semanas, relata os tipos de situações que podem ocorrer e como os profissionais de saúde e/ou acompanhante podem contribuir nessa hora. Suas alterações hormonais, hábitos alimentares, hábitos diários de rotina da mãe, crescimento do bebê intra útero, questões emocionais e psicológicas. Seus direitos,

os tipos de violência obstétrica, métodos não farmacológicos, e o plano de parto que é construído com ela.

Neste sentido o plano de parto é um documento elaborado pela gestante, no qual registra seus desejos e modo que ela decidiu ter o bebê, com uma lista de todos os acontecimentos durante o trabalho de parto, onde esclarece tudo o que a gestante deseja no momento do parto, poderá ser realizada uma lista com algumas intenções, como por exemplo se deseja acompanhante ou não, que realize a lavagem intestinal, tricotomia, ingerir líquidos e limentos, anestesia, medicações para aumentar as contrações, amamentação logo após o nascimento, orientá-la em caso de cesariana, ou se for necessário a episiotomia, que tenha seu consentimento. São pequenos detalhes mas que tornam-se grandes diferenças para um parto feliz e ativo, transmitindo segurança para a gestante, acompanhante e para o bebê. E auxilia a equipe em suas rotinas para a humanização ao atendimento. São orientações que passam despercebidas em todo pré natal, as vezes pela rotina e pela demanda, deixa-se de lado orientações que fazem a diferença no momento do parto. Ressaltar que o parto humanizado faz-se necessário dar liberdade às escolhas da paciente, suas necessidades, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas, e para que exista uma relação de confiança entre a pacientes e a equipe deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir o outro e na atenção dispensada, não se preocupar apenas em crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo. (FRELLO e CARRARO,2010).

Mesmo com as dificuldades da estrutura hospitalar, sempre há um jeitinho para deixá-la de forma confortável. A equipe de enfermagem sente-se mais tranquila, já constatou-se que o acompanhamento da enfermeira obstetra nesse momento, e também em outras situações, é de maior qualidade, humanização e proteção, conforme Moura et al.

... “a atenção à mulher durante o trabalho de parto torna-se um passo importante para refletir na assistência o direito fundamental de toda mulher, que é o de respeitar todos os significados desse momento, e para que isso ocorra, a equipe de saúde deve estar preparada para recebê-la e ao seu companheiro e familiares, transmitindo-lhes tranquilidade e confiança. Diferente daquela consulta mecanizada dos outros profissionais”. Moura et al., (2007p.134-148.)

Para o Ministério da Saúde “o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica de saúde... a consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro, solicitar exames de rotina e complementares, prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde e em protocolo institucional “. (Lei do Exercício profissional (DECRETO 94.406/87, Art 8º item I,e,f,h,j,l e item II c,h,j,l).

No caderno de atendimento ao pré natal do Ministério da saúde salienta-se questionamentos

“assistência ao pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento humanizados. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito

que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e, compreende: – parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas; – respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; – disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores; – promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento; – informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor; – espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje; – direito da mulher na escolha do local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. (Brasil, 2000. p.66).

Ainda, revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, apontam os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetrix (“Hatem M”, “Sandall J”, “Devane D”, “Soltani H”, “Gates S” - Cochrane Database of Systematic Reviews 2008).

5 | REFERENCIAL TEÓRICO

No Paraná, conforme destacado por Camargo (2009) o calendário ideal adotado para o acompanhamento do pré-natal é apontado de acordo com o seguinte parafraseamento:

- Uma consulta mensal até a 30^a semanas com consultas quinzenais da 31^a a 36^a semanas;
- Consultas semanais da 37^a a 40^a semanas com consulta a cada três dias após a 40^a semana;
- Limite máximo de até 42^a semanas gestacionais.

Para uma gestante sem fatores de riscos é enfatizado pelo autor que no momento onde é detectado qualquer ameaça gestacional durante a consulta se estabelece que no mínimo, seis consultas sejam realizadas pelo médico ou enfermeira no período de acompanhamento (Camargo, 2009, p. 301-302).

O pré-natal na rede básica de saúde conforme apontado por Costa (2012,p.3) é realizado pelo enfermeiro e pelo médico, com o intuito de identificar as ocorrências maternas e fetais. Sobrepujando seu linear de pensamento com foco na realização das atividades educativas acerca de todo o período gestacional – gravidez, parto e puerpério.

Conforme ainda aponta o autor, a atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal é vasta, possibilitando a realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher de forma holística, (COSTA et al, RIOS E VIEIRA 2012,p07).

...Assim, “uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias,

No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré natal de baixo risco (COSTA apud DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Uma vez empreendido os paradigmas conforme apontado por Costa, 2012, durante a implantação que contemple e integrem as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido em todos os níveis de atenção e equidade.

Para SPINDOLA, ficou bem claro que as gestantes que fazem pré natal em ambiente hospitalar, preferem serem atendidas por enfermeiras obstetras, mesmo os médicos agendando suas consultas, elas solicitavam remarcação com as enfermeiras obstetras. (SPINDOLA, et al, 2012. p. 65-73).

Estudo realizado por OLIVEIRA, “ descreve a contratação dos enfermeiros obstetra a partir de 2014 para prestarem assistência a mulher em trabalho de parto, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,” com essa nova organização iniciaram também as consultas de 37 semanas para orientações. (OLIVEIRA, 2015, p. 9). Como hoje esta acontecendo na Maternidade Bairro Novo em Curitiba.

O parto pré-termo como é definido por Camargo, 2009, p. 298, como aquele cuja gestação termina entre a 20^a e a 37^a semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação. Os autores ainda destacam que a mortalidade e morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros também abordando a característica da carga econômica associada a esses nascimentos, sendo esta significativa na mensuração que o parto prematuro demanda na assistência e cuidados de enfermagem atenuando maior nível de complexidade, especialmente com binômio puérpera e neonato.

A consulta de 37 semanas pela enfermeira obstetra inicia com algumas preocupações de identificações de possíveis agravos, que podem aparecer como hipertensão, Diabetes gestacional, e os sinais de contrações, dores na região lombar, edema, que é comum no final de gestação. Por isso é importante ter um vínculo com a gestante e como também indicativo iniciar as consultas semanais a partir deste período para acompanhar melhor esta paciente. Como as enfermeiras obstetras já estão bem preparadas para os sinais de alterações, ao conseguir a confiança da família, ela também as prepara para a hora do parto com maior tranquilidade, preparação das mamas para aleitamento materno, cuidados da mãe e do bebê. Não pode-se perder também o vínculo como médico da unidade de saúde que ela tenha referencia. A paciente será atendida pelas duas instituições. Então toda equipe deverá falar a mesma linguagem. Saber orientar de uma forma unanime e com consenso. Assim como qualquer outro profissional a enfermeira obstetra pode solicitar exames complementares laboratoriais ou de imagem, para acompanhar de forma concreta a gestante e o bebê e sua vitalidade, prestando assistência de promoção e prevenção

também neste período.

Cuidar é olhar, enxergando: ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, enfatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro. A condição essencial para que ocorra o conforto é proporcionar um ambiente favorável, ou seja, um ambiente em que a pessoa seja cuidada e sinta que está sendo cuidada, pois lhe foi oferecido/ofertado afeto, calor, atenção e amor e estes favorecerão o alívio, a segurança e o bem-estar. Segundo os conceitos citados anteriormente, pode-se perceber que o cuidado e o conforto estão intimamente ligados e são primordiais durante o trabalho de parto e parto. (CARRARO,2008).

Segundo Moura (2007), o apoio emocional que se dá a mulher com a ajuda do acompanhante, diminui as dores e a tensão do trabalho de parto. Este estudou o contentamento das mulheres com a participação de alguém de acompanhante de sua escolha na hora do parto e isso revelou que as mulheres sentem-se mais satisfeitas e felizes com o parto do que quando estão sozinhas, quando alguém de sua confiança e convivência encontra-se ao seu lado. Pela Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015,

“atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto”...”parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto”(art 2º inc II e V). (BRASIL, Ministério da Saúde).

A Lei nº7498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, prevendo expressamente como atribuição do enfermeiro o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, a execução do parto sem distocia e a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, bem como prevendo especificamente para o enfermeiro obstetra a atribuição legal de assistência à parturiente e ao parto normal e identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, inclusive com a possibilidade de realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessárias. Ainda, a Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha.

6 | PÚBLICO ALVO

Todas as gestantes que estão vinculadas ao Sistema Integrado de Saúde pré natal, que tenham como referência o Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, seus acompanhantes, e funcionários do Hospital (recepção, serviços gerais, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionista, cozinheira, administrativos, fonoaudióloga).

7 | OBJETIVOS DO PLANO

7.1 Objetivo Geral

- Implantar a consulta da 37^a semana de gestação, para atendimento da enfermeira obstetra.

7.2 Objetivos Específicos

- Contratar enfermeiras obstetras para realizar atendimento;
- Construir junto a gestante um plano de parto;
- Orientar quanto ao planejamento familiar;
- Avaliar o risco gestacional durante o pré-natal;
- Acompanhar bem estar físico e emocional da gestante;
- Orientar sobre métodos não farmacológicos.

8 | METAS

- Apresentar metas e objetivos do rede cegonha aos gestores e a necessidade de ter enfermeiras obstetras no atendimento e classificação de risco das gestantes.
- Conscientizar o corpo clínico da parceria ao atendimento pela enfermeira obstetra.
- Sensibilizar os gestores sobre a necessidade de Enfermeiras obstetras na equipe para atendimento humanizado e parto realizado pelas mesmas na maternidade;
- Apresentar justificativa junto aos gestores do custo benefício da contratação de enfermeiras obstetras;
- Aumentar e implantar o quadro de funcionários com gestantes obstétricas;
- Respeitar a escolha da mulher sobre o seu parto, trabalho de parto e acompanhantes;
- Diminuir o número de gravidez sem planejamento familiar;
- Ter claramente as opções de métodos contraceptivos;
- Prevenir precocemente risco para a gestante e para o bebe com acompanhamento do pré- natal
- Realizar questionários com perguntas antes de iniciar as orientações, e um questionário para após o parto e realizar um mapa com indicadores sobre as informações.
- Ter na sala de atendimento cartazes e folders com orientações sempre oferecendo a gestante.

- Realizar consultas de 37 semanas pela enfermeira obstetra.
- Realizar reuniões mensais com acompanhamento do parto, para orientar os acompanhantes escolhidos pelas pacientes.
- Ter uma rede multiprofissional, que colabore e respeite o trabalho de parto da mulher.
- Realizar treinamento com roda equipe sobre o trabalho de parto.
- Realizar internamento de AIH, parto e acompanhamento de pós parto pela enfermeira obstétrica.

9 | METODOLOGIA

9.1 Método

Projeto de intervenção que deverá atender as dificuldades encontradas, e as experiências práticas com o curso de acompanhamento do parto que demonstra a necessidade de um contato anterior ao parto com a gestante e promover de forma organizacional o foco do problema, que é a falta de orientações dos direitos e deveres da gestante e acompanhante.

9.2 População e amostra

Gestores, recursos humanos, câmara de vereadores, prefeitos, secretários como também as gestantes que estiverem referenciadas ao Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, pelo Sistema Integrado Saúde do pré natal, e seus acompanhantes.

9.3 Cenário do projeto de intervenção

O projeto de intervenção será aplicado no Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, em Fazenda Rio Grande, região metropolitana de Curitiba, Paraná. O Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida atende também alguns municípios vizinhos e de outras regiões, pois é porta aberta Sistema Único de Saúde, atende de forma a garantir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O atendimento na consulta de 37 semanas e ao parto da enfermeira obstetra será realizado em sala de reuniões e ou privativa.

9.4 Ações

Foram realizadas reuniões com gestores, corpo clínico, vereadores, secretario da administração, prefeito e sempre colocando os benefícios que a enfermeira obstetra só tem a trazer com sua vinculação no atendimento a consulta de 37 semanas na maternidade. Em reunião com a equipe da atenção básica, também foi constatado as melhorias e menor índice de crianças em óbito infantil, depois trabalho conjunto com

as orientações realizadas no curso de acompanhamento ao parto na maternidade.

O vínculo entre a profissional e a gestante é fundamental para um trabalho de parto com mais tranquilidade pela gestante e acompanhante que estará com ela. As orientações realizadas anteriormente momento do parto são absorvidas de forma mais natural. As gestantes que chegam sem orientações e com dores, não querem nem ouvir as orientações dadas pela equipe, e isso foi evidenciado na prática nesta maternidade. Entre outras situações de falta de informação e orientação que deveriam ter sido realizadas anteriormente no pré-natal. Também o acompanhamento neste período de todos os protocolos de rotina do pré-natal, e que se estiver em falta de algum exame laboratorial, vacina, ecografias entre outros, ainda podemos realizar ao que antecede ao parto.

10 I CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

	Ano 2017						Ano 2018												
	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Sensibilizar a gestão		x	x	x	x	x													
Reunião RH			x	x	x	x	x	x	x										
Efetivação de enfermeiras obstetras										x									
Avaliar risco gestacional durante pre natal											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Construir plano de parto											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Questionário avaliativo											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Conclusão do trabalho de intervenção																			x

11 I ORÇAMENTO – ESTIMATIVA DE CUSTOS

O valor salário para contratação das enfermeiras obstetras, após realizar uma busca onde hoje temos estas profissionais atuando será de aproximadamente de R\$ 4.000,00 à R\$ 5.000,00 reais mensais. O Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida precisará da contratação de 9 enfermeiras para atuar no atendimento a consulta de 37 semanas e também na sala de pre parto. Serão 2 enfermeiras obstetras por plantões e 1 enfermeira obstetra de folguista. Esta contratação terá o total de R\$ 36.000,00 reais ao mês, se o valor a ser pago for de R\$ 4.000,00 por mês. Se fossemos contratar médico ginecologista e obstetra para realizar esses plantões das Enfermeiras obstetras, seria o custo de 1 plantonista medico obstetra (15 plantões = R\$

24.000,00) e mais 8 plantões médico de obstetrícia. Não daria total de 2 profissionais médicos ginecologistas obstetras.

12 I RECURSOS HUMANOS

Realização de concurso público ou de contratação por teste seletivo de 9 enfermeiras obstetras com salário de R\$ 4.000,00 reais ao mês, totalizando R\$ 36.000,00.

13 I ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

Acompanhamento junto ao gestor sobre todos os trâmites para a autorização do poder legislativo (Vereadores) da inclusão do cargo de enfermeira obstetra no quadro de servidores do município do Hospital e Maternidade Nossa senhora Aparecida. Justificativas ao Recursos Humanos da Secretaria de saúde, para contratação de enfermeiras obstetras para atendimento ao Hospital e Maternidade Nossa senhora Aparecida, conforme as necessidades já designadas e por via concurso público ou por teste seletivo. Após iniciar o atendimento será realizado pesquisa de satisfação com questionário onde será incluído o papel da enfermeira obstetra, no sentido da satisfação das gestantes ao acompanhamento após a 37^a consulta de gestação, o reconhecimento do plano de parto por todo corpo clínico e o mesmo sendo respeitado quanto aos interesses e direitos da gestante. Quantitativo de óbitos infantis, após a inserção da enfermeira obstetra ao atendimento humanizado ao parto. Acompanhamento junto ao Recursos Humanos da Secretaria de saúde, para contratação de enfermeiras obstetras para atendimento ao Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, conforme as necessidades já designadas e por via concurso público. Após iniciar o atendimento será realizado pesquisa de satisfação com questionário onde será incluído o papel da enfermeira obstetra.

REFERÊNCIAS

BACHMAN, Jean A. IN.: LOWDERMILK, Deitra L; PERRY, Shannon E; BOBAK, Irene M. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5^a ed. Artmed. Porto Alegre. 2002. p.314 a 335.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: **Manual técnico/equipe de elaboração**: Janine Schirmer et al. - 3^a edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11/GM/MS, de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acessado em

06/12/2017.

CAMARGO, Kenji, R. N. C., **Fatores de Risco para prematuridade: pesquisa documental.** ESC Anna Nery Rev Enferm, 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

CARRARO, TE. Editorial. **Texto Contexto Enferm.** 2005 Abr-Jun; 14 (2): 153-4.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 311 de 8 de setembro de 2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, A. J. S., Q. Q., A. M. V. G., T. **Atuação do Enfermeiro no pré natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde,** Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v.10, n.10, 2012.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. **Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v.12, n. 4, p. 660-8, 2010. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>, acessado em 20/04/2013, às 12:30 hs.

HATEM M, SANDALL J, DEVANE D, SOLTANI H, GATES S. **Midwife-led versus other models of care for childbearing women.** Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8; (4): CD 004667.

MOURA, F. M. J. S. P; CRIZOSTOMO, C. D; NERY, I. S; MENDONÇA, R. C. M; ARAÚJO, O. D; ROCHA, S.S. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto.** K. M. Ferreira, L. V. M. Viana, M. A. S. B. Mesquita 14 Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. / dez. 2014 www4.fsnet.com.br/revista_normal. RevBrasEnferm. v. 60, n. 4, 2007.

OLIVEIRA, J. D. G. **Atuação do Enfermeiro Obstetra na Assistência à Parturiente: Percepções do Profissional**, UFRN, Santa Cruz, 2015, p. 9

SPINDOLA, PROGIANTI, PENNA, T., J. M., L.H.G, **Opinião das gestantes sobre o acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário.** Cienc. Enferm. Vol 18, nº2. Concepcion ago 2012. Opinião .p 65-73.

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA O DESFECHO DO PARTO SAUDÁVEL

Gracimary Alves Teixeira

Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN

Alessandra Vasconcelos de Sena

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN

Pamela Cândido de Moraes

Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN

Tassia Regine de Moraes Alves

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN

Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho

Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN

RESUMO: Objetivo: analisar assistência pré-natal no desfecho do parto a termo. **Método:** estudo transversal, realizado com 209 mães de bebês a termo que pariram em uma maternidade pública de abril de 2015 a março de 2016. A coleta de dados se deu durante o puerpério imediato, na maternidade, por meio de: instrumento de coleta de dados usado para entrevista direta, livros de registros de partos vaginais e cesáreas, prontuários das mães participantes. **Resultados:** 98,08% realizaram pré-natal, 52,19% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 60,97% realizaram mais de 7 consultas, 70,81% não participaram de grupo de

gestantes, 36,84% não receberam orientações sobre parto normal, 75,60% conheciam a maternidade, 55,02% dos parceiros não participaram das consultas, 61,24% tiveram parto cesárea. **Conclusão:** O número mínimo de consultas pré-natal foi satisfatório, porém, há carência na qualidade da assistência pré-natal, quanto à participação das gestantes em atividades de educação em saúde. Dessa forma, pode colaborar para o grande número de cesáreas desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVE: pré-natal; trabalho de parto normal; enfermagem materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A gravidez compreende um conjunto de aspectos fisiológicos, sociais, psicológicos e econômicos para mulher e família. O curso pelo qual essa gestação irá responder depende de fatores como o planejamento reprodutivo, histórico familiar, o meio em que a gestante está inserida, fatores culturais, religião, dentre outros aspectos. O acompanhamento correto da saúde materno-fetal permite identificar e reduzir possíveis riscos e disfunções que podem ser detectadas e tratadas precocemente, antes do desfecho: o parto (1).

assistência pré-natal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no

fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. No ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (2).

Contudo, no Brasil as cesáreas atingiram um percentual acima do permitido de quase 55% de cesáreas realizadas em 2014, onde a Organização Mundial de Saúde preconiza que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. Assim, o Brasil índices piores do que a Europa em que as cesáreas são de 20% a 22%, e dos EUA na qual taxa alcança um percentual de 32,8% (3).

Com isso, tem-se no Brasil, no ano de 2014, a taxa de mortalidade infantil de 19,21 mortes de crianças menores de um ano para 1000 nascidos vivos, sendo classificada na posição 94^a, estando em primeiro lugar o Afeganistão com 117,23 mortes e em último lugar o Mônaco com 1,81 (4). Quanto a taxa de mortalidade materna, o Brasil alcança a posição 104^a contando com 56 óbitos para cem mil nascidos vivos, o Sudão do Sul com 2,054 ocupa o primeiro lugar e o último lugar a Estônia com 2 óbitos. Pode-se afirmar que o Brasil foi bem sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal. Porém, a redução da mortalidade materna e neonatal, e a prevenção de agravos evitáveis só poderão progredir com assistência de qualidade (5).

Para que o pré-natal seja prestado com qualidade faz-se necessário o acolhimento da gestante e sua família pelos profissionais. Esse profissional deve desempenhar condutas adequadas e principalmente realizar exame físico de forma correta, e, nisso inclui medir altura uterina, manobras obstétricas, ausculta dos batimentos cardíofetais, verificar se a gestante possui edemas, buscar histórico dos últimos acontecimentos, cálculo para idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, controle da pressão arterial (PA), preparar a mulher para o aleitamento e parto (1).

Na atenção primária, a consulta de enfermagem no âmbito do pré-natal proporciona a orientação e condutas de medidas adequadas e favoráveis que visam à abordagem apropriada das necessidades individuais das gestantes. O papel do enfermeiro está direcionado ao cuidado, nessa perspectiva, o profissional deverá estar apto a prestar uma assistência de qualidade de forma científica e humana, utilizando de tecnologias leves e leve-duras para promover e evoluir de forma positiva o ciclo gravídico-puerperal (6).

Contudo, tem-se percebido nos serviços de saúde que as gestantes chegam às maternidades com carência de informações quanto aos sinais de trabalho de parto; atitudes que contribuiriam para evolução fisiológica do processo parturitivo mãe-bebê. Diante disso, a assistência pré-natal tem papel decisivo no desfecho da gestação e nascimento. Com isso, o presente estudo tem as seguintes questões norteadoras: as gestantes receberam durante o pré-natal orientações quanto ao parto normal? As

gestantes tiveram acesso a atividades de educação em saúde? Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar a assistência pré-natal para o desfecho do trabalho de parto a termo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de abril de 2015 a março de 2016, com 209 mães de bebês de nascimento a termo (a partir das 37 semanas de gestação) que pariram em uma maternidade pública do município de Parnamirim-RN, Brasil.

A escolha do município citado se deu pelo fato de possuir uma rede estruturada com 100% de cobertura da Rede Cegonha, pois, possui de 26 Equipes de Estratégia de Saúde da Família que disponibilizam assistência pré-natal e uma maternidade pública, que dispõe de classificação de risco, centro obstétrico (pré-parto e parto), centro cirúrgico, alojamento conjunto, médio risco para recém-nascidos, unidade de tratamento clínico para gestantes e recém-nascidos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, banco de leite, serviço de ultrassonografia, central de material de esterilização. Portanto, a escolha do município se deu por apresentar estruturação em rede de atenção à saúde materno-infantil, com ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente.

Como critérios de inclusão foram selecionados os partos por via vaginal ou cesárea de mulheres com gestação superior a 37 semanas e que residissem no município de Parnamirim/RN. As puérperas que apresentassem algum problema cognitivo que revelasse prejuízo a coleta de dados e por incertezas ou registros errados da idade gestacional (IG) entraram como critérios de exclusão.

Na coleta de dados foram utilizados: livros de registros de partos vaginais e cesáreas; acesso aos prontuários e cartão da gestante das mães participantes; e instrumento de coleta de dados para entrevista direta. A coleta de dados ocorreu no puerpério imediato ainda na maternidade por meio de sorteio em que se coletava uma a cada 10 partos. A análise estatística se deu por meio do Programa *Statistica 10*, utilizando frequência simples, sendo os dados apresentados em forma de tabela.

Previamente ao início da entrevista foi realizada uma explanação acerca dos objetivos e relevância do estudo para a mãe e solicitou-se a autorização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo provém com o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nº 1.047.431/2015.

RESULTADOS

No estudo foram entrevistadas 209 mães de bebês a termos que pariram na série histórica de abril de 2015 a março de 2016. Na tabela a seguir apresentam-se

os dados obtidos acerca da assistência pré-natal para o desfecho das vias de parto.

As mães participantes da pesquisa tiveram acesso às consultas de pré-natal; apresentaram alta prevalência quanto ao número de consultas, com sete ou mais consultas; porém grande parte iniciou o pré-natal apenas no 2º trimestre de gestação. Essa assistência pré-natal em sua grande maioria ocorreu em serviços públicos de saúde.

Variáveis		f	%
Realizou pré-natal	SIM	205	98,08%
	NÃO	004	1,91%
Tipo de serviço	Público	177	86,34%
	Particular/Convênio	028	13,65%
Número de consultas pré-natal	1 consulta	002	0,97%
	2 consultas	001	0,48%
	3 consultas	006	2,92%
	4 consultas	016	7,80%
	5 consultas	020	9,75%
	6 consultas	035	17,07%
	≥7 consultas	125	60,97%
Início do pré-natal	1º trimestre (até a 12ª semanas)	107	52,19%
	2º trimestre (13ª a 27ª semanas)	088	42,92%
	3º trimestre (≥ 28ª semanas)	010	0,49%
Grupo de gestantes	SIM	061	29,19%
	NÃO	148	70,81%
Orientações sobre o parto normal	SIM	132	63,16%
	NÃO	077	36,84%
Conhecia a maternidade	SIM	158	75,60%
	NÃO	051	24,40%
Parceiro foi convidado para as consultas de pré-natal	SIM	106	50,72%
	NÃO	103	49,28%
Parceiro participou das consultas de pré-natal	SIM	094	44,98%
	NÃO	115	55,02%

Tabela 1: Assistência pré-natal para o desfecho das vias de parto, abril de 2015 a março de 2016, Parnamirim-RN, Brasil.

Fonte: dados da pesquisa

Quanto às atividades de educação em saúde sobre a gestação e trabalho de parto, observa-se na tabela 1 que as gestantes não tiveram acesso a grupo de gestantes e não receberam orientações para o processo fisiológico do trabalho de parto normal. Além disso, há carência de incentivo pelos profissionais no que se refere a participação do parceiro/companheiro nas consultas de pré-natal, corroborando com os dados demonstrados a ausência da participação destes junto à companheiro.

Variáveis	F	%
Vias de parto		
Normal	81	38,76%
Cesárea	128	61,24%

Tabela 2: Desfechos dos partos, abril de 2015 a março de 2016, Parnamirim-RN, Brasil.

Fonte: dados da pesquisa

Conforme a tabela 2 pode-se observar no período em estudo, a prevalência elevada de cesáreas ocorridas no município de Parnamirim-RN, tendo em vista a falha na qualidade da assistência desde o pré-natal, com pouca participação das grávidas em grupos de gestantes, do parceiro/companheiro durante as consultas de pré-natal, e orientações as gestantes sobre o parto normal (tabela 1).

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, a assistência pré-natal das mães entrevistadas ocorreu de forma abrangente quanto ao acesso e quantitativo do número de consultas ao pré-natal, em concordância com um estudo realizado em Santa Maria/RS (7). Entretanto, os resultados mostram que, apesar do número positivo da cobertura da assistência pré-natal há carência de grupos de gestantes, ocorrência do início do pré-natal tardiamente e algumas mães não conheciam previamente a maternidade em que iriam parir, mesmo todos esses serviços sendo recomendados pela Rede Cegonha.

O início precoce do pré-natal (8 a 12 semanas) é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, pois através do acompanhamento e intervenções, como a realização de exames a exemplo de: HIV, sífilis e hepatite B pode-se prevenir a transmissão vertical dessas doenças, diagnosticarem complicações maternas de uma forma geral, controle de anemias e tratamento de hipertensão arterial e diabetes, por exemplo. Assim, prevenir e promover a saúde materna-fetal (8).

Com isso, foi preconizada pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para gestantes de risco habitual, sendo três delas realizadas no último trimestre gestacional. No entanto, em 2011 o Ministério da Saúde brasileiro com a iniciativa da Rede Cegonha lança a realização de sete ou mais consultas, para melhoria dessa assistência (9).

O período de início do pré-natal varia entre as regiões brasileiras, pois em Vitória/ES, uma pesquisa desenvolvida para avaliar a qualidade da assistência pré-natal no SUS, aponta que, cerca de 38% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 12^a semana e cerca de 75% das gestantes realizaram seis ou mais consultas (10). Na tabela 1 observa-se, que 52,19% das entrevistadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Contudo, o estudo no município do Rio de Janeiro revelou que cerca de 74% das gestantes iniciaram o pré-natal precocemente antes do segundo trimestre e cerca de 80% das gestantes realizaram seis ou mais consultas (11).

O início tardio do acompanhamento pré-natal evidencia a fragilidade na organização dos serviços de saúde do município de Parnamirim/RN e do processo de trabalho quanto à captação de mulheres, durante o período gestacional, o mais precoce possível. O quadro torna-se mais crítico ao se considerar que o município do estudo tem 100% de cobertura pela Rede Cegonha.

As recentes evidências apontam que uma maior frequência de contatos na atenção pré-natal de mulheres com o sistema de saúde é associada a uma menor probabilidade de natimortos. Isso porque com o aumento das oportunidades nas consultas sugere detectar e gerir potenciais problemas. Um mínimo de oito contatos pode reduzir as mortes perinatais em até 8 para cada mil nascidos quando comparado ao mínimo de quatro visitas (12).

Apesar da estruturação da rede de atenção a gestante que possibilitou o acesso ao pré-natal (98,08%) os resultados do presente estudo evidenciaram a falta de grupos de gestantes (70,81%) que possibilitem atividade de educação em saúde. Além disso, 36,84% negaram ter recebido informação sobre os benefícios do parto normal.

Os grupos de gestantes/familiares são encontros coordenados pela equipe multiprofissional, onde são abordadas temáticas referentes à gestação, parto, puerpério, parentalidade, entre outras temáticas relacionadas a esse ciclo. A troca de experiências e vivências é motivada pelo uso de técnicas de animação grupal, leituras reflexivas e dramatizações. O grupo se constituiu como um espaço de reflexão, de escuta, de diálogo, de troca de saberes e experiências sobre as demandas da maternidade e cuidados de saúde no período gravídico-puerperal. A presença de equipe multiprofissional e a troca de informações entre os participantes são importantes, pois favorece a humanização, a integralidade da atenção e promoção da saúde (13).

Durante o processo gravídico a orientação acerca do tipo de parto é de suma importância, e deve-se fazer presente desde o pré-natal, trazendo os benefícios do parto vaginal para que as mulheres possam efetivar um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, de forma consciente, quando previamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto. A decisão da via de parto é influenciada por riscos e benefícios, experiências prévias com parto, influência da família, interação profissional. Daí a necessidade de instrumentalizar a mulher durante a gestação para sua escolha consciente (14).

Contudo, na tabela 1, observa-se que 36,84% das mães participantes da pesquisa não receberam tais orientações. Contribuindo para elevada prevalência de cesáreas sem indicações clínicas. Em contraponto, estudo ocorrido em um hospital no município de Espinosa-MG, todas as puérperas entrevistadas relataram ter recebido orientações sobre o parto normal conforme preconiza o Ministério da Saúde que durante o acompanhamento pré-natal as gestantes devem ser orientadas quanto aos sinais de início do trabalho de parto, amenizando assim, seus anseios e medos (15).

O acompanhamento por profissionais da área da saúde durante todo o ciclo gravídico juntamente com a preparação da gestante para o trabalho de parto pode evitar problemas clínicos e também agir no tratamento quando necessário. Preparar a futura mãe durante o pré-natal para o que está por vir pode evitar intercorrências na hora do parto (16).

Alguns estudos na região nordeste do Brasil apontam que as gestantes parturientes

não tiveram seu direito garantido de conhecer à maternidade e a vinculação prévia onde ocorreu o parto conforme preconizado pela rede cegonha (17-18). No entanto, no presente estudo 75,6% das entrevistadas já conheciam a maternidade, o que mostra um ponto positivo, por ter 100% de cobertura da rede cegonha estruturada.

O parto eutócico/normal oferece diversos benefícios tanto para a mãe como bebê, como: a perda sanguínea fisiológica, permite contato pele a pele imediato, a amamentação eficaz e ainda durante o trabalho de parto normal a mãe produz os hormônios ocitocina, capaz de proteger o recém-nascido de danos cerebrais e ajudar no amadurecimento cerebral, e prolactina, que favorece a amamentação. Já a cesárea, por ser uma cirurgia, tem maior risco de complicações: infecções, hemorragias, hematomas, lesão de órgãos, dores, aderências (19).

Durante o parto normal a mulher pode escolher a posição em que deseja parir, escolher um acompanhante (podendo ser seu parceiro/companheiro), receber suporte emocional, métodos não farmacológicos como musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia, a instrução e a informação da parturiente a respeito dos procedimentos que serão realizados. Obtendo liberdade e autonomia de escolher a posição e movimentos e controle da dor por técnicas de relaxamento e massagens que são essenciais para o conforto da parturiente. Esse tipo de parto além de melhorar as condições de nascimento, diminui o número de cesarianas e de partos complicados (20-21).

A presença do parceiro no momento do parto proporciona a vivência conjunta do nascimento da criança e mais ainda importante para a vida conjugal. Pais relatam que a sua presença durante o trabalho de parto e parto foi uma das melhores formas de expressar apoio para suas esposas. Verbalizaram também a preocupação com a mulher de ficar sozinha que poderia gerar um sentimento de abandono, podendo contribuir de forma negativa no nascer trazendo consequências ruins tanto para ela quanto para o bebê (21).

Além disso, a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal expõe as gestantes ao agravamento dos desconfortos provenientes da gravidez, portanto, se contrapõe ao bem-estar das mesmas, com possibilidade de desajuste conjugal (22). Dessa forma torna-se indispensável à inserção do companheiro, pelos profissionais de saúde, desde o pré-natal. No entanto, conforme a tabela 1, apenas 44,98% entrevistadas do presente estudo afirmaram a participação dos parceiros/companheiros nas consultas de pré-natal, além disso, relatam que apenas cerca da metade dos companheiros foram convidados pelos profissionais a participarem das consultas de pré-natal.

Num estudo realizado em cinco Unidades de Atenção Primária à Saúde que prestam atendimento pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde em um município do Sul de Minas Gerais, as gestantes participantes quase que com totalidade (99%) contavam com o apoio do parceiro (23). O apoio do parceiro/companheiro pode interferir na forma como a mulher aceita e vive sua gestação. Além disso, o parceiro/

companheiro/pai do bebê é considerado um acompanhante ideal para a parturiente, por melhorar o vínculo e a representação de laços de família ao proporcionar cuidado, atenção e apoio ao acompanhar o nascimento do filho, e assim firmar de certa forma sua paternidade (24).

No entanto, estudo reflete que o pai, além de não sentir a gravidez de modo fisiológico, não possuem o direito à “licença paternidade” ou mesmo flexibilização de horários de trabalho para participar de consultas pré-natais, causando desvinculação do pai, pois é durante a gestação que se inicia o envolvimento entre mãe-pai-bebê, ao compartilhar sentimentos, ficar ao lado da gestante, acompanhar/participar da consulta de pré-natal, participar de grupos, sentir os movimentos do bebê, escutar os batimentos cardíacos que o homem percebe-se como pai (25).

CONCLUSÃO

O número mínimo de consultas pré-natal foi satisfatório, porém, deve-se averiguar a qualidade da assistência prestada nos serviços, principalmente, no sentido da participação de grupos de gestantes/atividades de educação em saúde, principalmente quanto às orientações sobre parto normal que no presente estudo esteve carente, podendo estar relacionado ao número elevado de cesáreas desnecessárias.

Com isso, seguir os passos que o Ministério da Saúde recomenda acerca dos métodos propedêuticos da consulta pré-natal é a base para definir como será o ciclo gravídico-puerperal, para que a mulher e a família possam se preparar para o trabalho de parto e para receber o bebê. Os profissionais de saúde devem ajudar com atividades de educação em saúde e orientações que promovam a livre autonomia e redução dos medos da mulher quanto ao parto, realização de visitas domiciliares (busca-ativa das gestantes), agendamento de consultas, solicitações de exames, para, assim, promover uma gravidez mais saudável.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde: 2012. p: 318.
2. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. OMS. Organização mundial da saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2014 [acesso em: 20 maio 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>
4. Index Mundi. Taxa de mortalidade infantil e materna. [Internet]. 2014 [acesso em 5 maio 2017]. Disponível em: <<http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=us&v=29&l=pt>> .
5. Viellas EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 15 maio 2017]; 30(S):85-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0102-311X2014001300016>

6. Barbosa T, Gomes L; Dias O. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 25 maio 2017]; 16(1):29-35. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21108>>
7. Anversa ETR, et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia de Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [acesso em 25 maio 2017]; 28(4):789-800. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018>
8. Domingues R, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [acesso em 25 maio 2017]; 37(3):140-7. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003>
9. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Santos Neto E T, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, & do Carmo Leal M. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 05 jun 2017]; 28(9), 1650-62. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900005&script=sci_abstract&lng=pt>
11. Domingues R, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 05 jun 2017]; 28(3):425-437. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003>
12. OPAS/OMS. Organização Pan-americana de saúde/Organização mundial de saúde. Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, 2016 [acesso em 1 maio 2017]. Disponível em: < http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=821>.
13. Maron L, et al. Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupo operativo no pré-natal. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [acesso em 05 jun 2017]; 4(3):519-28. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10827>>
14. Nascimento R, et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 05 jun 2017]; 36(esp):119-26. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>>
15. Dias E, et al. Assistência de enfermagem no parto normal em um hospital público de Espinosa, Minas Gerais, sob a ótica da puérpera. *R. Interd* [Internet]. 2016 [acesso em 10 jun 2017]; 9(2):38-48. Disponível em: < <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/910>>
16. Ribeiro J, et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. *R. Interd* [Internet]. 2016 [acesso em 10 jun 2017]; 9(1):161-70. Disponível em: < <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521>>
17. Ribeiro J, et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 [acesso em 10 jun 2017]; 5(3):521-530. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14471>>
18. Furtado É; Gomes K; Gama S. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 10 jun 2017]; 50:23. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf>

19. Fossa A, et al. A experiência da enfermeira durante a assistência à gestante no parto humanizado. *Saúde Rev.* [Internet]. 2015 [acesso em 10 jun 2017]; 15(40):25-36. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2537/1471>>
20. Aires NT, et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. *Rev Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun 2017]; 41(1):263-70. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/16195>>
21. Perdomini F, Bonilha AL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto contexto* [Internet]. 2011 [acesso em 15 jun 2017]; 20(3):445-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>
22. Silva F, Brito R. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. *Rev. Rene* [Internet]. 2010 [acesso em 15 jun 2017]; 11(3):95-102. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a10v11n3.html>
23. Silva S, Prates R, Campelo B. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [acesso em 15 jun 2017]; 4(1):1-9. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861>>
24. Silva M, et al. Ansiedade e depressão na gravidez: caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em unidades públicas de saúde. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun 2017]; 9(Supl. 7):9027-37. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10694/11758>>
25. Ribeiro J, et al. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Revista Espaço para a saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun 2017]; 16(3):73-82. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20272>>

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Ludimila Brum Campos

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem.
Juiz de Fora - MG.

Anna Maria de Oliveira Salimena

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem.
Juiz de Fora - MG.

Thais Vasconcelos Amorim

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem.
Juiz de Fora - MG.

Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem.
Juiz de Fora - MG.

Valdecyr Herdy Alves

Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Enfermagem.
Niterói - RJ.

Ívis Emília de Oliveira Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.
Rio de Janeiro - RJ.

RESUMO: **Objetivo:** Compreender os significados de mulheres na vivência do parto domiciliar planejado. **Método:** Pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, alicerçada no referencial metodológico

e filosófico de Martin Heidegger. Foram participantes nove mulheres em entrevista fenomenológica norteada pela questão: “Como foi para você vivenciar o parto domiciliar?”. Os encontros ocorreram em uma cidade mineira, nos meses de setembro/2016 a março/2017. **Resultado:** Da análise compreensiva emergiram as Unidades de Significação, que tornou possível compreender que a escolha pelo parto domiciliar planejado se deu a partir da busca pela não violência no parto hospitalar e que esta experiência foi positiva. A interpretação dos sentidos desvelados destacou a autenticidade, pois se viram como um ser na possibilidade de parir por terem autonomia de escolha durante todo o processo do parto. Ao significar sentir-se forte e capaz de fazer qualquer coisa, foi desvelado a impropriedade evidenciando não acreditarem que eram fortes antes do parto domiciliar planejado. A preocupação da equipe que assistiu o parto, evidenciou o modo ser-com a mulher no parto, em que na co-presença foram uma co-existência de apoio as auxiliando para um poder-ser diante das possibilidades. **Considerações Finais:** Na fenomenologia Heideggeriana é possível contemplar a mulher que vivencia o parto domiciliar planejado na sua dimensão ontológica. Ao buscar compreender o sentido do ser por meio da compreensão dos significados e desvelamento dos sentidos, o método permite conhecer a subjetividade e

as reais necessidades das mulheres no processo de parto, possibilitando ações a assistência obstétrica para que seja uma experiência positiva e humana.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Parto Domiciliar; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT: Objective: To understand the meanings of women in the planned home birth experience. **Method:** Qualitative research with phenomenological approach, based on the methodological and philosophical reference of Martin Heidegger. Participants were nine women in a phenomenological interview guided by the question: “How was it for you to experience home birth?”. The meetings took place in a mining town, from September / 2016 to March / 2017.

Results: From the comprehensive analysis emerged the Units of Significance, which made it possible to understand that the choice for planned home delivery was based on the search for nonviolence in hospital delivery and that this experience was positive. The interpretation of the senses unveiled highlighted the authenticity, because they saw themselves as a being in the possibility of giving birth because they have autonomy of choice throughout the process of childbirth. When it meant feeling strong and able to do anything, it was revealed the impropriety evidencing not believing that they were strong before the planned home birth. The concern of the team that attended the delivery, showed the way to be-with the woman in childbirth, in which in the co-presence were a co-existence of support helping them to a power-being before the possibilities. **Final Considerations:** In the Heideggerian phenomenology it is possible to contemplate the woman who experiences the planned home birth in its ontological dimension. In seeking to understand the meaning of being through the understanding of meanings and unveiling of the senses, the method allows to know the subjectivity and the real needs of the women in the process of childbirth, making possible the actions obstetric assistance so that it is a positive and human experience.

KEYWORDS: Women’s Health; Home Childbirth; Obstetric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Entre os séculos XVI e XVIII, os partos eram realizados no ambiente domiciliar. Entretanto, ao longo do século XIX com o crescimento das escolas médicas, incorporação da obstetrícia à medicina e avanços no controle das infecções hospitalares, gradativamente, a predominância de partos domiciliares por todo o mundo foi se perdendo. Em 1940 a taxa de PD nos Estados Unidos caiu para 40,0% e em 2000 para 0,6% (CUNHA, 2012).

A partir do século XIX, o parto que era realizado no domicílio de forma predominantemente passa a ser gradativamente realizado dentro de uma instituição hospitalar, culminando posteriormente na hospitalização do parto, em que o índice de partos hospitalares superou o de partos domiciliares (BRASIL, 2014).

Com a institucionalização do parto no século XX o parto natural transformou-se em ato médico, o que era fisiológico tornou-se patológico e a vivência do parto

domiciliar para o âmbito hospitalar. Neste contexto, o parto passou a ser um evento público e institucionalizado em que as tecnologias duras foram sobrevalorizadas, sendo medicalizado, refletindo ao longo dos anos nos altos índices de cesarianas ou no excesso de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2015; SANFELICE et al., 2014; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Estudo realizado em 2014 com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos constatou-se que dentre os 53.682.076 nascidos vivos no Brasil entre os anos 1994 e 2011, 639.155 correspondiam ao parto domiciliar, ou seja, 1,19% (CARVALHO et al., 2014). No entanto, essa realidade vem sendo modificada vagarosamente com o aumento pela procura da casa como local de escolha para o nascimento nos grandes centros urbanos. Cidades como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília e São Paulo possuem equipes de parto domiciliar devido a crescente demanda, o que aponta mudança no que diz respeito à maneira de dar à luz no Brasil (KOETTKER, et al., 2012).

A ascensão do parto feito em casa além de estar diretamente relacionada à cultura intervencionista do parto hospitalar, à fragmentação e à desumanização da assistência obstétrica e aos grandes índices de violência institucional (BRASIL, 2014) está ligada também a possibilidade de livre escolha das posições utilizadas no trabalho de parto e parto, liberdade de locomoção, o fim de enemas, tricotomia, indução de parto, jejum e episiotomia desnecessárias, não utilizar métodos farmacológicos além de respeitá-las, valorizar o seu empoderamento, autonomia, crenças, valores e cultura (ANDRADE; SILVA, 2016; DINIZ et al., 2014).

Portanto, perante todo o contexto apresentado e pelo fato do parto domiciliar ser considerada uma das possibilidades de via da humanização do parto, de resgate da autonomia e valorização da mulher no processo de parturição e de inversão deste modelo que banaliza as subjetividades, individualidades e necessidades do sujeito (SANFELICE; SHIMO, 2015), veio o anseio por compreender como as mulheres significam a vivência do parto domiciliar planejado.

Ao buscar na literatura sobre o parto domiciliar planejado, percebeu-se uma lacuna no conhecimento no que tange as questões relacionadas à existência do ser-mulher que vivencia o este tipo de parto. Portanto, acredita-se que este estudo possibilita uma melhoria da atuação do enfermeiro na assistência obstétrica ao nortear sua prática para a individualidade e reais necessidades do ser que vivencia o parto domiciliar planejado, contribuindo para uma assistência humanizada e para um desfecho positivo do parto. Além disso, permite uma visibilidade a mulher, ao parto domiciliar planejado, sua valorização e reconhecimento como um possível local para se parir.

Neste sentido, utilizar a fenomenologia Heideggeriana (HEIDEGGER, 2015) nesta investigação, trará luz ao fenômeno vivido e possibilitará alcançar a mulher na vivência do parto domiciliar planejado na sua dimensão ontológica, na sua essência, facticidade, concretude e na sua subjetividade contribuindo não somente para a sua valorização durante esta vivência, mas também para a qualidade do cuidado de enfermagem.

Neste sentido, tornou-se objetivo do estudo: Compreender os significados de mulheres na vivência do parto domiciliar planejado.

2 | MÉTODO

Esta investigação é de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial metodológico e filosófico pautado no pensamento de Martin Heidegger. A abordagem fenomenológica é concebida como um método apropriado aos estudos dos fenômenos humanos e sociais e também como uma proposta de compreensão do humano por ir além da explicação dos fatos ao focar o significado que as pessoas dão as coisas e às suas vidas. Tal abordagem permite mostrar, descrever e compreender os fenômenos vividos que se expõem e se expressam por si mesmos (HEIDEGGER, 2015).

Esta pesquisa se deu por amostra selecionada a partir da utilização da técnica de bola de neve, na qual membros de um referido movimento social que luta há oito anos pela humanização do parto e nascimento e por uma maternidade ativa, indicaram mulheres que passaram pela vivência do parto domiciliar planejado. O convite foi realizado às participantes por contato telefônico ou eletrônico prévio para integrarem a investigação. A pesquisa foi desenvolvida com nove mulheres que tiveram o parto no ambiente domiciliar de forma planejada. O número de participantes não foi determinado previamente e encerrou-se a obtenção dos depoimentos quando os significados expressos nos depoimentos se começaram a repetir e também por este número mostrar-se suficiente ao possibilitar responder o objetivo do estudo.

Mediante o aceite das participantes, a entrevista fenomenológica foi agendada para o dia e horário determinado por cada uma delas e no local de sua preferência. Os locais escolhidos para a realização das entrevistas foram diversos: museu, praça, local de trabalho e a própria residência. O processo de obtenção dos depoimentos ocorreu entre setembro de 2016 a março de 2017. O modo de acesso as depoentes foi a entrevista fenomenológica mediada pelas seguintes questões norteadoras: Como foi para você vivenciar o parto domiciliar; O que isso significou para você?

Os depoimentos foram gravados a fim de manter a fidedignidade das informações ditas e transcritos na íntegra, colocando-se entre parênteses os registros do diário de campo da comunicação não verbal e para verbal observada durante a entrevista. As participantes tiveram suas identidades tratadas com padrões profissionais de anonimato, sendo oferecido um pseudônimo a cada uma delas mediante um código alfanumérico representado pela letra E seguido do número correspondente e sequencial das entrevistas.

A análise proposta pelo filósofo se dá em dois momentos metódicos descritos na sua obra *Ser e Tempo* (HEIDEGGER, 2015). Mediante a suspensão de pressupostos, foram feitas sucessivas leituras de modo a captar o essencial na descrição das

participantes. Assim, o primeiro momento proposto pelo filósofo foi desenvolvido a partir da compreensão dos fatos que as mulheres vivenciaram no parto domiciliar planejado, e, somente após essa compreensão, foi possível a realização do segundo momento metódico, a interpretação/hermenêutica no qual os sentidos dos significados expressos foram desvelados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado/deferido no parecer nº 1.701.030/2016. Respeitaram-se as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADO

A historiografia desvelou o “quem” das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado. Dentre as nove participantes a idade das mulheres variou de 23 a 48 anos e oito (88%) são casadas. Somente uma não possui graduação, quatro (44%) possuem graduação em enfermagem e sete (77%) possuem pós-graduação, sendo que duas (22%) possuem pós-graduação em enfermagem obstétrica.

O número de gestações entre as participantes variou de um a quatro, sendo que três tiveram aborto, quatro tiveram parto anterior fora do ambiente domiciliar, sendo todos eles parto normal. O ano em que passaram pela experiência do parto domiciliar planejado variou de 2004 a 2016.

A partir da construção das unidades de significação sustentadas por fragmentos dos depoimentos, foi desenvolvido o primeiro momento metódico proposto pela fenomenologia Heideggeriana, a compreensão vaga e mediana. Esta compreensão se dá pela distinção das manifestações essenciais, possibilitando a compreensão dos significados expressos pelas participantes. Para Heidegger (2015, p. 54) “essenciais são estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática” e assim, nesse primeiro momento metódico, foram selecionados os argumentos que mostraram a presença tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes em sua cotidianidade média, extraíndo dessa cotidianidade as estruturas ditas essenciais.

Entretanto, para que fosse possível alcançar o que é essencial dos depoimentos, realizou-se a redução fenomenológica colocando em suspensão os pressupostos, isto é, os conhecimentos produzidos sobre o que trata a investigação durante a escuta e a leitura atenta dos depoimentos para que não fosse imposta nenhuma categoria ao fenômeno e o ente interrogado pudesse mostrar-se em si mesmo e por si mesmo (HEIDEGGER, 2015). Desse modo, as mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado significaram: Escolher o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê e Empoderadas e fortes, capazes de fazer qualquer coisa.

Escolher o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê.

Já tinha vivido um parto hospitalar onde eu tinha me sentido muito invadida. E aí, quando eu engravidei pela segunda vez, a única certeza que eu tinha era que eu não queria parir no mesmo lugar por conta de todas as intervenções que eu sofri. E1

A gente estudou bastante, viu documentários, pesquisas, viu relatos... Foi uma escolha muito responsável, senti que era a melhor coisa a ser feita pra ele nascer como uma coisa humana e não em uma coisa industrial como é o hospital. E2

Nasci em parto domiciliar. Acredito tanto no parto no domicílio que pra mim naquele momento eu queria a minha casa. Pra mim a minha casa era segura. E3

Comecei a me preparar para um parto normal hospitalar, mas no processo, quase no final eu comecei a sentir que eu não estava satisfeita com essa escolha. Em nenhum momento eu senti vontade de ir para o hospital. A falta de humanização neonatal que me fizeram optar pelo domiciliar. E4

Primeira coisa que eu tenho que falar é que foi uma escolha feita a partir da experiência anterior, fui vítima de violência obstétrica, física, verbal, de várias formas com manobras desnecessárias, com briga e eu queria outra forma no meu segundo filho. Na verdade é a busca da não violência, talvez da humanização no parto. Se pudesse escolher novamente, eu escolheria ter o parto domiciliar. E5

A minha opção tem a ver com os outros partos. Porque hoje eu tenho plena consciência que sofri violência obstétrica, então não queria ter parto em hospital. E7

Desde a graduação por pesquisar vi que era o caminho, era o que eu queria. O parto domiciliar é algo que a gente tem que querer ter. Realmente o parto domiciliar é a forma de ter fugido desse sistema e é realmente isso que eu queria. E08

Pesquisei, estudei bastante sobre o que está acontecendo nos hospitais. No meu caso a minha família sempre teve essa questão de ter filho muito naturalmente assim tem poucos casos de cesárea. E9

As mulheres expressaram a vivência do parto anterior como fator determinante para a escolha pelo parto domiciliar. O fato de terem sofrido violência obstétrica física, verbal e intervenções desnecessárias as fizeram desejar um parto que não tivesse intervenções ou que fosse até mesmo fora do ambiente hospitalar.

Houve situações que explicitaram que o que as fizeram buscar pelo parto domiciliar foi à busca da não violência, da humanização do parto. Além disso, mencionaram que a falta de humanização neonatal as fez optar pelo parto domiciliar, alegando que precisa ser bom para os dois (mãe e filho), pois não adianta a mulher ser respeitada e o filho ser maltratado na primeira hora de vida.

Por vezes, ressaltaram que a escolha pelo parto domiciliar se deu por fazerem pesquisas, estudos e verem que era a melhor coisa a ser feita por todos os benefícios que ele proporciona como permitir nascer de forma mais humana e não industrial como é no hospital. Por terem assistido documentários e estudado o assunto afirmaram ter sido muito responsável a escolha pelo parto domiciliar e que nunca colocaria a vida do

filho em risco por um capricho.

Outra expressou escolher o parto domiciliar, mesmo após duas vivências delicadas, por ter o domicílio como um ambiente mais seguro que o hospital para se parir e também por acreditar nesta opção de parto dizendo ter um querer muito profundo por este parto.

Disseram ainda que a escolha pelo parto domiciliar esteve também relacionada a tradição familiar de parto normal mencionando querer parir da mesma forma que suas avós e mães. Expressaram também que o parto domiciliar é uma forma de sair do sistema existente, mas que é um tipo de parto que a pessoa tem que querer ter e que para tê-lo se prepararam psicologicamente, prepararem seu corpo e também sua família.

Empoderadas e fortes, capazes de fazer qualquer coisa

Parto domiciliar tem a ver com empoderamento, de ver até onde você vai, até onde você assume sua responsabilidade. Fui inundada por uma coisa que era muito maior do que eu. A sensação é que depois que consegue parir seu filho de parto natural em casa você tem um plus. Você consegue fazer qualquer coisa na vida. Porque tem uma coisa de força mesmo, de confiar na minha própria força. E1

Me mostrou que eu tinha muita força. Depois disso eu acho que eu sou capaz de fazer qualquer coisa, foi essencial pra mim essa experiência. Foi empoderador. E2

Então, é poder imaginar que você é capaz de parir. E3

É extremamente revolucionário. Você não é o mesmo. Depois que passa por isso você se sente capaz de tudo. Muito mais forte e de uma força que não pode ser abafada. E4

Parir em casa me possibilitou uma autonomia, uma governança sobre o meu corpo, sobre o que estava sentindo. O que o hospital em si não me proporcionou de forma alguma. E5

Superação dos meus medos, dos meus limites e conhecer a força da natureza no meu corpo. De como nosso corpo é perfeito, capaz de parir em condições normais, experimentar de uma forma muito sagrada essa força da natureza. E6

Me senti com uma força. Empoderada. Poxa eu consegui isso, você consegue qualquer coisa. Você se sente forte. Sabe aquela força de mulher mesmo, uma coisa instintiva. E7

É uma vivência que fez a gente crescer muito, capaz de passar por algo que não imagina. É saber que eu sou muito forte. Realmente é um empoderamento que a gente não imagina que a gente tem. É você ter poder sobre o seu corpo, sobre sua vida. Realmente é um empoderamento que o parto domiciliar dá. E08

Foi uma experiência de muito empoderamento. Senti esse poder, essa força. Você que é dona mesmo do seu corpo. É muito libertador pra mulher, muito forte. Com força para enfrentar qualquer coisa. E9

Diante dos depoimentos o empoderamento e a força das mulheres durante e após a vivência do parto domiciliar foram significados, que passar por esta experiência

tem a ver com acreditar na própria força e que esta vivência mostrou que tinham muita força e uma força que não pode ser abafada.

Relataram sentir no parto domiciliar o poder e a força de trazer outro ser a vida quando se realiza de maneira própria todo o trabalho. Disseram ainda que neste parto tem poder sobre o seu corpo, sua vida, sobre o que está acontecendo ali. Sentiram-se donas do próprio corpo aludindo ser libertador e muito forte para a mulher.

Sentiram-se empoderadas e fortes com força instintiva de mulher ao passar pela experiência do parto domiciliar e que, portanto, seus medos passaram a não ser nada, foram superados. Significaram que passar pela experiência do parto fez com que se sentissem fortes, com coragem e capazes de enfrentar qualquer coisa. Também que conseguir passar pelo parto domiciliar as fizeram crescer como mulher por perceber que são capazes de passar por algo que não imagina.

As participantes contaram não se sentirem as mesmas após vivenciar o parto domiciliar e que o parto domiciliar permite imaginar que é capaz de parir, possibilita autonomia, governança sobre o seu corpo, sua vida, sobre tudo o que está acontecendo naquele momento diferentemente do hospital. Relembrou ser extremamente revolucionário a vivência do parto domiciliar. Significaram-no como uma vivência que as fizeram experimentar a força da natureza em si, sentirem-se como parte dela e de ver como o corpo é perfeito e capaz de parir em condição normal.

4 | DISCUSSÃO

Por meio da compreensão vaga e mediana, foi possível compreender os significados do *ser-mulher-na-vivência-do-parto-domiciliar-planejado* e elaborar o fio condutor com a construção do conceito de ser, partindo-se, nesse movimento, da dimensão ôntica (factual) para a dimensão ontológica (fenomenal).

A partir do fio condutor inicia-se a análise interpretativa ou hermenêutica, segundo momento metódico proposto por Heidegger que é a interpretação dos sentidos do ser diante da possibilidade do desvelar desses sentidos que, por sua vez, ficaram velados pelos significados no primeiro momento metódico. Pois, na compreensão vaga e mediana, compreende-se os significados, mas os sentidos que se quer buscar permaneceram velados.

De acordo com Heidegger (2015, p.41) “a compreensão vaga e mediana de ser é um fato”, explicita o ser do ente sem interpretar- lhe o sentido e “apreender o ser dos entes e explicar o próprio ser é tarefa da ontologia” (HEIDEGGER, 2015, p.66).

A interpretação em Heidegger é, no compreender, a projeção do ser da presença para possibilidades, sendo que esse ser para possibilidades é um *poder-ser* que corresponde ao modo de ser de um ente compreendido. Para ele “interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender” (HEIDEGGER, 2015, p. 209) e nesse sentido, o compreender guarda em si a possibilidade de apropriação do que se compreende, a interpretação.

O modo de ser da presença exige que a interpretação ontológica conquiste o ser desse ente contra sua tendência própria de encobrimento e nesse sentindo, buscou-se nesse segundo momento metódico, desvelar alguns sentidos do *ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado* a partir do caminho que apontaram nos depoimentos para que algumas facetas do fenômeno pudessem ser interpretadas, pois é a partir dos fatos ônticos que iremos desvelar o ontológico (HEIDEGGER, 2015).

A construção do conceito de ser das mulheres mostrou o modo de ser do ente dessas mulheres que vivenciaram o parto domiciliar e foi a partir do acesso a esse ente que se chegou à questão do seu ser, pois ser é ser de um ente. Ente para Heidegger (2015, p.42) “é tudo de que falamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos” e ser está naquilo que é e como é, no ser simplesmente dado, no ‘dá-se (HEIDEGGER, 2015).

E nesse sentido, as mulheres ao mostrarem o modo de ser do ente na sua existencialidade, permitiram *desvelar o ser-aí-mulher-na-vivência-do-parto-domiciliar-planejado*. Como *ser-aí* que está no mundo, o ser-mulher esteve lançada na facticidade da desumanização da assistência e da violência obstétrica, com intervenções desnecessárias e desrespeito ao seu corpo no parto anteriormente vivenciado, desejando a partir disso uma forma diferente de ter o parto e buscou a humanização do parto para a próxima gestação. E dentro desse contexto, viu o parto domiciliar como a melhor escolha a ser feita.

Ao significar ter escolhido o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê, revelou o seu mundo próprio, o seu *Dasein* permeado por possibilidades. Ao dizer que queria para o próximo parto uma forma diferente do já vivenciado, que o parto domiciliar era uma vontade, que desde o início sabia que ia ser parto domiciliar e que encontrou o parto domiciliar como alternativa de não sofrer violência obstétrica, a mulher se viu lançada na possibilidade de parir, *um-poder-ser-si-mesmo* de maneira própria e ainda agiu por si mesmo por esta escolha mostrando um *ser-si-mesmo próprio*.

A opção pelo parto domiciliar foi da mulher sendo, portanto, uma escolha do ser mulher que é *sendo-no-mundo* e isso nos revela que ela compreende quem ela é e se mostra na *autenticidade*.

Ao fazerem um retorno do vivido do parto anterior, algumas mulheres descrevem a violência obstétrica como um dos motivos que as fez optar pelo parto domiciliar planejado não sendo possível desvelar neste momento o *fatalório*, que para Heidegger (2015, p.232) “é a possibilidade de compreender tudo sem ter apropriado previamente da coisa”. Este não se evidenciou como sentido do ser mulher ao relatar sobre a violência obstétrica, pois por ela ter sofrido, ela o refere com propriedade, tem o compreender autêntico comunicando no modo da apropriação originária não apenas repetindo e passando adiante a fala e, isso favorece na humanização do parto hospitalar e no reconhecimento do parto domiciliar como uma possibilidade.

Por outro lado, quando a mulher revela ter escolhido o parto domiciliar por

ter estudado bastante sobre o que estava acontecendo nos hospitais, por ter visto documentários, relatos e lido também pesquisas sobre o parto domiciliar e constatar que era o melhor para si e para o bebê, o ser-mulher cai na *falação* e na *curiosidade*. De acordo com Heidegger (2015, p.237) é “a falação rege os caminhos da *curiosidade*. É ela que diz o que deve ser lido e visto” (HEIDEGGER, 2015).

A *falação* não se funda tanto no que ouviu dizer, mas principalmente daquilo que se lê. Heidegger (2015, p.232) menciona que “a compreensão mediana do leitor nunca poderá distinguir o que foi haurido e conquistado originariamente do que não passa de mera repetição” e por isto o ser-mulher aqui não tem o compreender autêntico, a compreensibilidade é mediana repetindo e passando adiante a fala sem solidez, sem uma apropriação originária da coisa.

A *curiosidade* por sua vez está relacionada com o ver, não para compreender o que se vê, mas apenas para ver. E aí, quando a mulher se baseia no que viu em documentários, relatos e em pesquisas para fundamentar sua escolha pelo parto domiciliar planejado, desvela esse sentido. Ressalta-se que o *fatalório* associado com a *curiosidade* constitui a *ambiguidade*, no entanto, neste momento, o modo ambíguo do *ser-mulher* não foi desvelado.

Ao significar sentir-se **empoderada e forte, capaz de fazer qualquer coisa** depois da vivência do parto domiciliar planejado, o modo ambíguo do ser-mulher foi desvelado. Pois ao pensar que depois da experiência deste parto é uma pessoa diferente, um ser humano mais pleno, quando no fundo não é e que não era forte antes do parto domiciliar planejado, quando no fundo sempre foi, desvelou o sentido da ambiguidade que para Heidegger, nela, “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou então parece que não o foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2015, p.237).

Quando a mulher mencionou que passar pela experiência do parto domiciliar permitiu que se sentisse dona do próprio corpo, mais forte, capaz de fazer qualquer coisa, com coragem e com um empoderamento, retirou o seu *poder-ser* do seu ser-si-mesmo próprio e o transferiu para o agente, no caso o parto domiciliar planejado tornando seu *poder-ser* em um ser-si-mesmo impróprio, desvelando o sentido da inautenticidade/impropriedade.

Encontramos Heidegger expressando que:

Impropriedade constitui justamente um modo especial de ser-no-mundo em que é totalmente absorvido pelo “mundo” e pela co-presença dos outros no impessoal. [...] Deve-se conceber esse não ser como o modo mais próximo de ser da presença, o modo em que, na maioria das vezes, ela se mantém (HEIDEGGER, 2015, p.241).

Portanto, quando a mulher menciona no seu vivido do parto domiciliar se sentir na sua cotidianidade “modo de ser da presença” outra pessoa, uma mulher muito mais forte, capaz de aguentar qualquer coisa, fica evidenciado que ela não acreditava que era forte e o parto domiciliar fez com que acreditasse que era forte, é nesse momento que a presença se perde na inautenticidade/ impropriedade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação, pautada no referencial de Martin Heidegger, possibilitou contemplar a mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado em sua dimensão ontológica, pois o olhar se voltou para o ser-mulher e compreender o vivido do parto domiciliar planejado e desvelar os sentidos desta no partear. Os resultados foram obtidos por meio da entrevista fenomenológica e a análise compreensiva (compreensão vaga e mediana) e interpretativa (hermenêutica), proporcionou alcançar a compreensão dos significados e o desvelamento dos sentidos expressos pelas mulheres.

Utilizar o método proposto pelo filósofo proporcionou o encontro do ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado desvelando o ser-aí relacionado com o mundo vivencial de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado instituído de presença e possibilidades.

Neste vivido, elas significaram ter escolhido este parto por terem sofrido violência obstétrica no parto hospitalar. Portanto a escolha pelo parto domiciliar foi delas a partir do vivido do parto anterior se desvelando autênticas e lançadas na possibilidade de parir, um-poder-ser-si-mesmo de maneira própria. No movimento existencial as mulheres se mostraram curiosas com os modelos de parto no Brasil, procurando ver e estudar a respeito da temática desvelando a curiosidade. Ao verem documentários, relatos e lerem pesquisas, formaram suas opiniões a respeito do parto domiciliar planejado repetindo sem solidez, ser este parto a melhor coisa a ser feita para si e para o bebê, caindo neste momento no falatório.

Mulheres que escolhem o parto domiciliar planejado buscam por uma forma mais natural de parir, por menos intervenções, pela não violência, valorização da mulher e o protagonismo, pois querem ser ativa no próprio parto, participar, ter liberdade de escolha nas suas possibilidades.

Assim, espera-se que este estudo se configure em possibilidades de reflexão e ação no que diz respeito a assistência prestada no parto e nascimento seja ela em ambiente domiciliar ou hospitalar uma vez que as necessidades e individualidades das mulheres giram em torno do fenômeno do parto normal. E, que esses resultados contribuam para a visibilidade e ressignificação do parto domiciliar planejado como possibilidade de local de parto que é seguro e que possibilita o protagonismo e a humanização do parto preconizada pela Política de Humanização do Parto e Nascimento, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. P. A.; SILVA, L. T. **Os benefícios do parto domiciliar: resgate de uma prática naturalista**. Revista Presença.v.1: 58-65p. 2016.

BRASIL. **Caderno Humaniza SUS- Humanização do Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 467p, 2014.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 12 dez.2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BRASIL. **Sentidos do nascer. Percepções sobre o parto e o nascimento.** Brasília-DF: Ministério da Saúde. 1ed, p.48, 2015.

CARVALHO, I.S. et al. **Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico.** Rev enferm UFPE on line. Recife, v. 8, n.2, p.3847-54, out., 2014.

CUNHA, A.A. **A controvérsia do parto domiciliar.** FEMINA. v. 40, n.5, p.1-10, out., 2012.

DINIZ, C. S. G. et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nacional Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.30, p.140-153. 2014.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo** - Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback 10^a ed. Petrópolis;Vozes: 2015.

KOETTKER, J. G.; M. et. al. **Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC.** Revista Saúde Pública. São Paulo. v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012.

SANFELICE, C. F. D. O. et al. **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar.** Rev Rene. v.15, n.2, p. 362-70. 2014.

SANFELICE, C.F.D.O; SHIMO, A.K.K. **Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis.v. 24, n.3, p. 875-82. 2015.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v.16, n.1, p. 95-107, 2015.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: “SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO”

Claudia Conceição Coelho do Nascimento

cccn67@gmail.com

Bianca Gomes da Silva

enfabianca@gmail.com

Marcia Villela Bittencourt

mavibi@uol.com.br

Catia Regina Di’matteu Paulo

catiadimatteu@hotmail.com

Claudia Lima Oliveira

claudiaoliveira@outlook.com

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado, humanização na assistência, educação em enfermagem

INTRODUÇÃO

O processo de humanização do parto e nascimento iniciou-se na década de 50 com os movimentos feministas na Europa questionando os direitos reprodutivos e sexuais (HOWARD & STRAÜS, 1955; DINIS, 2005).

Em 1985 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto. Conferência essa que foi um marco na defesa dos direitos das mulheres com a carta de Fortaleza (WHO, 1985).

Em 1996 a OMS utilizando uma síntese de vários artigos publicados desde a década de 50; e lança as recomendações da OMS para o parto e nascimento.

Essas recomendações foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2000, sob o título Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático, que propõe a troca do modelo médico medicalizado, instrumentalizado, autocrático, hegemônico, para um modelo humanizado, baseado em evidências.

O resgate do feminismo no cenário do parto transformando essa mulher na protagonista desse evento fisiológico.

Nesse contexto uma das estratégias do MS, foi à inserção da Enfermagem Obstétrica no cenário de parturição. Tal estratégia exigiu investimento de recursos no serviço público para capacitação dos profissionais Enfermeiros atuantes na assistência a mulher neste momento. Inicialmente essa capacitação foi feita no modelo de habilitação e especialização lato sensu e posteriormente como especialização na modalidade de residência em Enfermagem Obstétrica.

Durante a atuação desses profissionais na assistência obstétrica sentimos dificuldade em estabelecer uma mudança de paradigma no atendimento da mulher durante o ciclo gravídico

puerperal pela equipe multiprofissional de saúde.

Segundo Farias (pg 11, 2010):

“Humanizar a assistência implica, primeiramente, em humanizar os profissionais de saúde e para isso os cursos, palestras não adiantam, tem que ocorrer mudanças de atitude na filosofia de vida, na percepção de si e de seus semelhantes como seres humanos, em que a informação, a decisão e a responsabilidade deverão ser compartilhadas entre o cliente e o profissional de saúde.”

Em decorrência da incorporação de novas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto, sentimos a necessidade de sensibilizar a equipe de enfermagem, ratificando e sedimentando as boas práticas de atenção à mulher no ciclo gravídico/ puerperal, e na acolhida ao seu acompanhante,

Esse momento considerado de intensas emoções e controvertidos sentimentos vividos pelas mulheres e familiares, devido a mitos e mistérios do imaginário popular, a acolhida dos profissionais pode modificar ou suavizar esse cenário de forma positiva, de acordo com a abordagem, proporcionando com isso a melhoria da qualidade da assistência.

Estimular mudanças na prática clínica da enfermagem divulgando condutas e procedimentos de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo um ambiente saudável respeitando o processo fisiológico de parir, podemos reduzir os abalos ou traumas psicológicos no trabalho de parto e no nascimento.

Objetivando atender a essa necessidade no cenário descrito uma residente de Enfermagem obstétrica, em conjunto com a preceptoria, desenvolveu uma proposta estratégica de sensibilização da equipe de enfermagem, para atenção humanizada na assistência ao trabalho de parto e nascimento.

EIXO TEMÁTICO

1 - Humanização da assistência ao parto e sua inserção no Município do Rio de Janeiro

O significado de humanizar segundo Aurélio é “humanar; inspirar humanidade a; adoçar; suavizar; civilizar, tornar-se humano; compadecer-se”

A humanização da assistência ao parto compreende resumidamente dois aspectos importantes. O primeiro estabelecer uma relação empática entre a clientela assistida e os profissionais de saúde, criando um ambiente acolhedor e reconfortante; o outro envolve adoção de boas práticas no acompanhamento do trabalho de parto e nascimento.

Para cumprir o compromisso assumido na Primeira Conferência Intermunicipal de Proteção ao Parto e Nascimento, em setembro de 1997, as instituições municipalizadas do estado do Rio de Janeiro, receberam investimentos em reformas, equipamentos e recursos humanos, e, no ano de 1998 houve o lançamento do

Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente, em determinada área programática da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O projeto previa a inserção de enfermeiras nos serviços de pré-natal e na assistência ao parto em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro.

A assistência prestada pela enfermagem obstétrica, veio atender o novo modelo proposto pela OMS e Ministério da Saúde (MS), pois o modelo utilizado até então, vinha sendo criticado por gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Desta forma esses profissionais implementaram as boas práticas de assistência ao parto, valorizando a mulher, numa relação de corresponsabilidade na construção desse processo de parturição.

Baston e Hall, 2010 cita:

“No Brasil, as recomendações para a Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento encontram-se em uma série de documentos de entidades governamentais (Ministério da Saúde) e não governamentais (Rede de Humanização do Parto e Nascimento – Rehuna, entre outros).”

2 - Boas práticas de assistência ao parto normal

O movimento feminista e o cenário apresentado exigiam discussão e medidas concretas. Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou pesquisas em todo o mundo que resultaram em importantes evidências científicas, dando origem a uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal. No ano de 1996 é então publicado o documento Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento orientando os profissionais quanto ao que deve e o que não deve ser feito no processo do parto.

O objetivo do Cuidar no parto normal, na perspectiva do cuidador, consiste em alcançar uma situação de saúde materna e infantil com a menor intervenção possível compatível simultaneamente com a segurança de todos os intervenientes (WHO, 1996).

As boas práticas visam respeitar o processo fisiológico, a participação ativa da parturiente baseada em informações, e a extinção de procedimentos rotineiros dispensáveis, bem como evitar um excesso de intervenções clínicas, que não raro, trazem resultados negativos.

Esse documento estava dividido em quatro categorias, diante de tudo que foi analisado nas práticas pelo mundo, levando em consideração os melhores resultados. Na primeira categoria foram apresentadas práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas tais como classificação de risco gestacional, confecção de plano de parto, presença de acompanhante, oferta de líquidos por via oral, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, administração profilática de Ocitocina no terceiro estágio, contato pele a pele entre mãe e filho precoce e início da amamentação ainda na primeira hora, dentre outras.

A segunda categoria tratou das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes

e que devem ser eliminadas como o uso rotineiro de enema, tricotomia, acesso e hidratação venosa, uso indiscriminado de ocitócitos, uso de posições de litotomia ou decúbito dorsal, puxo dirigido, Manobra de Vasalva, ergometrina no terceiro estágio, foram as principais. A terceira categoria tratava de práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. Essas evidências falam do uso de tecnologias não farmacológicas ainda não comprovadas cientificamente tais como uso de ervas, estimulação dos nervos, aromaterapia. A amniotomia precoce de rotina, proteção perineal, pressão no fundo do útero, clampeamento precoce do cordão, o uso rotineiro de Ocitocina no terceiro estágio e tração controlada do cordão também devem ser avaliados criteriosamente.

A última categoria tratou de práticas frequentemente usadas de modo inadequado como restrição hídrica e alimentar, analgesia peridural ou com agentes sistêmicos, monitoramento fetal eletrônico, exame vaginal repetido frequentemente, cateterismo vesical, puxo dirigido, episiotomia, parto operatório, dentre outros.

A introdução do acompanhante no cenário do parto representa para a mulher um agente tranquilizador, visando quebrar a tríade, medo tensão e dor, resguardando sua segurança emocional com alguém de sua escolha e confiança.

Para garantir a presença desse acompanhante foi aprovada a lei federal nº11108 de abril de 2005, que:

"Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS."

Essa lei obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O acompanhamento do trabalho de parto e parto sem intervenção, não exclui, a necessidade de avaliação do bem estar materno e fetal; através do monitoramento deste processo com a utilização do partograma, segundo orientações da OMS/MS; para uma avaliação criteriosa dos riscos e intervenção segundo evidência, quando necessário.

Durante esse acompanhamento, é devido proporcionar um ambiente favorável, privativo, tranquilo, com controle de luz, temperatura e ruídos, possibilitando a livre movimentação da mulher, em adoção de posições de sua escolha, prover hidratação e alimentação leve, ofertar métodos não farmacológicos para alívio da dor e tecnologias não invasivas para auxiliar na parturição, abreviar o trabalho de parto e corrigir possíveis distorcias que possam ocorrer durante esse período.

Logo após o nascimento propiciar um momento íntimo e familiar, conduzindo o bebê ao ventre materno, para um contato pele a pele, promovendo a instituição um vínculo mãe/bebê, facilitando reduzir a hipotermia e a adaptação na sua transição no espaço intra para o extra uterino; sendo também, uma maneira inicial de promover o

aleitamento materno;

3 - Violência Obstétrica

Nos últimos anos, a violência obstétrica ganhou visibilidade em decorrência dos inúmeros estudos acadêmicos, processos propostos no Judiciário, atuações de ativistas que corroboraram para que um novo conjunto de intervenções de saúde pública fosse colocado em prática.

Segundo OMS (2015):

“A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas a integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais que são atendidas, bem com o desrespeito a sua autonomia.”

Definida como violência cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica e até sexual. Infelizmente é mais comum do que se imagina.

Algumas atitudes como: impedir que a mulher tenha um acompanhante, condicionara presença do mesmo a “ autorização do médico”, não oferecer opções para o alívio da dor, impedir que a mulher se movimente, beba água ou se alimente, entre outros comportamentos pode gerar responsabilidade administrativa, civil e penal para os profissionais. (ABENFO, 2015)

A lei nº 4173/17 assegura medidas de informação a gestantes e parturientes contra a violência obstétrica.

De acordo com a lei atos que ofendam de forma verbal ou física as mulheres gestantes ou parturientes, antes, durante ou após o parto são considerados violência obstétrica. Frases pejorativas, discriminatórias, agressão física, sexual, humilhações, procedimentos médicos não consentidos, recusa de internação, graves violações de privacidade, classificam esse ato tão vil contra as mulheres.

No que diz respeito a fiscalização, a lei estabelece que deverá ser realizada pelos órgãos públicos, sendo responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações as normas nelas contidas.

Com a chegada do mundo moderno. O parto deixou de ser um assunto de mulheres e um momento de empoderamento feminino para inúmeras vezes se transformar num ato cirúrgico, frio, estéril, tendo como figura principal o médico, que com sua influência devido a sua figura de detentor do saber que permeia o inconsciente coletivo, faz com que as mulheres acreditem que sem sua ajuda são incapazes de protagonizar seu momento.

No documentário “ O renascimento do parto “ de Eduardo Chauvet esse protagonismo encontra-se durante todo processo, a humanização se faz presente. Quanto mais empoderada de saber estiver a mulher, menos chances terá de sofrer com a violência obstétrica. Lançar mão do código civil, códigos de ética, orientações do Ministério da Saúde, poder utilizar-se de projetos governamentais como a Rede Cegonha por exemplo, lhe darão acesso a informação e permitir que possa questionar

e solicitar informações, além de garantir sua integridade física e emocional.

Ter direito a um parto digno, coberto de toda atenção multiprofissional que a mulher necessita, é um direito de cidadania. Protagonizar, viver com seu acompanhante esse momento tão ímpar na vida de um ser humano, deveria ser natural. Somente através do conhecimento das leis, do empoderamento através do saber, transformará esse assunto violência obstétrica obsoleto e com o passar dos anos poderemos enfim parir com dignidade e respeito.

4 - Mitos e medo do trabalho de parto

O parto se apresenta como um fenômeno natural e fisiológico, podendo ser parte do ciclo vital de uma mulher. Um momento único para o binômio (mulher e criança), por envolver aspectos além dos biológicos, como os culturais e sociais tornando-o um fenômeno complexo. (OSÓRIO; SILVA; NICOLAU, 2014). Muito do comportamento que a mulher expressa no seu processo de parturição, assim como sua percepção sobre o trabalho de parto, se dá através das informações que a mesma teve durante a vida sobre o mesmo, sendo também moldado pelo meio social (e cultural) no qual a mulher está inserida (BEZERRA e CARDOSO, 2006). A parturiente é protagonista deste momento, onde ela é capaz de desenvolver um parto seguro e mais confortável possível para desenvolvê-lo, conhecer seu corpo e segui-lo se faz necessário, muitas vezes afastando certas crenças e mitos criados pelo imaginário coletivo (OSÓRIO; SILVA; NICOLAU, 2014). Em todas as culturas há tabus e mitos que orientam a determinado grupo sobre as percepções dos mesmos sobre a interpretação de perigo, por exemplo (BEZERRA e CARDOSO, 2006).

Em estudo realizado com mulheres gestantes sobre a escolha da via de parto, no setor público e privado, observou-se que há um maior percentual de mulheres que colocam a cirurgia (cesária), como a via mais segura de parto. O mesmo estudo trouxe que a proporção de mulheres que passaram pela cirurgia, sem mesmo entrar em trabalho de parto, foi de 80% no setor privado (DOMINGUES et al, 2014).

MITOS E MEDOS

Como foi dito anteriormente, em todas culturas há diferentes mitos e tabus sobre diversos temas, um deles é o parto.

Muitas mulheres, sem mesmo entrar em trabalho de parto, afirmam que em uma experiência da gestação anterior, não teve o que chama de “passagem” (BEZERRA e CARDOSO, 2006). O trabalho de parto há diferentes fases (fase de latência e ativa), que se diferenciam tanto pelo padrão de contratilidade, quanto a duração. Na fase de latência, há contrações irregulares, com tempo de duração variável, não sendo necessariamente contínuo. Já a fase ativa, as contrações uterinas são regulares e a dilatação cervical progressiva. Em primíparas o trabalho de parto pode durar em média de oito (8) há dezoito (18) horas, já em múltiparas, cinco horas (5) e até doze

(12) em média, sendo pouco provável que dure mais. (BRASIL, 2016)

Entretanto, estudo realizado inicialmente na África publicado primeiros resultados em abril em parceria com a Organização Mundial de Saúde (SOUZA et al, 2018), sugere que não há um padrão universal para a progressão do trabalho de parto. Cada mulher em trabalho de parto deve ser avaliada e o caso analisado de forma individualizada, naturalmente indo contra as convenções atuais, de tempo médio de dilatação (menor que 2 cm em quatro horas para primíparas; ou lento processo para múltiparas) (BRASIL, 2016) sugerindo que o mesmo seja revisado.

De toda maneira, orientar quanto as diferenças entre trabalho de parto na fase latente, ou fase ativa; os reais fatores que indicam a internação em trabalho de parto, diminuindo a internação precoce que causa tanta ansiedade e induz intervenções desnecessárias (DOMINGUES et al, 2014).

Da mesma forma, a dor durante o trabalho de parto, apesar de real, ainda causa grande insegurança no imaginário da gestante. Outras mulheres que passaram pela experiencia, relatam as terríveis dores, ligadas ao sofrimento de ter que parir. Neste sentido, podemos associar culturalmente a ideia bíblica da dor do parto como castigo divino para Eva e todas as mulheres que vieram depois. Sendo assim, este momento não poderia refletir prazer, por exemplo (DOMINGUES et al, 2014).

Sabemos que no parto há dor, entretanto a dor é subjetiva, e a maneira que cada indivíduo reage a ela também. O que devemos mostrar é que há uma diferença entre dor e sofrimento (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010).

Existem diversos métodos para o alívio da dor no trabalho de parto, e devemos como profissionais explorá-los com as gestantes durante o pré-natal. Desde aqueles métodos não farmacológicos como a imersão em água morna, massagem em locais específicos como a lombar, associada também a utilização de óleos relaxantes; até acupuntura e a hipnose. Além disso, também há as analgesias que podem ser utilizadas segundo o desejo da parturiente, se o local ofertar o mesmo (BRASIL, 2016). Todas essas estratégias visam tornar o trabalho de parto mais leve para as mulheres, tornando o momento um pouco mais prazeroso. Desmitificando o parto como um sofrimento punitivo.

A ruptura ou a não ruptura das membranas ovulares também é um tema muito recorrente. A ideia de que logo após a ruptura da bolsa amniótica imediatamente a mulher irá parir, é muito mais comum do que se imagina. Muitas vezes, pode haver a ruptura das membranas ovulares fora do trabalho de parto, chamada de ruptura precoce de membranas ovulares. No imaginário popular, é difícil de compreender que após este acontecimento, a mulher ainda não esteja em trabalho de parto. Portanto é importante orientar quanto as condutas tomadas (expectante ou ativa – indução), ressaltando seus riscos e benefícios. Segundo documento da CONITEC (2016), 60% das mulheres com RPMO no termo entrará em trabalho de parto espontâneo dentro de 24h.

Outra questão ligada a ruptura das membranas amnióticas é a progressão do

trabalho de parto, com ausência da mesma, chamada por alguns de “parto seco”. Neste sentido, estes referem amniotomia como um ato que diminui a duração do trabalho de parto. Entretanto, as evidências mostram que não há benefícios comprovados de amniotomia rotineira, e a amniotomia precoce pode estar associada com algumas complicações como o aumento na ocorrência de desacelerações da frequência cardíaca fetal e infecções (BRASIL, 2016). Todas estas informações, também devem ser discutidas com a gestante e família.

CIRCULAR DE CORDÃO

Outra questão que traz medo e dúvidas as gestantes é o famoso “cordão enrolado no pescoço”, a circular de cordão. Muitas mulheres possuem medo do sufocamento do feto pela circular de cordão (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010). A anatomia do cordão umbilical permite que o mesmo esteja ao redor do pescoço ou qualquer outro membro, sem causar danos graças a uma substância gelatinosa, chamada de geleia de Wharton, protegendo a vascularização através dos três vasos sanguíneos, não interrompendo seu fluxo (ANDERSSON, DOMELLOF e HELLSTROM, 2014).

Desta forma, uma simples circular frouxa de cordão, nada impede o parto normal, como também não causa danos ao feto. Tanto que Circulares cervicais estão presentes em 20 a 37% dos bebês ao nascimento e até 60% dos fetos apresentam circulares de cordão na região cervical durante algum período da gestação (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010).

Outros mitos e medos também podem se desvelar durante a gestação, atrelado a percepção de outras pessoas sobre o parto e o trabalho de parto. Entretanto é importante salientarmos a informação de qualidade, conferindo conforto, sensação de confiança e segurança para um trabalho de parto mais tranquilo dando liberdade a mulher durante este momento único (BEZERRA e CARDOSO, 2006).

OBJETIVO GERAL

Divulgar condutas e procedimentos que promovam o parto e o nascimento saudável, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Promover mudanças na prática clínica da enfermagem, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal;
- Diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais de enfermagem no processo de assistência ao parto;

- Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos;
- Difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal;
- Reduzir ou extinguir abusos, maus tratos e violência física e psicológica no momento do parto e nascimento.

METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolverá em uma maternidade do município do Rio de Janeiro sob uma ação de educação permanente, utilizando como recurso a roda de conversa, a fim de propiciar um espaço de troca e discussão, sobre a assistência prestada a essas mulheres.

A roda de conversa constitui num importante instrumento para sensibilização da equipe, possibilitando um espaço de trocas e escuta ativa, que aumenta o grau de percepção do grupo sobre os temas abordados; visando o desenvolvimento de competências coletivas e fortalecendo o trabalho em equipe.

As dinâmicas acontecerão no próprio serviço, no horário de trabalho, e a clientela será composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Como recursos didáticos serão distribuídos folders com os temas propostos; onde serão realizadas leitura e debates sobre a abordagem.

CONCLUSÃO

Devido a imprevistos operacionais, o curso foi elaborado em 2017, e ainda encontra-se na fase de implementação não sendo possível uma avaliação direcionada dos resultados obtidos, porém podemos perceber que conforme os debates acontecem, mudanças vão acontecendo, porém de forma incipientes, necessitando de continuidade do trabalho. Pois a sensibilização é a construção do conhecimento, através de um processo que não leve em conta apenas a racionalidade, mas também as sensações, intuições e sentimentos; só assim teremos a mudança de paradigma e modificação no agir e pensar da equipe.

REFERÊNCIAS

1. MS (Brasil). Diretriz Nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso em: 26 maio 2017]. Disponível em: conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
2. BRASIL. PL 7633/2014, de 29 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546

1. , Luciano Marques Dos Santos Jucélia Cavalcante Rodrigues Da Silva Evanilda Souza De Santana Carvalho Ana Jaqueline Santiago Carneiro Rosana Castelo Branco De Santana Maria Cristina De Camargo Fonseca Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. vol.67, n. No.2, mar./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 16 set. 2018., M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em, [S.L], out. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>>. Acesso em: 16 set.

2. 2018.[HTTP://WWW.SAUDE.SC.GOV.BR/INDEX.PH](http://www.saude.sc.gov.br/index.php). Slides fórum perinatal da rede cegonha região nordeste - plano de parto.

3. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/ii-forum-rede-cegonha-regiao-nordeste/9711-plano-de-parto/file>>. Acesso em: 16 set.

[HTTPS://DESMITIFICANDOMITOS.WORDPRESS.COM/](https://desmitificandomitos.wordpress.com/) Desmitificando mitos da vida materna. Disponível em: <<https://desmitificandomitos.wordpress.com/2017/05/02/porque-no-brasil-o-parto-normal-e-considerado-primitivo/>>. Acesso em: 16 set. 2018.[HTTPS://WWW.PAHO.ORG/BRA/](https://www.paho.org/bra/). Parto consciente. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/node/337867>>. Acesso em: 16 set. 2018

[.JORNAL.FACULDADECIENCIASDAVIDA.COM.BR/INDEX.PHP/RBCV/ARTICLE/DOWNLOAD/747/327/](http://www.jornal.faculdaedecienciasdavida.com.br/index.php/rbcv/article/download/747/327). Boas práticas na assistência ao parto: implicações do plano de parto. Disponível em: <<file:///c:/users/claud/downloads/747-1-1840-1-10-20180327.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.ZANARDO, Gabriela Lemos De Pinho; URIBE, Magaly Calderón; HABIGZANG, Ana Hertzog Ramos De Nadal E Luísa Fernanda. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL: UNA REVISIÓN NARRATIVA OBSTETRICAL VIOLENCE IN BRAZIL: A NARRATIVE REVIEW. Psicologia & Sociedade,, Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil, n. 29: e155043, out. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

1. ANDERSSON, O; DOMELLOF, M; HELLSTROM- WESTAS, L. Effectofdelayed versus early umbilical cordclampingon neonatal outcomesandiron status at 4 months: a randomisedcontrolledtrial. Journalofthe American Medical Associationpediatrics. V. 168, n. 6, p. 547-54, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24756128>

2. BRASIL. Diretriz Nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso em: 26 maio 2017]. Disponível em: conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

3. BRASIL. PL 7633/2014,de 29 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: www.camar.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546

4. BEZERRA MGA, CARDOSO MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev Latino-am Enfermagem. V. 14, n. 3, p. 414-21, 2006.

5. DOMINGUES, R,M.S, et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>.

6. OSÓRIO, S. M. B; SILVA, L.G; NICOLAU, A.I.O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto.Revista Rene. Universidade Federal do Piauí, p. 175, jan/fev 2014.Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1372/pdf>.

7. SOUZA A.S.R, AMORIM M.M.R, PORTO A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. FEMINA, vol.38, n. 10. Setemb. 2010.
8. SOUZA, J.P. et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 125, n. 8, p. 991-1000, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29498187>

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO

Marjorie Max Elago

Faculdade São Camilo

Rio de Janeiro-RJ

Luana de Oliveira Silva

Faculdade São Camilo

Rio de Janeiro -RJ

Suelen Garcia

Faculdade São Camilo

Rio de Janeiro-RJ

Viviane Lourenço

Faculdade São Camilo

Rio de Janeiro-RJ

RESUMO: O objetivo geral desse estudo se destaca em identificar os métodos não farmacológicos, utilizados por enfermeiros obstétricos no alívio da dor, na primeira fase do trabalho de parto. Para atingirmos o objetivo realizamos um estudo de revisão bibliográfica sistêmica integrativa, implementado por meio de buscas nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Medical Literature on Line (MEDLINE) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), além da utilização de protocolos do Ministério da saúde, realizado no período entre outubro de 2016 e junho de 2017. Os resultados mostram que os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem

conhecimento estruturado e que quando empregados da forma correta aumentam a satisfação materna. Além disso, proporcionam alívio nos escores de dor durante a primeira fase do trabalho de parto, são comprovados cientificamente e reforçam a ideia de que a parturiente deve participar ativamente em suas escolhas e optar por tecnologias simples e menos intervencionistas. Desta forma, conclui-se que, é por meio do acolhimento, vínculo, que o reconhecimento e oferta de novas práticas não farmacológicas garantem um parto menos doloroso e mais humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Dor do parto. Trabalho de Parto. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT: The general objective of this study is to identify the non-pharmacological methods used by obstetric nurses in pain relief in the first phase of labor. In order to reach the objective, we carried out an integrative systemic bibliographic review study, implemented through searches in the Virtual Health Library (VHL), Medical Literature on Line (MEDLINE) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO) databases, in addition to the use of Protocols of the Ministry of Health, conducted between October 2016 and June 2017. The results show that non-pharmacological methods for pain relief during labor are care technologies involving structured knowledge and that when

employed in the manner Correct maternal satisfaction. In addition, they provide relief in pain scores during the first phase of labor, are scientifically proven, and reinforce the idea that women should participate actively in their choices and opt for simple and less interventionist technologies. In this way, it is concluded that it is through the reception, bond, that the recognition and offer of new non-pharmacological practices guarantee a less painful and more humanized delivery.

KEYWORDS: Labor pain. Labor of Delivery. Obstetric Nursing.

INTRODUÇÃO

O parto é um evento que já passou por grandes transformações no decorrer de décadas. De acordo com leituras realizadas, ficou revelado que a partir do século XX, o parto passou a ser realizado em ambiente hospitalar. Em 1922, o enfermeiro começou a se apropriar de conhecimentos sobre o processo de parturição sendo em 1988 o enfermeiro obstetra inserido na assistência ao parto na tentativa de reduzir os índices de morte perinatal (SOUZA et al, 2015).

Em relação ao alívio da dor da parturiente, o uso de métodos não farmacológicos é proposto como uma opção de substituir este modelo intervencionista durante o trabalho de parto (ALMEIDA et al, 2015). Assim sendo, Souza et al (2015) diz ser essencial que os cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam utilizados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções.

Devido aos problemas encontrados em maternidades, no decorrer da nossa permanência nos campos de estágio, durante a graduação de Enfermagem, e a falta de atenção da equipe multidisciplinar sobre as condutas que deveriam ser estimuladas durante o trabalho de parto para minimizar a dor relatada pelas pacientes, iniciou-se a criação do trabalho de conclusão de curso, com base na seguinte questão: “Como o enfermeiro pode proporcionar um parto mais humanizado, utilizando técnicas não farmacológicas em benefício da parturiente?”.

Nosso objetivo geral se destaca em identificar os métodos não farmacológicos, utilizados por enfermeiros obstetras no alívio da dor, na primeira fase do trabalho de parto. Os objetivos específicos são descrever os métodos não farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto; apresentar as práticas desenvolvidas quanto aos benefícios para a parturiente; apresentar evidências científicas sobre a eficiência dos métodos não farmacológicos em relação a ser um atenuante na dor.

1 | FISILOGIA DA DOR

No trabalho de parto, durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral. Na fase do período expulsivo, a dor tem característica somática pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor da cúpula vaginal e a distensão do assoalho pélvico e períneo (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

Cunha (2010) complementa que as dores ocorrem durante as metrossístoles e se devem à dilatação do colo uterino e à tração do seu peritônio.

Schmid (2005) diz que a dor é como um guia durante o parto, protetora da mãe e do bebê. Sua função fisiológica é proteger o corpo enviando sinais de alarme para avisá-lo dos agressores, para que possa agir perante o perigo, de forma a proteger-se.

2 | ATUALIZAÇÕES SOBRE O PARTO

As taxas de cesáreas no Brasil há muito ultrapassaram os limites toleráveis e continuam aumentando a cada ano. Dados referidos por operadoras de planos de saúde mostram que, em 2015, foram realizados 569.118 partos na rede credenciada, em todo o País. Desse total, 481.571 ocorreram por cirurgias cesarianas, o que corresponde a 84,6% do total de nascimentos realizados na saúde suplementar (BRASIL, 2016).

Em março de 2015, a rede BBC publicou uma reportagem atribuída à diretriz, onde a Organização das Nações Unidas (ONU) estipulava como meta do milênio que o Brasil diminuísse em 75% o número de mortes maternas até o fim de 2015. Apesar dos avanços na cobertura do pré-natal, o Brasil reduziu este efeito em apenas 43%, tendo a 4º pior taxa de redução dessas ocorrências.

3 | A PRÁTICA OBSTÉTRICA NA ATUALIDADE

O ambiente de nascimento tem sofrido modificações, tornando-se mais acolhedores e permitindo maior flexibilidade. Uma opção também surgida é a volta dos partos em domicílio, como opção de assistência, ou em centros de nascimento. O predomínio do profissional médico na assistência vem sendo questionado, com isso surge o fortalecimento das enfermeiras Obstétricas e Obstetizes como atores importantes no processo assistencial (BRASIL, 2016).

Por este motivo, o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, conforme a Portaria nº 1.459, de Junho de 2011, com o objetivo de assegurar à mulher a atenção humanizada a gravidez, ao parto e puerpério, o direito ao planejamento reprodutivo, e bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, figura-se como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos e documento da OMS, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Seguindo essas determinações, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde solicitou a Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM) e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de uma Diretriz Clínica de Assistência ao Parto Normal para utilização no SUS e Saúde Suplementar no Brasil (BRASIL, 2017, p. 8).

Para Nascimento et al (2010) o conceito de tecnologia apresenta-se em três tipos de classificações: tecnologias leves, que implicam a criação de relação entre sujeitos

(profissional de saúde e cliente), e pode-se concretizar através da comunicação, do acolhimento e vínculo. As leve-duras, que são saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde (por exemplo, a clínica médica e a epidemiologia), e as duras que são equipamentos tecnológicos (como as máquinas, normas, rotinas e estruturas organizacionais).

4 | ALÍVIO DA DOR NO PARTO

Gayeski e Bruggemann (2010) descrevem que os Métodos Não Farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico.

Conforme referência de Gallo et al (2011), a principal vantagem na utilização de MNFs é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, estando associados há mínimas contraindicações ou aos efeitos colaterais. Neste contexto, as informações existentes em literaturas científicas demonstram que a fisioterapia aplicada à saúde da mulher, especialmente na obstetrícia, utilizando os MNFs para alívio da dor no trabalho de parto, como o suporte contínuo, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (ENT), técnicas de relaxamento, dentre outros, promovem benefícios tanto para a instituição quanto para a parturiente.

5 | MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE TRABALHO DE PARTO E PARTO

5.1 Banho quente

Segundo Barbierri et al (2013), o banho quente é uma estratégia não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que, associado a intensidade e tempo de aplicação, produzem efeito local, regional e geral, razão pela qual é considerado tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica. Realizado a uma temperatura média de 37° C, com a ducha sobre a região dolorosa, comumente localizada na região lombar ou abdome inferior, e tendo duração mínima de 20 minutos, está positivamente associado com o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto com redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos, relacionados ao estresse, melhora os padrões das contrações e conseqüente correção da distócia uterina.

Para Santana et al (2013), o banho de chuveiro é descrito como método que contribui para a vasodilatação periférica, ocorrendo assim a redistribuição do fluxo

sanguíneo, conseqüentemente, o relaxamento muscular.

Santana et al (2013), afirmam que o banho de chuveiro com temperatura aquecida é contraindicado para parturientes com hipotensão arterial, pois inicialmente a água quente promove vasodilatação periférica e redistribuição, levando ao aumento da pressão.

Em estudo clínico experimental, realizado no ano de 2010 em um centro de parto normal intra-hospitalar vinculado ao SUS no estado de São Paulo com 15 parturientes, Barbieri et al. concluíram que a utilização do banho quente de aspersão é mais efetivo para redução da dor, quando comparado aos outros métodos.

Um estudo apresentado por Santana et al (2013) realizado por meio de ensaio clínico controlado do tipo intervenção com 34 parturientes. As mulheres receberam a terapêutica do banho de chuveiro durante 30 minutos, o grau de dor foi avaliado, mostrando redução da dor nas pacientes em trabalho de parto ativo, com dilatação cervical de 4 a 5 cm.

5.2 Exercícios respiratórios

Para Silva et al (2013), as técnicas de respiração trouxeram outra forma de combater as dores do parto. Através da ginástica respiratória há um reflexo condicionado entre contração/respiração, com isso a respiração “cachorrinho” é implementada buscando hiperventilação durante as contrações e, com isso, oxigenando o feto. No entanto o autor destaca que, são necessários cuidados no manejo dessa técnica respiratória, como explicado abaixo.

Segundo Silva et al (2013), a maioria dos métodos de preparação para o parto recomenda que a mulher inspire e expire profundamente no início de cada contração, antes de iniciar a série de respirações superficiais utilizada durante a contração.

Bavaresco et al (2011, p.3263) sugerem que o relaxamento associado aos exercícios respiratórios promove alívio do estresse da parturiente ao diminuir a secreção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que atua no mecanismo do estresse em resposta à dor, tanto na fase latente quanto na ativa.

Bônging, Sperandio e Moraes (2007) baseados em estudo randomizado com 40 primigestas, apresentaram resultados na redução da intensidade dolorosa e aumento da saturação de oxigênio durante e nos intervalos das contrações.

5.3 Técnicas de relaxamento

Souza et al (2015) explicam que os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto. Em conformidade com o autor supracitado, um estudo de revisão apresentado por Gallo et al (2011) concluíram, que o relaxamento reduz o número de cesarianas e de partos vaginais assistidos, além de promover alívio da dor e redução da ansiedade.

Uma das técnicas mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, no qual a parturiente realiza a contração de grupos musculares seguida de relaxamento, priorizando os intervalos das contrações uterinas. Existem outras formas de relaxamento como as massagens, a respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por relaxamento do corpo, imersão em banheira ou duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento (GALLO et al, 2011, p.46).

Souza et al (2015) dissertam, em artigo de revisão, que as técnicas de relaxamento, quando combinadas, se mostram eficazes no alívio da dor, pois a redução da ansiedade interfere na secreção de ACTH, garantindo efetividade no alívio da dor.

5.4 Banho de imersão

Geralmente, a imersão da parturiente é realizada em uma banheira de fibra ou acrílico, na instituição ou de laminado de PVC inflável e portátil, protegida por material descartável. A água deve estar aquecida em torno de 37 a 38°C, sendo importante que a imersão seja realizada quando estiver definida a fase ativa do trabalho de parto e com dilatação cervical mais avançada em torno de 6 cm, para não interferir na intensidade das contrações e duração desta fase (GALLO ET AL, 2011).

A ação potencial do banho de imersão é reverter os efeitos negativos como a ansiedade e dor no trabalho de parto, promovendo resposta de relaxamento e deprimindo o sistema nervoso simpático, ocorrendo como consequência decréscimos dos níveis de catecolaminas, o que favorece a atenção obstétrica e possibilita a reflexão crítica sobre o modelo intervencionista (BARBIERI, et al, 2013, p.482).

Silva e Oliveira (2006) concluíram em estudo feito em Centro de Parto Normal do Amparo Maternal em São Paulo, assistindo em média 1.100 partos mensais, considerando o ano de 2002, que o banho de imersão é uma opção viável para o conforto da parturiente, sem interferir na progressão do trabalho de parto.

Jonnes et al (2012) complementam que, quanto a intensidade da dor, constatou-se ser uma experiência moderada a grave, suas evidências sugeriram que a imersão em água e juntamente com o relaxamento pode melhorar o tratamento da dor no trabalho de parto, com poucos efeitos adversos.

5.5 Posições durante o trabalho de parto

O Manual de Assistência ao Parto e Nascimento (BRASIL, 2015, p.24) indica que o trabalho de parto é mais fisiológico quando se permite que a mulher adote livremente a posição vertical, porque, o ângulo entre o eixo fetal e o estreito superior favorece o encaixamento fetal na pelve, as contrações são mais intensas e eficientes, a mulher se sente mais confortável e assim sente menos dor e por consequência o trabalho de parto encurta.

Gallo et al (2011) referem que a mudança de postura materna durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal. As parturientes são incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada

no leito, cadeira, banqueta, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente.

A mulher deve ser encorajada a adotar a posição vertical, mas ela deve ter liberdade de escolher a posição que quer ficar durante o trabalho de parto. Caso escolha a posição horizontal, deve ser estimulado o decúbito lateral esquerdo para prevenir hipotensão materna, que aumenta o risco de hipóxia fetal (síndrome supino-hipotensiva) (BRASIL, 2015).

Bio, Bittar e Zugaib (2006), publicaram após realizar ensaio controlado prospectivo, onde foram inclusas primigestas (IG entre 37 e 42), com feto único em apresentação cefálica e dilatação maior que 4cm, que orientar a postura e a mobilidade adequada da parturiente, influência de forma positiva a fase ativa do trabalho de parto, aumenta a tolerância da parturiente a dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto.

5.6 Utilização da bola suíça ou bola de nascimento (BOBBAT)

A bola de nascimento é um método que deve ser utilizado, com o objetivo de facilitar a postura vertical pela parturiente de forma confortável. Para muitos a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Sua utilização sem orientação e supervisão de um profissional de saúde pode provocar queda e não deve ser recomendada. (GALLO et al, 2011).

Segundo Protocolo de Assistência ao Parto, para alívio da dor durante o trabalho de parto a gestante pode sentar na bola em uma posição de cócoras ou apoiada, com contrapressão mínima sobre o períneo (como se senta em um vaso sanitário). A pessoa que a apoia é colocada em uma cadeira, atrás ou de frente para a mulher, enquanto ela fica livre para rolar para frente e para trás ou balançar gentilmente. Isto ajuda a parturiente, pois promove um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros), desta forma favorecendo o progresso do parto e da descida fetal (BRASIL, 2015, p. 28).

Para Silva et al (2011, apud OLIVEIRA, 2014) inúmeros são os benefícios trazidos pelo uso da bola no trabalho de parto, entre eles a correção da postura, o relaxamento e alongamento e o fortalecimento da musculatura. Além disso, o exercício na bola com a paciente sentada trabalha a musculatura do assoalho pélvico, principalmente os músculos levantadores do ânus e pubococcígeo além da fáscia da pele, o que causa ampliação da pelve auxiliando na descida da apresentação fetal no canal de parto, além de trazer benefícios psicológicos e ter baixo custo financeiro.

5.7 Massagem corporal

Para Gallo et al (2011) a massagem é um método de estimulação sensorial, caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos

tecidos.

Para Kimber et al (2008), as técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direcional, razoavelmente firme e rítmica. Pode ser aplicada no abdome, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, ou seja, nos locais onde a parturiente relatar desconforto.

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha (BRASIL, 2017, p 17).

Osório et al (2014), publicaram em artigo de revisão sistemática, ao avaliar sete estudos referentes aos métodos não farmacológicos, publicados entre os anos de 2007 a 2012 que, dentre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto.

Quatro estudos avaliaram a eficácia da massagem corporal, sendo um de Revisão Sistemática elaborado por Gayeski e Bruggemann (2010) e três Ensaio Clínicos Randomizados Controlados (ECRC), realizados simultaneamente por Smith et al (2006), Taghinejad, Delpisheh e Suhrabi (2010) e Jones (2012), ambos relacionados à intensidade da dor.

Com o objetivo de propor um protocolo para a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e auxílio na condução do trabalho de parto, Gallo et al (2011) evidenciou em seu artigo de revisão que, juntamente com Chang, Chen e Huang (2006), os benefícios da massagem foram evidenciados através de estudo randomizado com 60 primíparas em trabalho de parto. Foram indicados que a massagem pode reduzir efetivamente a intensidade da dor nas duas primeiras fases da dilatação, porém não houve diferenças significativas entre os grupos, ao considerar a terceira fase.

6 | O ENFERMEIRO NO TRABALHO DE PARTO

Com o surgimento da obstetrícia como ciência, o parto normal deixou de ser um evento privativo pertencente à esfera familiar e ao acervo de conhecimento das mulheres, para ser um evento institucionalizado, amparado por inovações tecnológicas (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Progianti (2004) relata que em meados dos anos 90, muitas enfermeiras obstétricas incorporaram em seu fazer, práticas obstétricas recomendadas pela OMS e consideradas pelo Ministério da Saúde como apropriadas. Deste modo, estas especialistas da enfermagem tiveram fundamental importância para reconfiguração do campo obstétrico com a perspectiva da humanização do parto. A partir do discurso apresentado evidencia-se que as enfermeiras obstétricas são consideradas, pela OMS, as profissionais mais apropriadas ao acompanhamento das gestações e partos normais por possuírem características menos intervencionistas em seu cuidado

(VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Visando respaldo legal da profissão, primeiramente foi implementada a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre a enfermagem e dá outras providências (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010). Em 2015, foi implementada a Resolução COFEN nº 0477/2015, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas e, a Resolução COFEN nº 0478/2015, que normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro obstetra e obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências (BRASIL, 2015).

O enfermeiro, principalmente o especialista em obstetrícia, ocupa lugar de extrema importância na assistência, sendo capaz de direcionar e sensibilizar a equipe multiprofissional para o cuidar humanizado como forma de mudar o atual cenário da obstetrícia (MOTTA et al, 2016).

7 | ANÁLISE DE DADOS

Os resultados observados durante o estudo informam que o conceito de humanização se faz presente diante do direito da mulher, colocando-a em evidência e com o poder de decidir, de modo menos intervencionista, a melhor opção durante o parto e o nascimento, assegurando formas mais saudáveis e menos traumatizantes em se gerar a vida.

Para que o modelo de humanização se idealize à nossa realidade, há necessidade, cada vez maior, em capacitar os profissionais envolvidos, pois os métodos não farmacológicos e recursos naturais relacionados a posicionamento, exercícios, conforto, ambiente e presença do acompanhante, devem ser apresentados, com direito de escolha da parturiente.

Mesmo com a comprovação de redução dos números de mortalidade materna, o Brasil ainda atinge altas taxas, principalmente no que tange em relação ao número de cesárias, visto que a OMS visa reduzir este contingente, tornando-a possível apenas nos casos necessários. Em nosso país ainda há o déficit de investimento no parto normal, pois os números divulgados pela ANS referenciam 86% de taxas de cesarianas onde deveriam existir apenas 15% como referência ideal. Há um esforço relacionado a esta questão, visto que a ONU estipulou como meta do milênio, diminuir em 75% o número de mortes maternas até o fim de 2015, no Brasil. De acordo com a pesquisa realizada, essa meta não foi cumprida até hoje.

A partir desses dados se fez a criação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, de 2016 e revisada em 2017, visando fundamentar, através de evidências científicas que sejam utilizadas práticas menos intervencionistas que prejudiquem a mulher, ou que não requeiram necessidade, e que o foco do profissional médico não seja predominante, abrindo espaço para o profissional de enfermagem no cargo de

obstetriz.

Apesar de o conceito de humanização não estar relacionado a proporcionar um parto sem dor, por que não reduzir esse desconforto?

Para isso nossa pesquisa foi focada nos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, comprovados cientificamente e reforçando a ideia de que a parturiente deve participar ativamente em suas escolhas e optar por tecnologias simples e menos intervencionistas, sem colocar em risco sua saúde e a do recém-nascido.

Os MNFs são citados por evidências atuais disponíveis em bibliotecas nacionais e internacionais. Em sua grande maioria evidenciada por estudos que comprovam seus desempenhos e benefícios relacionados à atenuação da dor durante o processo de parir.

O banho de aspersão é referência descrita em várias publicações, onde seus resultados, em grande totalidade, contribuem positivamente, além disso, é uma forma simples de ser utilizado e aplicado, segundo referências, na grande maioria das maternidades brasileiras, assegurando seu uso como método não farmacológico para o alívio da dor no parto.

Exercícios respiratórios contribuem como forma de amenizar a dor, porém os estudos que o esclarecem são fundamentados em artigos de 2005 e 2007 necessitando de complementações, pois o estudo apresentado por Freitas (2011) notabilizou que, se praticado de forma incorreta pode acarretar danos para gestante e principalmente ao recém-nascido.

Técnicas de relaxamento estão popularmente inseridas nos MNF. Abrangem desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, os quais permitem música ambiente, iluminação adequada e pensamentos adequados que tenham intuito de desmitificar o trauma do trabalho de parto. Quando combinadas, as técnicas se mostram eficazes no que tange a ansiedade, porém evidências ainda não são comprovadas em partos cirúrgicos.

O banho de imersão é incentivado pela Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), esse método proporciona relaxamento e por consequência redução dos scores de dor. Não há grande variedade em evidências científicas e a realidade das maternidades não condiz com a aplicação desse método, havendo necessidade de mudança na estrutura física da maioria para que as parturientes possam dispor desse benefício.

As posições durante o trabalho de parto e parto eram escolhidas desde muito tempo, hoje apenas algumas maternidades transmitem conhecimento à parturiente, informando sobre as posições e seus efeitos. Além de diminuir a dor, determinadas posições têm influência positiva na decida fetal e, por consequência, reduzem o tempo do trabalho de parto. Novos estudos são necessários, pois não há variedade em material disponível no momento.

A bola suíça está inserida como conduta recomendada pela OMS, além de ser

auxiliadora no alívio da dor durante o trabalho de parto, acelera a progressão neste momento e é bem aceita pela grande maioria das parturientes. Publicações científicas a respeito do assunto estão em evidência e apresentam variedades. Quando em uso concomitante ao banho de aspersão, tem seu potencial de alívio da dor exaltado de forma relevante.

A massagem corporal, quando ensinada, deve ser aplicada pelos acompanhantes de escolha da parturiente, segundo recomendação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017). Dentre os métodos citados é o estudo que mais se destaca quanto a sua eficácia, potencializando relaxamento da parturiente e seu efeito sendo mais efetivo na primeira fase do trabalho de parto.

Ainda há resistência de outros profissionais e gestantes, pela participação da enfermeira obstetra no momento do parto, porém com a devida explicação e embasamento científico ela conseguiu galgar um caminho amplo e com autonomia para realizar seu trabalho. Com isso, foram consideradas, pela OMS, as profissionais mais apropriadas para o momento das gestações e partos normais, por possuírem características menos intervencionistas em seus cuidados.

Desta forma, conclui-se que, é por meio do acolhimento, vínculo, orientações realizadas e satisfação profissional, que o reconhecimento e oferta de novas práticas não farmacológicas garantem um parto com o mínimo de dor e mais humanizado para as mães e seus bebês.

8 | CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como a humanização deve ser seguida no âmbito hospitalar, além de apresentar, através de artigos científicos, o benefício dos métodos não-farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, trazendo melhoria às parturientes, quando realizado corretamente.

De forma geral, os métodos não farmacológicos são variados, porém cada um com sua peculiaridade. Eles estão positivamente associados com o alívio da dor e ansiedade, reduzindo os níveis hormonais e de estresse. Em contrapartida, cabe ao Enfermeiro Obstetra avaliar a situação, pois alguns dos métodos possuem contraindicações pertinentes à evolução do trabalho de parto. De acordo com o presente estudo, observou-se que o banho quente de aspersão é o mais efetivo, entre os métodos, para reduzir a dor sem interferir na progressão do trabalho de parto.

Dentro desta ótica, todos os objetivos do presente estudo foram alcançados. É importante salientar que o Enfermeiro Obstetra foi descrito como peça-chave no momento do trabalho de parto, visto que, mesmo sem materiais próprios para realizar os procedimentos, há vários meios de dar auxílio à mulher neste momento, como por exemplo, exercícios respiratórios e escolha de posições durante o parto que auxiliem

na velocidade da dilatação cervical, além de promover o alívio da dor e estresse, característicos do momento. Os métodos não farmacológicos são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimento estruturado e que quando empregados da forma correta aumentam a satisfação materna e melhoram os resultados obstétricos, pois as parturientes se tornam mais colaborativas e passam a apreciar o momento tendo sensação de controle do seu corpo durante o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

ADACHI, K; SHIMADA, M; USUI, A. **The relationship between the parturient's and perceptions of labor pain intensity.** Nurs Res. 2003

ALMEIDA NAM et al. **Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 2005.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Rovey. **Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2012.

ALMEIDA, Janie Maria et al. **Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto.** Rev. Min. Enferm. 2015.

BARBIERI, M et al. **Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto.** Acta Paulista de Enfermagem, 2013.

BAVARESCO, Gabriela Zanella et al. **O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

BIO, Eliane; BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. **Influência da mobilidade materna na fase ativa do trabalho de parto.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; 2006.

BÕING L; SPERANDIO, FF; MORAES, GM. **Uso de técnica respiratória para analgesia no parto.** Femina. 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Atualização das taxas de partos na saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar> Acessado em: 22 de Fev de 2017.

BRASIL. **Manual de Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado.** Ministério da Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. 2015. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo-assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf. Acessado em: 17 de Abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Aprova a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Ministério da Saúde. 2016. 381f. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acessado em: 18 Abril 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.** 2014. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>.

Acessado em: 01 de Mar de 2017.

BRASIL, Resolução COFEN nº 0477, de 14 de Abril de 2015. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiro na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.** Conselho Federal de Enfermagem. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucaocofenno04772015_30967.html 1. Acessado em: 14 de Abril de 2017.

BRASIL, Resolução COFEN nº 0478, de 14 de Abril de 2015. **Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetriz nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.** Conselho Federal de Enfermagem. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucaocofenno04782015_30969.html 1/5. Acessado em: 14 de Abril de 2017.

CHANG MY; CHEN CH; HUANG KF. **A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire.** J Nurs Res. 2006.

FREITAS, F et al. **Rotinas em Obstetrícia.** Artmed, Ed 6. Porto Alegre, 2011.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de –parto: protocolo assistencial.** Femina. V. 39, n. 1, 2011.

GAYESKI, Michele Edianez; BRUGGEMANN, Odal A Maria Br. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática.** Texto and contexto enfermagem, v. 19, n. 4 p. 774-782, 2010.

JONES, L et al. **Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews.** Cochrane Database Syst Rev. 2012.

KIMBER, L et al. **Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomized placebo controlled trial.** Eur J Pain. 2008.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2012.

MOTTA, Sílvia A M F et al. **Implementação da humanização da assistência ao parto natural.** Rev. Enferm UFPE on line. 2016.

NASCIMENTO, Natália Magalhães et al. **Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por Enfermeiras: a percepção de mulheres.** Esc Anna Nery. 2010.

OLIVEIRA et al. **Tecnologias utilizadas por acompanhantes no trabalho de parto e parto: Estudo descritivo.** Online Brazil journal Nursing. 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4254>. Acessado em: 10 Abril 2017.

OSÓRIO, Samara Maria Borges et al. **Avaliação da efetividade dos métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto.** Rev. RENE, 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=721875&indexSearch=ID>. Acessado em: 01 Abril 2017.

PETROFF, Thaís. **Respiração diafragmática é ideal em momentos de estresse; aprenda a fazer.** 2016. Disponível em: <http://vyaestelar.uol.com.br/post/7481/respiracao-diafragmatica-e-ideal-em-momentos-de-estresse-aprenda-a-fazer>. Acessado em: 25 de Mar de 2017.

PRADO, ML; MARTIN, CR. **Técnica, tecnologia e o cuidado de enfermagem em busca de uma nova poética no trabalho de enfermagem.** Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis. 2002.

- PROGIANTI, Jane Marcia et al. **As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto.** Ana Nery- Revista de Enfermagem, RJ, 2004.
- REIS, Thamiza da Rosa et al. **Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Rev. Gaúcha de Enferm. 2015.
- SANTANA et al. **Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto.** Revista Dor. São Paulo, 2013.
- SCHMID, Verena. **O sentido e as funções da dor de parto.** Bionascimento. 2005. Disponível em: <http://bionascimento.com/o-sentido-e-as-funcoes-da-dor-de-parto/>. Acessado em: 01 de Fev de 2017.
- SILVA, D. A. O. et al. **Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa.** J Nurs UFPE Online, p. 4161-4170, 2013.
- SILVA, Flora Maria Barbosa; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos. **O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto.** Rev. Esc. Enferm. USP. Vol. 40, n. 1, 2006.
- SILVA, LM et al. **Uso da bola suíça no trabalho de parto.** Acta Paul Enferm, 2011.
- SILVA, Larissa Mandarano; BARBIERI, Marcia; FUSTINONI, Suzete Maria. **Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado.** Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2011.
- SMITH, CA et al. **Complementary and alternative therapies for pain management in labour.** Cochrane Database Syst Rev. 2006.
- SOUZA, Émilin Nogueira Silva et al. **Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto.** Rev. Enfermagem Revista, v.18, n. 02, 2015.
- TAGHINEJAD, H; DELPISHEH, A; SUHRABI, Z. **Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain.** Women's Health. 2010.
- VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcelos; PROGIANTI, Jane Márcia. **Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro – Brasil.** Escola Ana Nery. 2017.
- VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emilia; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. **Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente.** Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2010.
- VIANA, Larissa Vanessa Machado et al. **Humanização do parto normal: Uma revisão de literatura.** Rev. Saúde em foco. v. 1, n. 2, 2014.

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

Marcella Leal Crispim de Carvalho

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro-RJ

Lacita Menezes Skalinski

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde
Ilhéus-BA

RESUMO: Objetiva mapear o estado da arte da produção científica brasileira acerca do modelo de gestão proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a implementação de uma atenção humanizada ao parto e ao nascimento no Brasil, analisando também os resultados desses estudos. Aborda a construção das políticas públicas voltadas às mulheres e o contexto do planejamento destas políticas. Desenha o modelo de atenção ao parto humanizado apresentando as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde a favor da implementação deste, de forma a valorizar os direitos humanos, assim como a cidadania. Promove a reflexão em torno da administração pública brasileira e dos profissionais envolvidos nesta gestão, propondo alternativas voltadas a qualificação. Conclui pela necessidade de concretização dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização da atenção

da gestão na realidade dos serviços de saúde, servindo como estratégia de modernização da gestão do SUS e como fator fundamental à implementação do parto humanizado neste sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde. Direitos da mulher. Políticas Públicas.

ABSTRACT: Aims to map the state of the art of the scientific production about management model advocated by the Unified Health System (SUS) for the construction of a humanized care during labor and birth in Brazil, analyzing the results of these studies. Focuses on the development of public policies on women and the context of the design of these policies. Draws attention to the model of humanized birth also presenting the actions developed by the Ministry of Health for the implementation of this in order to enhance human rights, and citizenship. Promotes reflection on the Brazilian public administration and professionals involved, proposing alternatives aimed at qualification of this management. Concludes the necessity of achieving the principles and guidelines of the National Policy of humanization of care management in the reality of health services, serving as a modernization strategy for the NHS management and as a key factor for the implementation of humanized birth in this health system.

KEY-WORDS: Health management. Women's rights. Public policy.

1 | INTRODUÇÃO

Torna-se imprescindível transformar em realidade no Brasil o modelo de atenção e de gestão ao parto e ao nascimento segundo os preceitos da humanização, de forma a garantir direitos cidadãos assim como o respeito à dignidade e à vida humana. O reconhecimento da problemática envolvida no modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis é o primeiro passo para que a sociedade possa caminhar rumo a um modelo de cuidado onde a assistência seja centrada na mulher e na família, garantindo acesso e acolhimento; onde haja o fortalecimento e a participação da mulher nas tomadas de decisão e também a proteção e promoção da gravidez e do parto como processos saudáveis e fisiológicos; onde as práticas sejam baseadas em evidências científicas de modo que as tecnologias sejam utilizadas apropriadamente; onde o trabalho integrado em equipe multiprofissional seja valorizado.

De tal forma, a humanização do parto é um processo complexo onde estão envolvidos diferentes atores e interesses, cabendo assim, modificações no que tange a administração pública brasileira, na formação dos profissionais de saúde e nos valores socioculturais criados historicamente em torno da parturição. Embora a produção científica brasileira tenha se posicionado e apresentado evidências científicas a favor do parto humanizado nos últimos anos, há uma falta de reflexão mais profunda sobre o elo existente entre a gestão e a assistência ao parto, e sobre o quanto uma gestão qualificada pode vir a alterar a realidade dos serviços de saúde.

Espera-se que este trabalho venha contribuir com a reflexão sobre o trabalho dos gestores do SUS, pensando na garantia da universalidade, equidade e integralidade nos serviços oferecidos à gestante, recém-nascido e família. Assim, este trabalho teve como objetivo mapear o estado da arte da produção científica brasileira acerca do modelo de gestão proposto pelo SUS para a implementação da atenção humanizada ao parto e ao nascimento no Brasil.

2 | MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como um estudo descritivo, apoiado na revisão integrativa da produção científica nacional. A revisão integrativa é um método usado para reunir e sintetizar resultados de pesquisas, para posterior incorporação das evidências na prática clínica (MENDES, 2008).

Realizou-se um levantamento de produções de 2010 a 2015, na plataforma de pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para seleção, foram utilizados os descritores: humanização do parto; direitos da mulher; gestão em saúde. Os descritores foram cruzados aos pares e foram selecionadas as publicações que além de mencionarem em seus títulos e/ou resumos os descritores selecionados, tinham

relação com o objetivo da pesquisa. A disposição integral e gratuita na plataforma de pesquisa foi critério de inclusão e a publicação em língua estrangeira foi critério de exclusão.

Ao relacionar os descritores “humanização do parto” com “direito da mulher” foram encontradas 18 publicações, sendo que 12 delas atendiam ao objetivo da pesquisa, porém apenas 5 destas se encaixavam no período determinado. Cruzando o descritor “humanização do parto” com “gestão em saúde” também foram encontradas 18 publicações, mas apenas 5 delas tinham relação com o objetivo da pesquisa, e destas, 2 atendiam ao critério de tempo. Da terceira combinação, de “direito da mulher” e “gestão em saúde”, resultaram 17 publicações encontradas na plataforma, sendo que apenas 2 delas tinham relação com o objetivo da pesquisa e nenhuma delas se enquadrava no período de tempo estabelecido na metodologia da pesquisa.

Formou-se uma amostra de sete publicações, as quais foram tabeladas e posteriormente fichadas, sendo analisados seus núcleos de interesse e seus resultados, a fim de responder ao objetivo da pesquisa. Para tanto, foram construídas categorias temáticas que respondessem por aproximação de resultados, a fim de melhor discutir o tema proposto.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas sete publicações, sendo seis delas artigos científicos e uma dissertação. Os anos de 2010 e 2013 tiveram duas publicações cada um, e 2011, 2012 e 2014 tiveram uma publicação cada (Tabela 1).

Título	Autor	Ano	Revista
Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde	LONGO, C.S.M.; ANDRAUS; L.M.S.; BARBOSA; M.A	2010	Revista Eletrônica de Enfermagem
Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar	ZORZAM, B. A. O.	2013	Biblioteca Digital USP
Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres	PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L.	2013	Fractal: Revista de Psicologia
Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão	SANTOS, J.O; TAMBELLINI, C.A.; OLIVEIRA, S.M.J.V.	2011	Revista Mineira de Enfermagem
Satisfação das mulheres com a experiência do parto em modelos assistenciais distintos: um estudo descritivo	NARCHI, N.Z. et al	2010	Online Brazilian Journal of Nursing

Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras	VASCONCELOS, M.F.F.; MARTINS, C.P.; MACHADO, D.O.	2014	Interface
O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado	PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F.	2012	Revista Enfermagem UERJ

Tabela 1. Relação das publicações selecionadas no estudo, 2010-2015.

Observou-se que a maioria das publicações focaram no quesito assistência humanizada ao parto, sem se aprofundar no processo de gestão propriamente dito referente a esta assistência, embora haja majoritariamente a citação da Política Nacional da Humanização (PNH) como guia para o processo de implementação do parto humanizado. Quando abordaram o quesito gestão, trataram mais das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) rumo à humanização do parto, como por exemplo a presença do acompanhante no parto, e a importância da transformação dos processos de trabalho dos profissionais e instituições envolvidos no cuidado. No que tange ao modelo de gestão proposto pelo SUS para implementação da assistência humanizada ao parto e ao nascimento, destacou-se a relevância da estratégia chamada apoio institucional, criada através da PNH para a facilitação da formação de redes, do trabalho em equipe e da valorização do fazer coletivo.

Para a contextualização e o debate em torno da gestão voltada ao parto humanizado foram criadas quatro categorias de análise: Planejamento em saúde reprodutiva e construção de Políticas Públicas; Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão e apoio institucional; Barreiras para implementação do parto humanizado no Brasil; e Gestão do Sistema Único de Saúde.

3.1 Planejamento em Saúde da Mulher e construção de Políticas Públicas

Foi através da Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que foi conferido papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2005).

Corrêa e Petchesky (1996 apud ZORZAM, 2013) apontam como princípios dos direitos sexuais a integridade corporal, entendida como o direito da mulher de não ser alienada de sua capacidade sexual e reprodutiva; a autonomia pessoal, vista como direito à autodeterminação; a igualdade, instituída na relação entre homens e mulheres e entre mulheres que são atravessadas por cultura, classe social, idade; e a diversidade, vista como respeito às diferenças que englobam aspectos como cultura, religião, idade e orientação sexual. Segundo as autoras, esses quatro princípios dos “direitos reprodutivos” exigem o exercício concreto da cidadania e a abolição das injustiças sociais para que possam ser exercidos.

Sob a influência dos impactos surgidos com as propostas de ação do Cairo e o debate das feministas no começo do século XX, que chamavam a atenção para a necessidade de incorporação da autonomia das mulheres no campo da sexualidade e reprodução sob a perspectiva dos direitos humanos, os gestores passaram a focar mais na conquista pela integralidade na atenção à saúde da mulher. Até então, o programa de saúde criado em 1974 para atender o público feminino, Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), atendia somente aos aspectos reprodutivos da mulher, tendo como objetivo reduzir os altos índices de morbimortalidade materno-infantil (MOCCELLIN et al., s.d.).

Foi então, em 1984, que o MS lançou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como objetivos englobar ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistência à mulher em clínica ginecológica no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, atenção às doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Em 1996, por meio da lei n.º 9.263 foi instituído em território nacional o Planejamento Familiar, o qual tem como responsabilidade incluir o acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitas, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. Este serviço é ofertado nas Unidades de Atenção Básica, reafirmando a importância deste nível de atenção no processo de humanização do parto, como dispositivo para disseminar informações de qualidade acerca da gestação e do parto em si. Na atenção básica, também passaram a serem desenvolvidas as ações do pré-natal, que também se caracteriza como espaço de implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2005).

O empoderamento das gestantes e de sua família quanto às boas práticas, baseadas em evidência científica, de atenção ao parto e ao nascimento, com base no documento de 1996 da Organização Mundial da Saúde, deve ser exercitado, principalmente, neste nível de atenção, voltando-se à promoção da saúde e a garantia do direito das mulheres à informação de qualidade, para que então seja reafirmada a sua autonomia através da escolha informada, livre de coerção e violência. Isto requer interesse, responsabilidade e preparo técnico por parte dos profissionais envolvidos tanto na atenção, quanto na gestão dos serviços de saúde (ZORZAM, 2013).

No ano 2000, a ONU voltou-se para a questão materno-infantil apontando entre os 8 Objetivos do Milênio (ODM) a redução da mortalidade materna e infantil e a melhoria da saúde das gestantes. País membro da organização, o Brasil assumiu então o compromisso de alcançar essas metas até 2015. Conforme aponta o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2014) o desempenho do Brasil na redução da mortalidade materna foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina, embora o país ainda enfrente grandes desafios

para alcançar a meta A, que é reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. O alcance da meta B, universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva, contudo, está muito próximo. Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde, sendo que cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais.

Em âmbito nacional no ano de 2004, uma nova política foi proposta pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Segundo Moccellini, Pastor e Prada (s/d) essa nova política, proposta pelo Ministério da Saúde, foi pautada nos princípios da humanização e qualidade da atenção em saúde, ela incorpora como princípios a humanização e a qualidade da atenção em saúde, dando ênfase à Política de Atenção Básica à Saúde, além de focar na transversalidade dos programas de saúde. Esta política foi criada com a finalidade de garantir à mulher os seus direitos humanos e cidadãos, sexuais e reprodutivos.

Percebe-se que por trás da construção do planejamento em saúde da mulher e das políticas públicas, neste caso mais especificamente na área voltada a saúde reprodutiva, existem questões de cunho social, político e cultural assim como complexas articulações entre gênero, sexualidade, reprodução e poder. Ao tratar da saúde da mulher devem-se levar em consideração as desigualdades de gênero, classe, etnia, religião, entre outros, pois todas estas vertentes influenciam na demanda de saúde e na assistência prestada. São pontos básicos a serem considerados na construção de políticas públicas. Conforme Zorzam (2013), a institucionalização do gênero nas políticas públicas brasileiras tem seu marco em programas desenvolvidos há algumas décadas, resultantes de um processo de interlocução entre movimentos feministas de diferentes matrizes e aparelhos (político-governamentais). Essa forte presença das mulheres e do feminismo organizado nas esferas políticas governamentais brasileiras possibilitaram uma nova modalidade de controle social sobre a administração pública, uma vez que as próprias feministas estavam à frente das pautas dessas organizações, em comunicação direta com as questões dos movimentos sociais.

3.2 Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão e apoio institucional

Todos os artigos selecionados apresentam um posicionamento favorável à PNH da atenção e da gestão no sentido de sua efetivação servir como condição básica para implementação do modelo de parto humanizado no Brasil, podendo então, esta política, ser considerada o alicerce teórico para pensar em um modelo de gestão voltado à atenção humanizada do parto e do nascimento.

Martins et al. (2014) afirmam que a PNH define por humanização um certo modo de fazer inclusão traduzido pelo método da tríplice inclusão (BRASIL, 2008). Ou seja, a humanização se efetiva pela inclusão – nos espaços de atenção, gestão e formação em saúde – dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações, estas últimas entendidas

como efeitos que esse processo de inclusão produz. Em outros termos, humanização traduz-se em inclusão e, de forma subsequente, em produção de redes de coletivos articulados pela aposta no SUS.

De acordo com Brasil (2013), a PNH foi criada em 2003 com a proposta de garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal e transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

De tal forma, o conjunto formado pela cogestão e pela gestão participativa é um princípio da PNH que visa a agregação de ideias e ações voltadas para um mesmo fim, permeando os processos de trabalho dos atores envolvidos e valorizando suas subjetividades e também a coletividade no processo de gerir.

Focando na diretriz cogestão, Brasil (2013) comenta que esta expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Uma das estratégias metodológicas de cogestão para interferir no modo de gerir e de cuidar no SUS é o apoio institucional, no qual se propõe a criação de espaços coletivos de análise e interferência nas práticas de saúde.

Falleiro et al. (2014) apontam que o apoio, no contexto organizacional, pode ser entendido como o papel exercido por agentes que trabalham e assumem posicionamentos subjetivos, éticos e políticos tendo como objetivo a transformação dos processos de trabalho e das relações exercidas entre os sujeitos. Vasconcelos, Martins e Machado (2014) pinçam algumas pistas que colaboram na montagem de um corpo para o apoio institucional, a citar: Apoiar para ampliar o grau de grupalidade das equipes; Apoiar como estratégia de cogestão; Apoiar como um agir micropolítico no cotidiano; Apoiar para construir coletivamente novas práticas no SUS; Apoiar para analisar processos de trabalho e elaborar projetos de intervenção; Apoiar para produzir análises contingenciais ; Apoiar como modo de habitação do ‘entre’; Apoiar para criar espaços não hierarquizados de articulação entre saberes; Apoiar para contagiar atores/ atrizes, ativar coletivos e conectar redes.

O Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM)/2009-2011) é um exemplo de experiência com o apoio institucional voltado para a humanização do parto e nascimento. O Plano, ação organizada e coordenada pela PNH e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por intermédio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Mulher, serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento,

puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS.

De acordo Brasil (2012 apud MARTINS et al. 2014), a RC vem agregando às diretrizes de humanização do PQM: acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até 2 anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).

A formação e fortalecimento das Redes de Saúde é a aposta do SUS para que se torne concreto os anseios pela integralidade do cuidado, de forma a otimizar os serviços, desde seu financiamento até a resolução das demandas de saúde da população.

Já com o foco em outra diretriz da PNH, o acolhimento, Brasil (2005 apud PINHEIRO; BITTAR, 2013) destaca que este é um aspecto essencial da política de humanização e implica uma escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, que transmita à gestante segurança para falar de sua intimidade e ajude-a a construir o conhecimento de si mesma, condição fundamental para uma participação mais ativa no momento do parto, contribuindo ainda para um nascimento mais tranquilo e saudável. No entanto, estas práticas não foram comuns, nem julgadas importantes durante muito tempo, o que suscita uma breve revisão histórica.

Durante muito tempo, a assistência a gestação, ao parto e ao puerpério foi prestada majoritariamente por parteiras, conhecidas popularmente como aparadeiras ou comadres, de forma empírica, em ambiente doméstico sendo o parto visto como algo natural, fisiológico. Brennes (1991) afirma que estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares.

Santos, Tambellini e Oliveira (2011) acrescentam que no Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos das parteiras durante todo o século XIX. No entanto, no início do século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, as mulheres-mães, começaram a introjetar a necessidade da medicina e da crescente tecnologia para assegurar um bom desfecho do nascimento.

Em um segundo momento, em meados do século XIX, a obstetrícia passa a ser gradualmente valorizada trazendo consigo tecnologias voltadas à “facilitação” do parto, a fim de se promover mais “segurança” ao processo de parturição; tecnologias médicas estas utilizadas como corretores do corpo feminino débil, fraco, incompleto. O corpo feminino torna-se então “propriedade” do saber médico, e o parto se restringe cada vez mais ao ambiente hospitalar afastando a família e a rede social do processo

de nascimento. Brennes (1991) aponta que:

“A medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados. Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. (...) Assim, a partir da segunda metade do século XIX, a medicina se articula a outras instâncias do social na produção de uma nova imagem sobre a mulher, da relação desta com os filhos e sobre seu papel em sociedade, esposa-mãe-dona-de-casa.” (BRENNES, 1991, p. 135).

Corroborando com a correlação entre o saber/fazer médico obstétrico e a imagem do corpo feminino, Zorzam (2013) aponta que nas relações sociais a noção de “vulnerabilidade” moral e intelectual das mulheres estava inscrita nos seus corpos, implicando maiores controles sobre eles. Por isso, o surgimento da literatura e da ciência médica considerou as mulheres como seres estranhos e imprevisíveis, portadoras de eventos instáveis como a menstruação e a gravidez.

Santos, Tambellini e Oliveira (2011) apontam que no final do século XX, o descontentamento das mulheres em razão da apropriação do corpo feminino pela obstetrícia estimulou mundialmente a luta do movimento feminista, que deu início ao movimento em prol da humanização da assistência ao parto. O objetivo principal desse movimento foi promover o cuidado à saúde da mulher, centralizado nas necessidades de cada uma e fundamentado em evidências científicas para garantir à mãe e à criança uma assistência segura, com o mínimo de intervenções.

Nesse sentido, o modelo de assistência ao parto humanizado propõe como princípios e fundamentos a assistência centrada na mulher e na família com o objetivo central de promover assistência de qualidade; o acesso e o acolhimento, através também de uma boa organização das redes de serviço para assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais; o fortalecimento e participação da mulher nas tomadas de decisão; a proteção e promoção da gravidez como processos saudáveis e fisiológicos; o uso apropriado da tecnologia; o trabalho integrado em equipe multiprofissional, e as práticas baseadas em evidência científica. Atualmente, o modelo tecnocrático e biomédico que direciona as práticas em saúde de modo a servir o mercado, dificulta o protagonismo da mulher na assistência ao parto, como também faz o uso controlado das tecnologias disponíveis, as quais são utilizadas muitas vezes sem necessidade. Isso justifica o quadro atual de iatrogenia presentes nos partos normais, como também o número excessivo de cesáreas desnecessárias.

Segundo Santos, Tambellini e Oliveira (2011) o processo de mudança do paradigma assistencial obstétrico está na dependência das políticas de saúde do país, da legislação, do contexto sociocultural e, principalmente, das instituições de saúde e dos profissionais responsáveis pelo atendimento, que, em conjunto, devem garantir à mulher uma experiência da maternidade mais satisfatória e a qualidade na sua assistência. Narchi et al. (2010) afirmam que o MS vem pouco a pouco implantando

um conjunto significativo de ações que visam mudar o modelo intervencionista pelo humanizado e centrado nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, nas evidências científicas e no direito à tecnologia apropriada, com consequente estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

Outra temática abordada nos artigos selecionados ao correlacionar gestão e atenção ao parto humanizado, é a importância do cumprimento da legislação federal, que permite e regulamenta a presença de um acompanhante de escolha livre da gestante para acompanhá-la no pré-parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do SUS. Estas iniciativas demonstram o interesse pela reorganização dos serviços de atenção materno-infantil por parte da sociedade e do Ministério da Saúde.

Segundo Longo, Andraus e Barbosa (2010), o acompanhante pode constituir mais do que simples presença se for permitida a sua participação ativa durante o processo parturitivo. Nesta condição ele deixa de ser considerado mero representante fiscalizador da assistência obstétrica, para assumir o status na rede social de provedor do suporte a parturiente.

Uma síntese de estudos randomizados sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto mostrou que o apoio físico, empático e contínuo, durante o trabalho de parto, apresentava benefícios, dentre eles, um trabalho de parto mais curto, um volume menor de medicações e de analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de sete e de partos operatórios. (OMS, 1996 apud LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010, p.388)

3.3 Barreiras para implementação do parto humanizado no Brasil

Reconhecidas as políticas e programas criados a favor da humanização do parto, cabe o questionamento acerca da persistência do modelo biomédico à assistência ao parto, buscando entender porque as ações previstas pelo planejamento à saúde da mulher não se concretizam. Vê-se que esta é uma questão muito profunda e abrangente cuja resposta tem início na análise da organização e funcionamento do SUS, e continua na análise do contexto sociocultural e político que envolve a saúde da mulher, mais especificamente o ato da parturição.

Conforme mencionam Barbosa e Carvalho (2010), o Estado brasileiro ainda não possui todas as condições para cumprir os compromissos assumidos pelo SUS. Sabe-se que um grande limitante é o financiamento, ainda aquém do necessário, mas é preciso dar destaque à “máquina” do Estado, definida como estrutura da administração pública brasileira. Segundo estes mesmos autores, no modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde e mais grave ainda quando se trata de hospitais. Seria necessário maior autonomia de gestão e maior poder de decisão para os gestores locais, que devem ser igualmente responsabilizados pelo desempenho das organizações, a fim de conferir maior agilidade e flexibilidade à condução dos serviços de saúde, estabelecendo condições mais efetivas para que

essas organizações respondam às políticas, diretrizes e incentivos governamentais.

Atualmente, o maior desafio do SUS é a sua consolidação, ou seja, como garantir o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde conforme definidos na Constituição. Em um país de profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, que indicam a necessidade de mudanças no modelo de atenção, que não se farão sem mudanças no modelo de gestão.

Para atuar com qualidade na condução de políticas na área da saúde é imprescindível um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, que ultrapassem o saber técnico para atingir também a atuação política dos gestores, uma vez que estarão em constante contato com outros grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais a fim de perseguir seus objetivos na área da saúde. De acordo com a pesquisa de Longo, Andraus e Barbosa (2010), os profissionais imbuídos do ideal de humanização, têm possibilidade de repadronizar a assistência ao parto e nascimento e de fornecer informações adequadas aos usuários, a fim de expandir a atenção integral na prática do cuidar.

Aquém das barreiras a nível de gestão, há entraves também relacionados às questões de cunho político e sociocultural criadas historicamente em torno do ato de parir, o que refletem na assistência prestada às gestantes, entre elas a perda da característica natural e fisiológica do parto, ganhando a fisionomia de doença que requer tratamento indiscriminadamente. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010 apud ANDRADE; LIMA, 2014) o predomínio do modelo biomédico e a utilização acrítica do conhecimento técnico, sobretudo em hospitais, podem tornar ineficazes qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças. Corroborando com esta ideia, Martins et al (2014) sugerem que para mudar o modelo de atenção e de gestão do parto e do nascimento, é necessário analisar e intervir coletivamente em práticas de saúde “desumanizadoras”, a fim de tecer uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil capaz de transformar uma racionalidade e um cenário de (des)cuidado naturalizado.

3.4 Gestão do Sistema Único de Saúde

De acordo Kuschnir, Chorny e Lira (2012) a gestão de sistemas e de serviços em saúde engloba uma gama de funções, que vão desde a formulação de políticas e do plano, passando pela gestão de redes de serviços, até a gestão de funções ao nível das unidades. Entre os responsáveis por essa gestão, estão o MS na figura do Ministro na esfera federal, e os secretários de saúde estadual e municipal nas esferas estaduais e municipais, respectivamente. Estes, conhecidos também como autoridades sanitárias, têm como responsabilidade a condução das políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem um dado modelo de política de Estado para a saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009)

Pensando na diversidade do território brasileiro, a Constituição de 88 formalizou o processo de descentralização político-administrativo que vem acontecendo desde

então através da transferência de serviços, de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. Este processo implica também em novas formas de articulação entre as esferas de governo, instituições e serviços de saúde, na busca de tornar mais expressiva a integralidade na área de saúde. A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas.

Com o objetivo de concretizar um arranjo federativo na área da saúde, e também fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo, de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema, existem as Comissões Intergestores, classificadas em Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). Essas estratégias são encontradas nas regras legais que obrigam os atores a compartilhar decisões e tarefas; em instâncias federativas e mecanismos políticos de negociação intergovernamental; no funcionamento das instituições representativas; no papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

A primeira composta por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conasems), segundo representação regional; e a segunda formada paritariamente por representantes estaduais indicados pelo secretário estadual de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado. Em alguns estados existem CIBs regionais, com o objetivo de discutir sobre os problemas de saúde e de organização de rede de serviços, propondo soluções apropriadas às distintas realidades territoriais.

De acordo com Machado, Lima e Baptista (2009), o funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS pode representar um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para propiciar a formulação e a implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

São também instâncias organizativas do SUS, os conselhos participativos presentes nas três esferas do governo, que fazem valer uma das diretrizes organizativas do SUS, que é a participação da comunidade. É definido que os Conselhos de Saúde devem ter caráter deliberativo sobre a política de saúde, ou seja, o papel desses conselhos não é apenas consultivo ou opinativo, mas envolve o poder de decisão sobre os rumos da política. O papel dos conselhos não deve se confundir com o dos gestores, que têm funções executivas sobre a política de planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços.

Arretche (2003 apud MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009) sugere que a complexa estrutura institucional para a tomada de decisões no SUS, ainda não plenamente explorada pelos atores diretamente interessados em suas ações, pode

contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde e propiciar respostas aos desafios inerentes à sua implementação. A proposta atual é a de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas, dada a relação intrínseca entre a concretização da proposta de universalização e equidade, e a constituição destas redes. O funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas.

Conforme apresentado por Kuschnir, Chorny e Lira (2012) a rede constitui-se de conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população. Para isso, duas questões são centrais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população a continuidade do cuidado.

No que concerne a estas questões centrais, o primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Básica, tem atuação central. Isto significa que nesse nível é estabelecido o principal vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo usuário. As funções do primeiro nível de atenção apresentadas por Kuschnir, Chorny e Lira (2012) podem ser definidas pelos valores, atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização; produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento e ordenamento do sistema (porta de entrada).

E, para concluir o esquema básico sobre a gestão do SUS, Barbosa e Carvalho (2010) assinalam que fazer gestão também é avaliar o resultado da intervenção sobre o problema ou sobre os problemas, geralmente traduzidos por informações de morbimortalidade. Naturalmente, as atividades de gestão envolvem uma forte e densa movimentação de informações. Entretanto, o foco permanece por todo o tempo na resolução de problemas.

Como salienta Mintzberg (1995 apud BARBOSA; CARVALHO, 2010) serão vários os atributos a serem considerados para modelos de gestão eficientes, com segurança e qualidade no cuidado. Mas, de imediato, uma condição e atributo básico de qualquer modelo é a autonomia de gestão. Trata-se necessariamente de um “jogo de pesos e contrapesos”; mais autonomia, mais eficiência, menos controle e menos subordinação a um poder central.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa colaborou para compreensão de que a atenção à saúde é influenciada diretamente pela administração pública brasileira, onde se insere o SUS, abarcando setores do nível federal ao nível municipal. A atual proposta de gestão a ser seguida para a humanização da atenção ao parto e defesa dos direitos dos usuários, é aquela apresentada pela PNH, a qual traz como diretriz a gestão participativa e a

cogestão como veículos de modernização da gestão do sistema e conseqüentemente dos processos de trabalho, e da construção de redes coletivas.

Como um sinal de avanço, observa-se que o SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão e de responsabilização, reorganizando a rede de atenção à saúde e produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro. Porém, ainda há muito o que avançar para o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema, bem como dos fundamentos da PNH, os quais incorporam o exercício dos direitos humanos em sua operacionalização, assim como na qualificação do sistema de cogestão, na criação da rede, no fortalecimento e qualificação da atenção básica e na sua ampliação como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde.

Verifica-se que há esforços no sentido de humanizar a atenção ao parto e ao nascimento, o que pode ser confirmado pelos programas e políticas criados. Porém, além do que é instituído por parte da gestão, existem os valores criados socialmente em torno do parto, os quais influenciam diretamente na atenção que é dada às gestantes, e na percepção destas quanto a parturição. Historicamente, as mulheres estiveram sujeitas às vulnerabilidades sociais de gênero. Neste contexto, o modelo biomédico tomou como propriedade o corpo feminino criando uma imagem retorcida deste corpo, que passa a ser caracterizado como fraco e incompleto, e a gestação/parto é encarada como um processo patológico o qual requer o uso de tecnologias médicas para que seja seguro.

Após a publicação por parte da Organização Mundial de Saúde das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, em 1996, o movimento pró humanização do parto foi fortalecido, e neste início de século XXI, verifica-se que o debate em torno da assistência ao parto tem ganhado espaço. O resultado das ações voltadas à modificação do modelo biomédico de atenção ao parto para um modelo humanizado, pode ser verificado através de resultados, como a redução da taxa de mortalidade materna – infantil brasileira e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva nos últimos 20 anos.

Hoje, encontra-se em processo de implementação a Rede Cegonha como projeto capaz de tornar viável as concepções da PNH, e conseqüentemente o cuidado integral. Esta Rede tem como objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; assim como garantir acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Enfim, para que a humanização do parto saia do papel e alcance toda a população brasileira, cabe a toda a sociedade a responsabilidade, em diferentes graus, da exigência e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Entre eles, está a liberdade de escolha da mulher, garantindo o acesso a informações de qualidade sobre os benefícios do parto natural e seguro, reconhecido como um evento fisiológico em que, somente em alguns casos, requer o uso de tecnologias como a cirurgia cesárea.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J.B.M.C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

BARBOSA, P.R.; CARVALHO, A.I. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES :UAB, 2010. 190p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1.ed. Brasília –DF. 2013 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 12.dez.2015.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2,1991, p.135-149.

FALLEIRO, L.M.; BARROS, R.S.; LIMA, V.C.S, DUARTE, C.C. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: _____ **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p.: il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.178p.

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS; L.M.S.; BARBOSA; M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n.2, 2010, p.386-391. Disponível em: <<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>>>. Acesso em 03 dez. de 2015.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.de; BAPTISTA, T.W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: _____. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD /Ensp, 2009.

MARTINS, C.P.; NICOLLOTTI, C.A.; VASCONCELOS, M.F.F.; MELO, R.A. Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que Trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

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

MOCCELLIN, A.S.; PASTOR, F.A.C; PRADA, J.R. Planejamento e Gestão em Saúde da Mulher.

Caderno de Estudos e Pesquisa. Brasília -DF. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5761/planejamento_e_gestao_em_saude_da_mulher_1.pdf> Acesso em: 09.jan.2016.

NARCHI, N.Z.; DINIZ, C.S.G.; AZENHA, C.A.V.; SCHENECK, C.A. Satisfação das mulheres com a experiência do parto em modelos assistenciais distintos: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3102/692>. Acesso em: 5 dez. 2015.

PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n.3, 2013, p. 585-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000300011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09.jan.2016.

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F.O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.20, n.1, 2012, p.105-110.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento** / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. 208 p. Disponível em:<http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acesso realizado em 17 dez. 2015.

SANTOS, J.O; TAMBELLINI, C.A.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**; v.15, n.3, 2011, p.453-458.

VASCONCELOS, M.F.F; MARTINS, C.P; MACHADO, D.O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface**, 2014; 18 Supl, p. 997-1011.

ZORZAM, B. A. O. Z. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO VIVIDO

Michelle Araújo Moreira

Profa Titular do Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus - Bahia

Thaís Lima Ferreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade
Estadual de Santa Cruz
Ilhéus - Bahia

RESUMO: O puerpério é o período pós-parto que se divide em três etapas: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) e será experienciado positivamente ou negativamente a partir das representações sociais que emergirem sobre cada parto vivido. Os objetivos foram: levantar e apreender as representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto vivido. Trata-se de um estudo qualitativo, centrado na Teoria das Representações Sociais. O lócus do estudo foi a Maternidade Santa Helena, no município de Ilhéus-Bahia. Os sujeitos foram puérperas internadas no alojamento conjunto (imediatas) ou que receberam alta e encontravam-se no domicílio (tardias e remotas) conforme critérios de inclusão. A coleta foi realizada na maternidade, no domicílio das puérperas ou em lugares escolhidos pelas mesmas, através da entrevista semiestruturada e do Desenho-Estória com Tema (DET). A análise da entrevista

semiestruturada e da estória contida no desenho foi fundamentada na análise de conteúdo temática proposta por Bardin e o grafismo foi analisado com base nos princípios estabelecidos por Coutinho. Na análise, evidenciaram-se aspectos relacionados a sentimentos ambíguos à maternidade e/ou no nascimento do filho, experiências do parto positivas e/ou negativas, responsabilização dos profissionais de saúde envolvidos na cena do parto e expectativas sobre o parto futuro. Portanto, é necessário acolher e orientar as gestantes durante o pré-natal, além de prestar uma assistência ao parto afetuosa e de qualidade como mecanismo para que vivenciem e representem o trabalho de parto positivamente, otimizando as expectativas para um parto futuro, caso desejado.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto; Trabalho de parto; Saúde da mulher; Enfermagem.

ABSTRACT: The puerperium is the postpartum period divided into three stages: immediate (1st to 10th day), late (11th to 45th day) and remote (from the 45th day) and will be experienced positively or negatively from social representations that emerge about each birth. The objectives were: to raise and apprehend the social representations of puerperal women about labor. It is a qualitative study, centered in the Theory of Social Representations. The

locus of the study was the Maternity Saint Helena, in the municipality of Ilhéus-Bahia. Subjects were puerperal hospitalized in the joint housing (immediate) or who were discharged and were at home (late and remote) according to inclusion criteria. The collection was carried out in the maternity ward, in the home of the puerperas or in places chosen by the same, through the semi-structured interview and the Design-Story with Theme (DET). The analysis of the semi-structured interview and the story contained in the drawing was based on the thematic content analysis proposed by Bardin and the graphic design was analyzed based on the principles established by Coutinho. The analysis revealed aspects related to ambiguous feelings about motherhood and / or the birth of the child, positive and / or negative experiences of childbirth, responsibility of the health professionals involved in the birth scene, and expectations about future childbirth. Therefore, it is necessary to receive and guide pregnant women during prenatal care, as well as providing quality and affectionate delivery as a mechanism to positively experience and perform labor, optimizing expectations for a future delivery, if desired.

KEYWORDS: Postpartum period; Labor; Women's health; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O parto caracteriza-se por ser um evento natural e fisiológico com envolvimento das dimensões política, psicológica, espiritual e ideológica. Especificamente no século XVIII com o surgimento da medicina ocorreu a patologização e medicalização do parto, sendo cada vez mais necessárias intervenções, procedimentos e hospitalização, o que reduziu o cuidado singular dispensado a cada mulher. Essa relação de dependência e perda de autonomia da parturiente, que passou a ser o objeto de intervenção da obstetrícia e das regras que são instituídas e reproduzidas pelo machismo e pelas relações de desigualdades de gênero, oportunizou a ampliação das vulnerabilidades (BARBOZA; MOTA, 2016).

Objetivando reverter tal situação, o país elaborou a Política Nacional de Humanização do Parto, em 2000, com o intuito de transformar a realidade da assistência ao parto e melhorar a qualidade do cuidado às parturientes (BARBOZA; MOTA, 2016). Nesse sentido, o parto passa a ser compreendido como um dos momentos mais importantes na vida da mulher que o deseja, representando uma experiência singular e permeada por significados (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Dessa maneira, as simbologias do trabalho de parto podem variar de uma perspectiva positiva ou negativa com base nos aspectos físicos, emocionais e socioculturais, que permeiam o processo e que precisam ser respeitados na individualidade e integralidade de cada mulher (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Ademais, experienciar este momento com apoio familiar e profissional permitirá que a mulher possa ter o empoderamento necessário para a escolha sobre a melhor via de parto, a forma de atendimento, a redução do medo do desconhecido e da dor, diminuindo sua solidão e sofrimento (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Portanto, o trabalho de parto deve ser conduzido pela própria mulher com base nas suas próprias necessidades e especificidades, tendo os profissionais de saúde, em especial, as enfermeiras, como parceiras e incentivadoras dessa etapa no ciclo de vida das mulheres (SCARTON et al., 2015).

Sabe-se que, as experiências de parto representam memórias afetivas de felicidade e/ou sofrimento, marcadas pelo resto da vida das mulheres (PINHEIRO; BITTAR, 2013). Assim, evidencia-se a relevância de estudos que valorizem as simbologias das mulheres em relação ao parto e, conseqüentemente, ao cuidado prestado nesse período (SOUSA et al., 2016).

Nessa linha de pensamento, a pesquisa justifica-se pelo número insuficiente de publicações nacionais acerca das representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto vivido e pela importância da temática. Ratificando esta afirmativa, evidenciaram-se após levantamento bibliográfico de artigos, em português, publicados nos últimos cinco anos, 15 artigos relacionados às vivências e experiências, os quais abordam apenas características relacionadas à via do parto, a presença de acompanhante, ao atendimento recebido ou a visão das enfermeiras, 26 artigos relacionados à violência obstétrica e apenas um relacionado às representações sociais de puérperas que vivenciaram o parto normal e cesárea, o que demonstra a magnitude do estudo.

Diante do exposto, surgiu então a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto vivido? Para responder tais questões, definiu-se como objetivo geral: apreender as representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto vivido e como objetivo específico: levantar as representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto vivido.

Por fim, entende-se que as representações sociais das puérperas sobre o trabalho de parto podem contribuir para que os profissionais de saúde e gestores reflitam sobre as simbologias do parto na perspectiva de quem as vivencia, melhorando a assistência prestada para a vivência positiva do trabalho de parto. Além disso, essa pesquisa, após publicação, servirá como fonte de estudo e poderá incentivar a produção de outros trabalhos sobre o tema por parte de enfermeiras e estudantes de enfermagem de modo a respeitar no seu cotidiano de trabalho às singularidades das parturientes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, centrado na Teoria das Representações Sociais, por entender que esta teoria permite a apreensão de aspectos tão delicados da racionalidade humana e das relações sociais e por se revelar como um ótimo modo para analisar o pensamento e os registros simbólicos do grupo que se dispõe a pesquisar, tornando familiar algo até então desconhecido e promovendo a identificação de ideias e acontecimentos inéditos. Ressalta-se que, as representações sociais são o conjunto de explicações, crenças, pensamentos e ideias comuns a um determinado

grupo de indivíduos que nos possibilita evocar um dado, um acontecimento, uma pessoa ou mesmo um objeto e resultam de uma interação social, sem perder de vista, contudo, a questão da individualidade (MORAES et al., 2013).

Nesse sentido, o estudo foi realizado na Maternidade Santa Helena, pertencente ao município de Ilhéus-Bahia. A cidade de Ilhéus localiza-se no sul do estado da Bahia e apresenta uma área territorial de 1.584,693 km² e aproximadamente 176.341 habitantes (IBGE, 2018).

A Casa da Santa Misericórdia como originalmente era conhecida, construiu e inaugurou o Hospital São José em 19 de setembro de 1920, visando melhor atender a população regional, através de relevantes serviços à saúde destinados aos cidadãos locais. Posteriormente, construiu a Maternidade Santa Helena em área contígua com apoio de uma equipe multidisciplinar integrada (ARRUDA, 2018). Nesse sentido, a escolha por este local caracterizou-se pelo número expressivo de parturientes atendidas diariamente, o que revela a importância do cenário.

Os sujeitos do estudo foram puérperas que pariram na referida maternidade com base nos seguintes critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, que possuíam relação homoafetiva ou heterossexual, que estavam no período imediato (1^o ao 10^o dia pós-parto), tardio (11^o ao 45^o dia pós-parto) ou remoto (a partir do 45^o dia pós-parto) e residente em Ilhéus. E os critérios de exclusão foram: puérperas que pariram em domicílio e foram posteriormente deslocadas para a Maternidade Santa Helena, puérperas que tiveram complicações no pós-parto, puérperas com depressão ou qualquer outro transtorno mental.

Os dados foram coletados nas dependências da maternidade, no domicílio das puérperas ou em lugares escolhidos pelas mesmas de modo que o ambiente fosse calmo, reservado e sem presença de ruídos, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se como instrumentos de coleta dos dados, o roteiro de entrevista semiestruturada e o Desenho Estória com Tema (DET). As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e permanecerão arquivadas por cinco anos, sendo que após este período, serão incineradas, o mesmo ocorrendo com o DET.

Para pôr em prática a técnica do DET, cada puérpera recebeu a seguinte orientação: “Desenhe o momento em que pariu o seu filho e como se sentiu nesse dia”. Para isso forneceu-se materiais como folha de papel A4 branco, lápis preto n^o 2 e caixa de lápis de cor. Após desenhar, a depoente foi instruída a escrever a estória sobre o grafismo, contendo início, meio e fim, dando-lhe um título. Nos casos em que a puérpera não soubesse escrever ou não quisesse redigir a estória, a pesquisadora procedia à gravação com posterior transcrição.

A técnica apresentada foi de suma importância para a pesquisa visto que possibilitou revelar aspectos presentes no consciente e inconsciente da entrevistada, levando a captação e compreensão de suas representações sociais. Sendo assim, salienta-se que lhes foi garantido o sigilo dos dados coletados e o anonimato.

Utilizou-se o método proposto por Bardin para realizar a análise temática do conteúdo da entrevista semiestruturada e da estória contida no desenho. Essa proposta faz uso de um composto de técnicas que possibilitam conhecer aquilo que está por trás das palavras da entrevistada, contribuindo para o alcance do objetivo da pesquisa e a interpretação do material. Este método segue três etapas, destacadas a seguir: a pré-análise, que é a fase de organização; a exploração do material, fase de análise propriamente dita; e o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

No que se refere à análise do grafismo do DET utilizou-se o modelo proposto por Coutinho, momento em que se procedeu a observação dos desenhos como instrumento de diagnóstico psicológico por meio das projeções, expressando o inconsciente através da simbologia (CAMPOS, 2014).

Destaca-se ainda que a pesquisa encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), considerando as questões éticas na Resolução nº 466/ 2012 (BRASIL, 2012), sob o número de parecer 2.733.783 e as depoentes foram nomeadas por um codinome diferente do nome próprio seguido da palavra Luz.

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 26 puérperas com idade entre 18 e 40 anos. Em relação à escolaridade, cinco possuíam ensino fundamental incompleto, sete tinham ensino médio incompleto, 10 relataram ensino médio completo, uma detinha ensino superior em andamento e três com ensino superior completo. Quanto ao estado civil, 16 eram solteiras, nove casadas e uma em união estável. No que se refere à religião, oito eram católicas, 13 evangélicas e cinco não tinham denominação. Das puérperas entrevistadas, 14 se autodeclararam negras e 12, não negras. No que tange ao tempo de puerpério, 24 estavam no período imediato (1º ao 10º dia pós parto) e duas no tardio (11º ao 45º dia).

Após leitura atenta e codificação dos depoimentos transcritos, três categorias foram definidas a seguir:

3.1 Sentimentos ambíguos na chegada à maternidade e/ou no nascimento do filho

Sabe-se que a chegada à maternidade para vivenciar o parto é um momento cercado por sentimentos ambíguos. Nota-se, entre as primigestas, que os sentimentos negativos como ansiedade, nervosismo e medo, decorrem da inexperiência ou da forma como são tratadas e/ou negligenciadas em suas queixas pela equipe multidisciplinar (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013). Além disso, as multigestas também apresentam tais sentimentos, o que advém das situações negativas vividas em partos anteriores

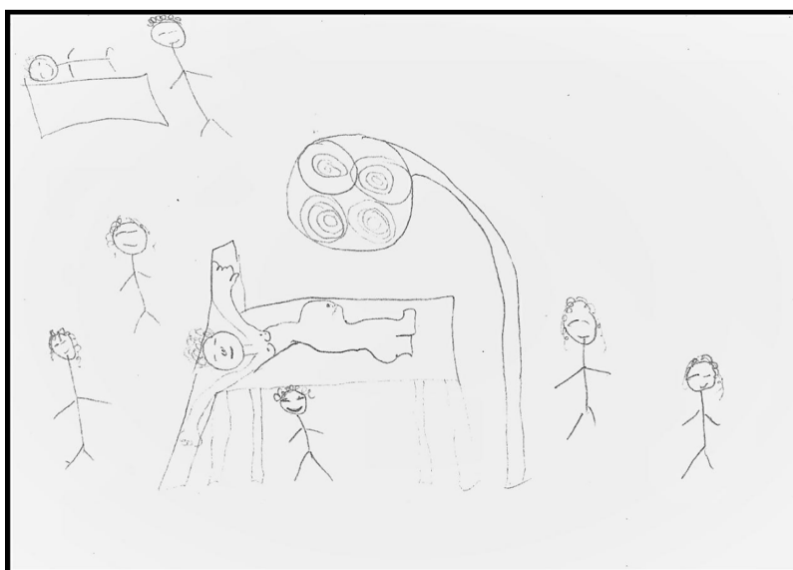
ou das estórias narradas por outras mulheres na cena do parto, conforme relatos a seguir:

[...] quando eu cheguei, senti medo das pessoas que vinha me atender [...] **(Eloá Luz)**.

[...] eu me senti ansiosa, nervosa e com muitas dores. Eu não sabia a reação do parto normal e do cesáreo, foi meu primeiro filho. Aí eu fiquei sem saber como eu ia reagir na hora do parto *(risos)* [...] **(Ísis Luz)**.

[...] eu não gostei da recepção, eles fazem pouco caso com a questão da dor que a gestante está sentindo, como se fosse uma coisa normal do cotidiano deles ver aquilo, achando que todas são iguais e que tá tudo bem [...] **(Amora Luz)**.

Percebe-se que as simbologias transitam na esfera do medo da dor, da insegurança e impotência frente à situação a ser enfrentada. As crenças, mitos e tabus propagados para as parturientes exercem forte influência no comportamento das mesmas durante o parto, ratificando a importância de uma assistência humanizada (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014). Desse modo, apreende-se que as simbologias negativas individuais e grupais influenciam na vivência plena do trabalho de parto.



“eu senti muito medo. Tinha muito medo de ter filho um dia, porque o povo fala que dói. No parto eu fiquei com bastante medo, mas quando eu vi o chorinho dela, o rostinho dela, eu fiquei mais tranquila, mais calma. Ela chorava muito, aí a moça trouxe ela perto de mim e ela parou de chorar, aí eu me emocionei. Eu só tenho a agradecer a Deus por eu ter ela comigo e parar de dar ouvido ao que o povo fala, que nem tudo é verdade como eu vi ontem, os povo falaram que a enfermeira é isso e aquilo, e não foi nada disso que eu vi, elas só ajudaram, só apoiaram mesmo. Foi muito bom meu parto, bastante bom mesmo, apesar do medo foi bom” **(Nair Luz)**.

Dessa maneira, torna-se importante que a parturiente receba orientação educativa durante o pré-natal sobre os mecanismos do trabalho de parto e tenha suas necessidades atendidas por parte dos profissionais de saúde bem como atenção e apoio da parceria e dos demais familiares, permitindo maior segurança e tranquilidade diante da vivência do parto (REIS et al., 2013; SILVA; ALMEIDA, 2015).

Por outro lado, evidencia-se ainda que simbologias positivas no trabalho de parto

foram desveladas pelas puérperas, a exemplo da tranquilidade, bem-estar e alegria em saber que teria o filho nos braços, como demonstrado nos fragmentos abaixo:

[...] quando eu fui entrar na sala do pré-parto, eu cheguei a me emocionar porque sabia que ia conhecer o meu filho naquele momento [...] **(Rosa Luz)**.

[...] eu tava me sentindo muito bem! Um pouco nervosa pela situação, mas tava tranquila [...] **(Helena Luz)**.

[...] na verdade, eu vim porque tava sentindo algumas dores, só que eu sentia alegria e ao mesmo tempo medo, tudo misturado [...] **(Sofia Luz)**.

Destaca-se que, os sentimentos podem revelar-se ambíguos e isto se relaciona com o preparo anterior da mulher e com a influência dos familiares, especialmente mães e avós que vivenciaram este processo anteriormente. Sendo assim, evidencia-se a importância de se trabalhar com a vivência positiva do trabalho de parto nas consultas de pré-natal, esclarecendo as dúvidas das gestantes e de seus familiares, buscando tranquilizá-los para este momento.

Nesse sentido, abordar sobre os aspectos físicos, emocionais e mentais do parto é de fundamental importância para que as gestantes tenham suas preocupações sanadas sobre o trabalho de parto por parte dos profissionais de saúde e estejam conscientes das escolhas e do seu papel enquanto cidadãs de direito (SOUZA et al., 2015).

Dessa forma, torna-se necessário promover ações em saúde que evidenciem os sentimentos, simbologias e significados das gestantes sobre o trabalho de parto de modo a assegurar uma vivência feliz e segura da maternidade no puerpério (FERREIRA et al., 2013).

Além disso, revelam-se os sentimentos positivos descritos no momento do nascimento do filho, a exemplo da alegria e felicidade em presenciar o filho em condições saudáveis, do alívio com a superação da dor e da rapidez na progressão do parto, como percebido a seguir:

[...] senti uma felicidade enorme. Ele nasceu perfeito. Com saúde [...] **(Eloá Luz)**.

[...] **só alegria! E depois que a pediatra examinou então, que disse que tudo bem, perfeita, não tem problema nenhum [...]** **(Bianca Luz)**.

[...] eu chorei! É uma emoção muito forte! A gente que é mãe sente passar aquela dor toda no momento. Você ver que seu bebê tá bem, é o que importa [...] **(Rosa Luz)**.

[...] um alívio! *(risos)* e a felicidade de está tudo bem [...] **(Amora Luz)**.

Desse modo, percebe-se o desejo prévio da mulher por um parto rápido e efetivo onde se possa ter o mais breve possível o filho saudável nos braços.

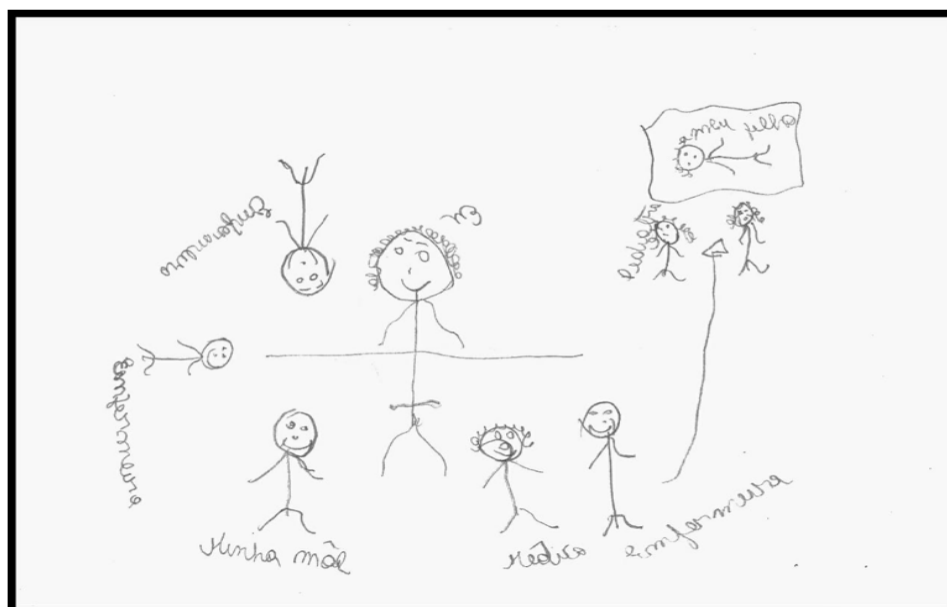
3.2 Experiências do parto positivas e/ou negativas

É incontestável a influência sociocultural na experiência do parto, momento em que a mulher pode sofrer interferências nas suas representações, muitas das quais, advindas da falta de informação bem como por acreditar em uma suposta inadequação física e psicológica para parir, algo cultuado ao longo de séculos (ALVARENGA; KALIL, 2016 e BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017). Assim, percebe-se que as depoentes relatam uma experiência negativa sobre o parto, descrevendo como um processo complicado, trabalhoso, de risco e doloroso, conforme relatos a seguir:

[...] foi um pouco complicado porque na hora dela nascer ela subiu, aí demorou um pouco, ela se desencaixou na verdade, mas graças a Deus deu tudo certo [...] **(Alicia Luz)**.

[...] meu parto deu um pouco de trabalho. A equipe que tava me ajudou muito a ter ele. O neném tava em baixo encaixado e depois ele subiu, eu tava sem dilatação, aí eu fiz o procedimento da bola, me colocaram no chuveiro, mandou eu caminhar, me agachei, depois disso que eu vim a ter o meu filho [...] **(Eloá Luz)**.

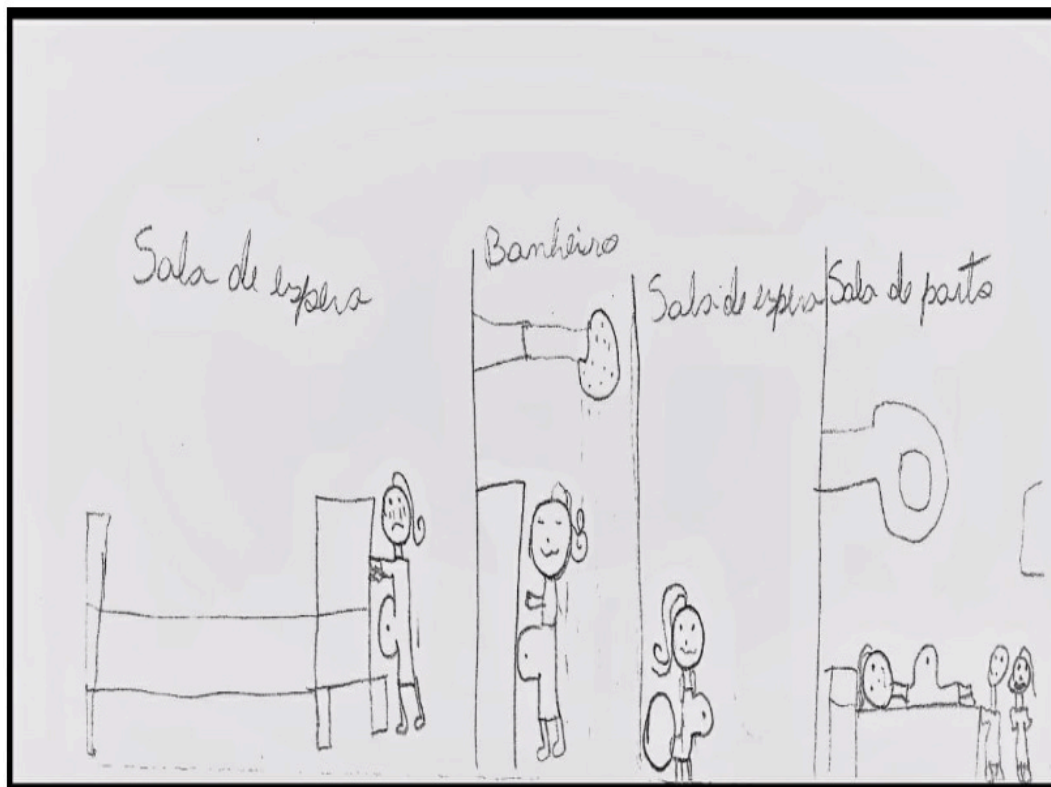
Nesse sentido, no que diz respeito à dor, as depoentes relatam ser insuportável, pois durante a gestação a mulher escuta da família e dos amigos que o trabalho de parto é muito doloroso e sofrido, fato que permanece disseminado, ocasionando medo e ansiedade que pode exacerbar a dor (LIMA et al., 2017). Essa dor, embora faça parte do processo fisiológico da parturição, sofre influência de fatores culturais e do medo (SIEBRA et al., 2015). Portanto, o medo durante o processo de parturição influencia negativamente na experiência vivida.



“foi um momento de muita emoção e medo ao mesmo tempo, pois tive complicações em meu parto porque meu filho estava atravessado e o médico teve muita dificuldade em retirá-lo da minha barriga sem que nada de mal lhe acontecesse, mas graças a Deus correu tudo bem e hoje estou com o milagre de Deus em meus braços” **(Clara Luz)**.

Nota-se, que a ação da(o) enfermeira(o) em promover um vínculo com a parturiente

e orientá-la sobre o trabalho de parto, lhe proporciona maior confiança na equipe e tranquilidade (SCARTON et al, 2015). Desse modo, os profissionais envolvidos no trabalho de parto, em especial as(os) enfermeiras(os), têm papel fundamental no que diz respeito a tranquilizar a parturiente e promover o alívio da dor através de métodos não farmacológicos.



“quando cheguei na maternidade foi sentindo muitas dores, mas depois fui atendida por especialistas que fizeram o toque e me deixaram em observação. Quando vinha as contrações eu sentia muitas dores, quando chega no dia 18/07 às 11:30h da manhã fui encaminhada até a sala de parto e fizeram os preparativos para meu parto cesáreo. Essa foi a minha experiência no parto” (Isis Luz).

Em contrapartida, algumas puérperas apontam a experiência do parto como algo positivo, descrevendo-o como um evento **rápido** e tranquilo, como demonstrado abaixo:

[...] o parto foi rápido! A doutora, as enfermeiras, as meninas que estava junto, foi muito atenciosa. Eu cheguei aqui era 2h e tive neném 7:40h, todos me tratou muito bem, principalmente na hora do parto [...] (Vitória Luz).

[...] meu parto foi bom, foi rápido. A enfermeira me atendeu, não perdeu a paciência comigo. Ela me atendeu super bem [...] (Áurea Luz).

[...] eu acho que foi bem tranquilo. Mulher tem que sentir dor né! Se não, não vai parir [...] (Camila Luz).

Além disso, relataram sobre a importância da presença do acompanhante no trabalho de parto, algo fundamental para uma vivência segura e feliz no nascimento do filho, como desvelado abaixo:

[...] sim, minha mãe. Muito segura porque ter uma pessoa ali que você conhece, que você sabe que te ama pra se qualquer coisa acontecer [...] **(Clara Luz)**.

[...] com a minha cunhada eu me senti mais segura, talvez se ela não tivesse lá o atendimento teria sido pior [...] **(Rosa Luz)**.

[...] no início tava com minha irmã, depois trocou com minha vizinha. A gente se sente mais segura tendo um parente próximo, a força que dão pra a gente no momento. Eu me senti bem melhor [...] **(Bianca Luz)**.

Assim, é notável que o apoio do acompanhante deixa a mulher mais segura, confortável e calma, possibilita que o momento seja mais tranquilo, diminui o sentimento de solidão e da dor, torna o parto mais humanizado visto que o acompanhante se interessa mais pelos sentimentos da parturiente. As parturientes escolhem o acompanhante através do vínculo e confiança formados, deixando-a mais segura e menos apreensiva. Desse modo, é importante incentivar a presença do acompanhante e orientá-lo para que possa participar e ajudar à parturiente (DODOU et al., 2014).

Por outro lado, algumas depoentes descreveram acontecimentos negativos durante o parto, a exemplo da violência obstétrica sofrida, da episiotomia, da via do parto ter sido diferente da desejada, da ausência do acompanhante e do distanciamento entre mãe e filho após o nascimento em decorrência das complicações clínicas, conforme discursos a seguir:

[...] o de ruim foi à violência obstétrica que eu sofri na sala de pré-parto, na hora do parto normal pela enfermeira e no centro cirúrgico pelo médico obstetra [...] **(Amora Luz)**.

[...] de ruim a dor, foi muito IN-SU-POR-TÁ-VEL. O médico não queria cortar e ele acabou que teve que cortar pra poder ajudar o neném passar [...] **(Glória Luz)**.

[...] de ruim... eu não ter feito o parto normal que era minha preferência [...] **(Angelina Luz)**.

[...] não deu tempo de minha mãe chegar. Vim com meu esposo e minha sogra, ela tinha acabado de chegar do trabalho e precisava voltar pra casa. Eu me senti muito triste mesmo que eu queria alguém na sala de parto comigo [...] **(Nair Luz)**.

Nesse sentido, entende-se que o trabalho de parto inclui uma coleção complexa de representações sociais, que não se limitam apenas ao momento, considerando também as expectativas prévias ao parto como também em relação ao período pós-parto. Deste modo, o parto é um acontecimento biopsicossocial e de extrema importância, que causa impactos significativos em cada mulher, sendo lembrado ao longo de toda a sua vida com uma elevada carga emocional. Portanto, é importante assegurar uma experiência agradável a todas as mulheres que o vivenciam (PEDREIRA; LEAL, 2015).

3.3 Responsabilização dos profissionais de saúde envolvidos na cena do parto

As vivências do trabalho de parto tendem a ser satisfatórias quando os

profissionais de saúde envolvidos se preocupam com o bem-estar da parturiente, demonstrando zelo e dedicação ao atendê-la, orientando-a, respeitando-a nas suas demandas e fazendo-a sentir acolhida e valorizada. Caso contrário, ao se mostrarem indiferentes e insensíveis, tornando a experiência temerosa, sofrida e angustiante, a vivência tende a ser negativa e até mesmo traumática para a parturiente, o que pode ocorrer também diante da desorganização do sistema de saúde e da desestruturação da rede de atenção (SCARTON et al., 2015; SILVA; ALMEIDA, 2015).

Nesse sentido, as entrevistadas destacam positivamente as ações dos profissionais de saúde envolvidos na cena do parto, através do acolhimento, afeto e escuta atenta, tornando este momento único, como evidenciado abaixo:

[...] a parteira e as enfermeiras estagiárias. Achei maravilhoso, todo mundo ficou do meu lado me dando força e me ajudou bastante no nascimento [...] **(Eloá Luz)**.

[...] **só foi duas enfermeiras**. Gostei porque ela tava me ajudando [...] **(Maria Luz)**.

[...] só a enfermeira, a parteira. Achei boa, porque ela me orientou, me acalmou [...] **(Isadora Luz)**.

[...] cheguei lá na sala, as meninas me tratou super bem. Eu tava com tanto medo de tomar a anestesia, mas ela segurou na minha mão e eu consegui. A atenção que eles tiveram comigo. Gostei muito! [...] **(Valentina Luz)**.

Desse modo, observa-se que as representações sociais das puérperas no trabalho de parto guarda relação com a valorização das suas demandas e subjetividades por parte da equipe multidisciplinar. Assim sendo, a humanização da assistência deve ser empregada de forma a respeitar a fisiologia do parto com vistas à autonomia da própria parturiente, evitando intervenções desnecessárias e oferecendo informações acerca das condutas empregadas (DULFE et al., 2017), como evidenciado abaixo:



“apesar da dor que senti, desde que entrei na maternidade fui muito bem atendida pelos

profissionais da área, foram super pacientes, carinhosos e agradeço a Deus pela vida de cada um. Recebi muito apoio da doutora, das enfermeiras, só tenho que agradecer a todos e vou levar boas recordações de todas” (**Vitória Luz**).

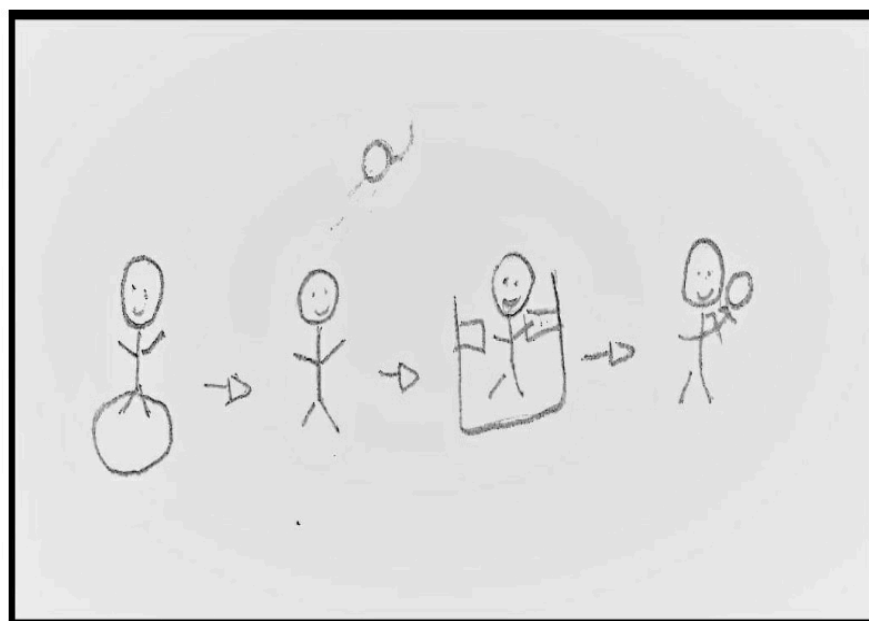
Nesse sentido, a(o) enfermeira(o) ganha significância em relação à humanização durante o processo de trabalho de parto por atuar centrada(o) no empoderamento feminino e no bem-estar que a vivência deste momento propicia socialmente (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Por outro lado, poucas depoentes declararam ineficiência na assistência prestada pelos profissionais de saúde, revelando descaso e falta de empatia no momento do parto, conforme recortes a seguir:

[...] e o descaso dos profissionais, eu acho que pela frieza da rotina, de estarem vivenciando aquilo ali todos os dias, não tem a humanização, só tem a questão da assistência, querem ver a gestante parindo e se livrar logo daquilo [...] (**Amora Luz**).

[...] sinceramente não gostei. Pra mim ter o bebê, eu tive na sala de pré-parto, numa cama... o lastro era madeirite, ou seja, não tinha segurança. Fiquei com medo disso. Quando a bolsa estourou, a minha cunhada chamou a enfermeira. Ela falou: com 10 min eu vou ver ela. O menino já tava nascendo quando a minha cunhada chamou ela, e ela naquela maior tranquilidade. Não gostei muito [...] (**Rosa Luz**).

Percebe-se a presença de práticas tecnocráticas na assistência as parturientes e a persistência da utilização de intervenções obstétricas. As mulheres são postas em uma posição passiva no processo de trabalho de parto e os profissionais assumem o papel de autoridade, constituindo dessa forma uma relação verticalizada e não individualizada com uma fragmentação das práticas de humanização. Evidencia-se, portanto, um cuidado tecnicista e intimidador (PEDROSO; LOPEZ, 2017), revelando situações de violência obstétrica, como apontado a seguir:



“início do trabalho de parto tranquilo, apesar das contrações, relaxando na bola, banho quente, porém quando a dilatação chegou aos 8 cm tudo piorou, grande desconforto respiratório,

sem forças para auxiliar na contração, por muita insistência do meu esposo, fui para o centro cirúrgico, onde foi realizada cesariana e meu RN nasceu com um desconforto respiratório. Durante esse percurso, sofri violência obstétrica pela enfermeira e obstetra de plantão” (**Amora Luz**).

É importante salientar que, a violência obstétrica é pouco reconhecida pela parturiente devido à falta de informação sobre o assunto. Torna-se necessária uma mudança nas atitudes dos profissionais de saúde envolvidos na cena do parto, tornando esta assistência qualificada e humanizada (AGUIAR; RODRIGUES, 2018).

Constatou-se ainda através dos relatos, que os profissionais envolvidos na cena do parto não costumam se apresentar as parturientes, sendo uma atitude fundamental para iniciar o contato amigável. Outro fator observado foi à deficiência de uma comunicação com linguagem simples e clara, o que causa medo por parte das parturientes, mediante fragmentos abaixo:

[...] teve uma senhora que tava me costurando, mas eu não sei o nome dela. Não sei se é enfermeira, se é técnica de enfermagem. Nenhum se apresentou. Lá dentro não me falaram ‘eu sou fulano, vou fazer isso, eu sou enfermeira tal, eu sou isso’, o anestesista não falou, eu só sei porque ele me aplicou a anestesia. Aí depois chegou a pediatra, também não falou nada comigo, eu só soube que ela tava lá sobre o meu filho. Eu não achei certo não. Eles referem umas coisas que a gente não vai entender, então se eles explicassem seria muito melhor, a gente não ficava tensa e muito nervosa [...] (**Clarissa Luz**).

[...] eu não sei se elas eram enfermeiras ou eram médicas, não cheguei a me informar [...] (**Camila Luz**).

Ressalta-se que, no trabalho de parto, a mulher vivencia inúmeras sensações, dentre estas, a ansiedade, o temor e a sensação de impotência. Tudo isso associado a fortes dores que as levam ao esgotamento e ao entendimento de que não são aptas para tal fim exige grande habilidade por parte da equipe multidisciplinar, especialmente a(o) enfermeira(o) no intuito de prover uma assistência de qualidade (REIS et al., 2013; MAFETONI; SHIMO, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o parto é considerado pelas mulheres como uma vivência necessária, sofrida e dolorosa, passada de geração a geração, devido à falta de informação sobre o trabalho de parto e os direitos das parturientes, gerando uma representação negativa desse momento que embora seja tão esperado é também temido. Nota-se que, o momento da chegada à maternidade para vivenciar o parto é permeado por sentimentos ambíguos, como ansiedade, nervosismo e medo em decorrência da inexperiência ou de situações negativas nos partos anteriores e, por outro lado, alegria, felicidade e alívio por presenciar o nascimento do filho em condições saudáveis. Portanto, percebe-se a importância e necessidade em acolher e orientar as gestantes e seus familiares durante o pré-natal como mecanismo para que a mulher vivencie o trabalho de parto positivamente, tendo protagonismo nessa experiência.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Emanuele Machado G.; RODRIGUES, Milene Silva. **Violência obstétrica durante o processo de parturição**. Rev bras qual vida, v. 6, n. esp, p. 1-6, 2018.
- ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. **Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira**. Rev da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 641-9, 2016.
- ARRUDA, José Alberto Pereira de. **Nossa história**. Disponível em: <<http://hospitalsaojoseilheus.com.br/historia/>>. Acesso em: 21 abr. 2018.
- BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. **Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas**. Av enferm, v. 35, n. 2, p. 190-207, 2017.
- BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil**. Rev Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, p. 119-29, 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo (SP): Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 02 mai. 2018.
- CAMPOS, Aline Souza; ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de; SANTOS, Reginaldo Passoni dos. **Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal**. Rev enferm UFSM, v. 4, n. 2, p. 332-41, 2014.
- CAMPOS, Dinah Martins de Souza. O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. Petrópolis (RJ): Edição 47, 2014.
- DODOU, Hilana Dayana et al. **A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 18, n. 2, p. 262-9, 2014.
- DULFE, Paolla Amorim Malheiros et al. **A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres**. Rev enferm UFPE on line, v. 11, n. 12, p. 5402-16, 2017.
- FERREIRA, Lúcia Aparecida et al. **Expectativa das gestantes em relação ao parto**. Rev pesqui cuid fundam, v. 5, n. 2, p. 3692-7, 2013.
- IBGE. **Brasil/Bahia/Ilhéus**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/ilheus/panorama>>. Acesso em: 21 abr. 2018.
- LIMA, Priscilla Cavalcante et al. **A vivência de adolescentes assistidas por enfermeiros obstetras durante o processo de parturição**. Rev Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, p. 1-10, 2017.
- MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa**. REME rev min enferm, v. 18, n. 2, p. 505-20, 2014.
- MORAES, Patrícia Regina de et al. **A teoria das representações sociais**. Rev eletrônica direito em foco. 2013, p. 1-14. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2013/teoria_representacoes.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

PEDREIRA, Marta; LEAL, Isabel. **Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto.** *Psicol saúde doenças*, v. 16, n. 2, p. 254-66, 2015.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto **Alegre-RS.** *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017.

PIMENTA, Lizandra Flores; RESSEL, Lúcia Beatriz; STUMM, Karine Eliel. **A construção cultural do processo de parto.** *Rev pesqui cuid fundam*, v. 5, n. 4, p. 591-8, 2013.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria M. Lobo. **Expectativas, Percepções e experiências sobre o parto normal. Relato de um grupo de mulheres.** *Fractal rev psicol*, v. 25, n. 3, p. 585-602, 2013.

REIS, Simone Pieren dos et al. **Percepção das puérperas quanto ao cuidado prestado pela equipe de saúde durante o trabalho de parto.** *Ciênc cuid saúde*, v. 7, supl. 2, p. 1-4, 2013.

SCARTON, Juliane et al. **“No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal.** *Rev gaúch enferm*, v. 36, p. 143-51, 2015.

SIEBRA, Maíra Almeida et al. **A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS.** *Rev interdisciplin*, v. 8, n. 2, p. 86-93, 2015.

SILVA, Andréa Lorena Santos; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães de. **Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto.** *Rev Eletron Atualiza Saúde*, v. 2, n. 2, p. 7-19, 2015.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 20, n. 2, p. 324-31, 2016.

SOUZA, Monique Gonzalez de et al. **A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto.** *Rev pesqui cuid fundam*, v. 7, n. 1, p. 1987-2000, 2015.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram.** *Rev bras enferm*, v. 67, n. 2, p. 282-9, 2014.

TRAUMA PERINEAL ASSOCIADO AO PESO DO RECÉM-NASCIDO E POSIÇÃO MATERNA NO PARTO

Márcia Juliana Mello da Silva

Enfermeira, especialista em enfermagem obstétrica pela Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP, São Paulo-SP

Maria Cristina Gabrielloni

Professora, Doutora, Associada do Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo-SP

Flavia Westphal

Enfermeira, Mestre em Ciências, Técnico Administrativo em Educação do Departamento de Saúde da Mulher da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP

Patrícia de Souza Melo

Enfermeira, Mestre em Ciências, Técnico Administrativo em Educação do Departamento de Saúde da Mulher da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP

Márcia Massumi Okada

Enfermeira, Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP. Docente do Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP

Mariana Mafra Sarmiento Santos

Enfermeira, especialista em enfermagem obstétrica pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo-SP

teve como objetivo identificar e classificar a ocorrência de trauma perineal em parturientes que tiveram parto na posição semissentada ou litotômica, associar o tipo de trauma perineal com a posição do nascimento e associar o peso do recém-nascido e a ocorrência de trauma perineal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado em um Centro de Parto Normal de um Hospital Estadual situado na cidade de São Paulo – SP, com 693 partos, ocorridos entre 01 de agosto/2015 à 31 de agosto/2016. Para análise estatística dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 19 e o nível de significância considerado foi 0,05. **Resultados:** Do total de partos, 251 ocorreram em posição litotômica e 442 em posição semissentada. Houve maior frequência de laceração de primeiro grau 284 (41,1%), maior proporção de episiotomia em mulheres que pariram na posição litotômica 58 (47,5%) e maior número de períneo íntegro em parturientes que estavam na posição semissentada 149 (72,3%) ($p=0,003$). Ao associar trauma perineal com o peso houve maior ocorrência de períneo íntegro quando o RN pesou abaixo de 2.500kg ($p=0,41$). **Conclusão:** O trauma perineal esteve associado com a posição de parto, a episiotomia foi mais frequente em mulheres que pariram na posição litotômica, enquanto a integralidade perineal foi mais comum em mulheres que

RESUMO: Objetivo: O presente estudo

pariram na posição semissentada. Entretanto, não houve associação entre o peso do recém-nascido e a ocorrência de trauma perineal.

PALAVRAS CHAVES: Parto normal, Diafragma pélvico, Episiotomia, trauma, períneo

ABSTRACT: Aim: The purpose of the present study was to identify and classify the occurrence of perineal trauma in parturient that had delivered in the semi-stented or lithotomic position; associate the type of perineal trauma with the position of birth and associate the newborn's weight with the occurrence of perineal trauma. **Methodology:** This is a retrospective study conducted in a Normal Birth Centre in a public hospital at São Paulo - SP, with 693 births that occurred between August 1/2015 to August 31/2016. Statistical analysis of the data was performed utilizing the Statistical Package for Social Sciences, version 19, and the level of significance considered was 0,05. **Results:** Of total deliveries, 251 occurred in a lithotomic position and 442 in a semi-sedentary position. There was a higher frequency of first degree laceration 284 (41, 1%), a higher proportion of episiotomies in women who gave birth in the lithotomic position 58 (47, 5%) and a greater number of intact perineum in parturient who were in the semi-settled position 149 (72, 3%) ($p = 0,003$). When perineal trauma was associated with weight, there was a higher occurrence of intact perineum when NB weighed below 2,500 kg ($p = 0.41$). **Conclusion:** The perineal trauma was associated with the position of delivery; episiotomy was more frequent in women who gave birth in lithotomic position, while perineal integrity was more common in women who gave birth in the semi-settled position. However, there was no association between the weight of newborn and the occurrence of perineal trauma.

KEY WORDS: Normal birth, Pelvic diaphragm, Episiotomy, trauma, perineum.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, cerca de 60% das mulheres atendidas pelo serviço público de saúde, têm parto vaginal, em decorrência disso, grande parte delas apresentam algum grau de trauma perineal, seja por laceração espontânea, episiotomia ou ambos (FRANCISCO et al., 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A ocorrência de lacerações perineais é um fato comum durante o parto vaginal e o tipo de laceração é definido de acordo com a profundidade dos tecidos atingidos. Segundo o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2014), as lacerações são classificadas em 1º, 2º, 3º e 4º grau. As de primeiro grau envolvem a pele perineal única; as de segundo grau, envolvem os músculos perineais, mas não o esfíncter anal; as de terceiro grau, atingem o complexo esfíncter anal e é subclassificada em: de terceiro grau A, envolve menos de 50% da espessura esfíncter anal externo; de terceiro grau B, envolve mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo e de terceiro grau C, envolve tanto o esfíncter anal externo e interno. A lesão de quarto grau envolve o complexo esfíncter anal (externo e interno) e o epitélio anal.

Diferente das lacerações espontâneas, a episiotomia é um procedimento cirúrgico

usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal (ZANETTI et al., 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), indica a realização da episiotomia em situações como sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau. Segundo Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010), nos últimos anos, diversos estudos consistentes, como revisões sistemáticas e meta-análises comprovaram que não há evidências científicas para a manutenção dessa prática rotineira. Ao contrário, é questionado se sua realização pode aumentar as chances complicações intra e pós-operatórias.

Com intuito de reduzir o número desses traumas, algumas pesquisas buscam evidências relacionadas aos fatores que podem interferir nas condições do períneo (CAROCCI et al., 2014). Sendo assim, o estudo de Leite (2012), realizado em um Centro de Parto Normal em São Paulo, mostrou que as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com as características das lacerações foram relacionadas a fatores maternos (idade, exercício perineal na gestação, edema perineal no período de dilatação, altura do períneo), assistenciais (uso de ocitocina, puxo materno espontâneo ou dirigido, posição do parto) e fetais (variedade de posição no desprendimento cefálico, circunferência cefálica e peso do recém-nascido).

Além disso, um estudo realizado no Reino Unido, mostrou que a proporção de mulheres com períneo íntegro no momento do parto foi mais de três vezes maior em mulheres múltiparas, (31,2%) em comparação com nulíparas, (9,6%). O estudo revelou ainda que uso do fórceps, a longa duração da segunda fase do trabalho de parto e o peso ao nascer foram associados ao aumento das lacerações de terceiro ou quarto grau (SMITH et al., 2013).

Dentre os fatores citados, existe a hipótese que o peso ao nascer está relacionado a desfechos perineais. Numa pesquisa realizada no Hospital Geral de Itapeverica da Serra, concluiu-se que a chance de ocorrer laceração perineal de segundo grau aumenta quando o peso do recém-nascido (RN) é maior que 3.300 gramas. Quanto à integridade perineal, sua chance aumenta em função do número de partos vaginais anteriores e do peso do RN abaixo de 3.150 gramas (RIESCO et al., 2011).

Outro estudo, realizado em São Paulo, mostrou que houve uma concentração maior de recém-nascidos com peso maior ou igual a 3.000 gramas, entre as parturientes com laceração perineal. A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.159,9 gramas, sendo que nas nove parturientes com laceração perineal de segundo grau a média de peso dos bebês foi de 3.264,4 gramas. O menor valor do Apgar foi 8 e 9, no primeiro e quinto minuto, respectivamente (SCARABOTTO; RIESCO, 2006).

Outro fator que pode estar relacionado a ocorrência de trauma perineal é a posição de parto. Segundo o estudo de Silva, F. M. B. et al. (2013), a maioria das mulheres deu à luz em posição semissentada (82,3%) e mais de 70,0% mantiveram integridade perineal ou apresentaram laceração de menor gravidade, ou seja, de primeiro grau. Além disso, no estudo realizado por Gomes (2011), 51,3% das mulheres deram à luz

na posição litotômica e o percentual de períneo íntegro foi de 27,9%.

A posição ideal para o parto vem sendo estudada ao longo do tempo. O parto horizontal foi introduzido no século XVII, sob influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau e esse processo se deu simultaneamente à medicalização do nascimento com o advento dos cirurgiões obstétricos. A posição horizontal facilitava as intervenções médicas como o uso do fórcepe e o estudo físico do mecanismo de parto e foi de extrema importância no alijamento do saber empírico das parteiras e marginalização da sua prática no século XVIII (SILVA, L. B. et al., 2007).

Estudos desenvolvidos nas últimas décadas que comparam as diversas posturas adotadas durante o trabalho de parto e parto revelaram que todas as outras posições (de pé, de cócoras, sentada ou decúbito lateral esquerdo - DLE) são superiores à litotomia dorsal em relação à progressão do trabalho de parto e às vantagens fisiológicas para mãe e feto. A posição supina está associada a padrões anormais dos batimentos cardíofetais à cardiotocografia, queda no pH da artéria umbilical e na saturação de oxigênio à oximetria de pulso. Por isso, essa posição deve ser desencorajada e reservada somente para os partos vaginais operatórios (SILVA, L.B. et al., 2007).

A partir das atividades práticas da residência de enfermagem obstétrica da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, vivenciada em um Centro de Parto Normal, foi observado que a posição do parto pode estar associada com a diminuição ou ausência de trauma perineal e que o peso do recém-nascido pode influenciar a ocorrência de traumas no períneo, desse modo, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa. Assim, informações sobre ocorrência de trauma relacionado ao posicionamento da mulher no momento do parto e ao peso do recém-nascido podem contribuir para a melhoria da assistência ao parto com redução das taxas de trauma perineal.

2 | OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo consiste em: Identificar a ocorrência de trauma perineal em mulheres que tiveram parto na posição semissentada ou litotômica; classificar os tipos de traumas perineal em mulheres que tiveram parto vaginal, nas posições semissentada ou litotômica; associar o tipo de trauma perineal com a posição do nascimento e associar o peso do recém-nascido e a ocorrência de trauma perineal.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio de análise dos registros de parto encontrados no livro de nascimento do Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) em São Paulo- SP, no período de 01 de agosto/2015 à 31 de agosto/2016.

A população deste estudo foi constituída por parturientes com feto único, vivo em apresentação cefálica, que tiveram parto nas posições semissentada ou litotômica, devidamente registrados no livro de nascimento. Foram excluídas parturientes cujos os registros no livro de nascimento estavam incompletos, bem como, parturientes que tiveram parto em outras posições.

Por tratar-se de dados secundários, utilizando-se apenas registros do livro de nascimento, foi solicitada a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE). Os dados foram armazenados em planilhas por meio do programa Microsoft Office Excel 2010.

Foram utilizadas como variáveis de estudo, as variáveis maternas e gestacionais (Idade, Idade gestacional, número de gestações e paridade), as variáveis do nascimento (posição de parto, trauma perineal – laceração de 1º grau, 2º grau, 3º grau e 4º grau) e as variáveis do recém-nascido (peso ao nascer e apgar).

As variáveis do estudo foram descritas através de número absoluto e percentual. As comparações entre Posição de Parto, Apgar, Idade, Número de gestações e Paridade com o Trauma perineal foram feitas através do teste QuiQuadrado. Para comparações de Idade gestacional e Peso ao nascer com o trauma perineal foi utilizado o teste de Razão de Verossimilhança. Para verificar a relação do peso ao nascer e posição do parto com o trauma perineal foi utilizado o Modelo Linear Generalizado. O nível de significância utilizado em todas as comparações foi de 5% (p -valor $< 0,05$). Os dados foram registrados em planilhas no Microsoft Office Excel 2010 e a análise estatística foi realizada através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

4 | RESULTADOS

No período determinado para este estudo, ocorreram 1.010 mil partos, desses 317 foram excluídos por tratar-se de partos realizados em outras posições e/ou por ausência de registro da posição de parto. Sendo assim, fizeram parte do estudo 693 parturientes, das quais 251 (36,2%) ocorreram em posição litotômica e 442 em posição semissentada (figura 1).

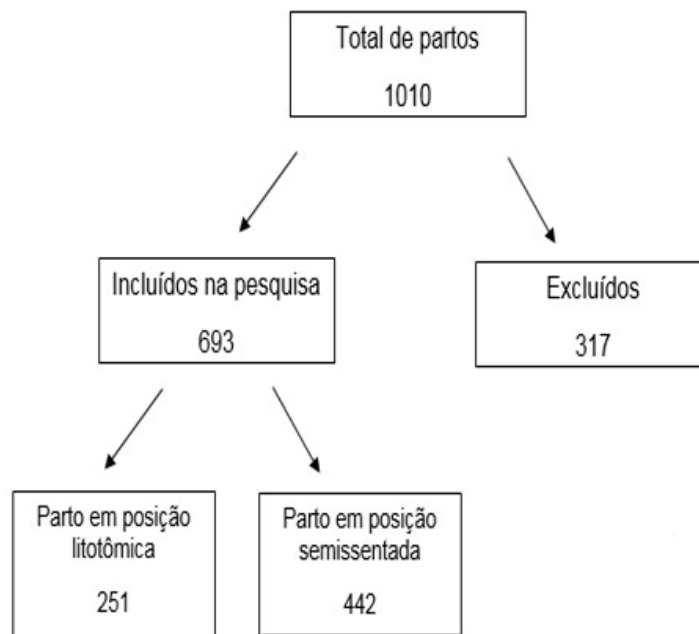


Figura 1. Fluxograma das parturientes do estudo, São Paulo - 2015 -2016

	Total (N = 693)
Idade	
< 20 anos	126 (18,3%)
20-34	464 (67,5%)
>34	97 (14,1%)
Sem registro	6
Número de gestações	
Primigesta	234 (33,8%)
Secundigesta	198 (28,6%)
Tercigesta e mais	261 (37,7%)
Paridade	
Nulípara	254 (36,7%)
Primípara	213 (30,7%)
Secundípara	130 (18,8%)
Múltipara	96 (13,9%)
Idade Gestacional	
Abaixo de 37 semanas	12 (1,7%)
37 – 41 semanas	639 (93,1%)
Maior que 41 semanas	35 (5,1%)
Sem registro	7

Tabela 1. Distribuição das características maternas e gestacional, São Paulo - 2015 – 2016.

A Tabela 1 foi constituída pelas características materna e gestacional das 693 participantes do estudo, sendo que 464 (67,5%) apresentaram idade entre 20 e 34 anos, 261 (37,7%) eram tercigestas, 254 (36,7%) eram nulíparas e a quase totalidade, 639 (93,1%) apresentaram idade gestacional entre 37-41 semanas.

	Total (N = 693)
Posição do parto	
Litotômica	251 (36,2%)
Semissentada	442 (63,8%)
Trauma Perineal	
Períneo íntegro	206 (29,8%)
Laceração de primeiro grau	284 (41,1%)
Laceração de segundo grau	78 (11,3%)
Laceração de terceiro grau	1 (0,1%)
EMLD	122 (17,7%)
Sem registro	2

Tabela 2. Distribuição das características do nascimento, de acordo com a posição do parto e trauma perineal. São Paulo - 2015 – 2016.

Considerando as características do nascimento, a Tabela 2 revelou que das 693 parturientes, 442 (63,8%) estavam em posição semissentada no momento do parto e quanto ao trauma perineal, 284 (41,1%) apresentaram laceração de primeiro grau, 206 (29,8%) períneo íntegro e 122 (17,7%) foram submetidas a EMLD.

	Total (N = 693)
Peso ao nascer	
< 2500g	11 (1,6%)
2500-4000g	638 (92,1%)
>4000g	44 (6,3%)
Apgar no primeiro minuto	
<7	18 (2,6%)
>7	668 (97,4%)
Sem registro	7
Apgar no quinto minuto	
<7	4 (0,6%)
>7	684 (99,4%)
Sem registro	5

Tabela 3. Distribuição das características do recém-nascido, segundo o peso ao nascer e Apgar do primeiro e quinto minuto. São Paulo - 2015 – 2016.

Com relação as características do recém-nascido, observa-se na Tabela 3, que 638 (92,1%) pesaram entre 2.500-4.000g e apresentaram Apgar do primeiro e quinto minuto maior que sete em 668 (97,4%) e 684 (99,4%), respectivamente.

	Trauma Perineal				Total (N=690)	p-valor
	Períneo íntegro	Laceração de primeiro grau	Laceração de segundo grau	EMLD		
	(n=206)	(n=284)	(n=78)	(n=122)		
Posição do parto						
Litotômica	57 (27,7%)	105 (37%)	31 (39,7%)	58 (47,5%)	251 (36,4%)	0,0033
Semissentada	149 (72,3%)	179 (63%)	47 (60,3%)	64 (52,5%)	439 (63,6%)	
Peso < 2500g						
2500-4000g	6 (2,9%)	4 (1,4%)	0 (0%)	1 (0,8%)	11 (1,6%)	0,4163
>4000g	185 (89,8%)	263 (92,6%)	72 (92,3%)	115 (94,3%)	635 (92%)	
Missing	15 (7,3%)	17 (6%)	6 (7,7%)	6 (4,9%)	44 (6,4%)	
Apgar no primeiro minuto						
<7	3 (1,5%)	8 (2,8%)	1 (1,3%)	6 (4,9%)	18 (2,6%)	0,2671
>7	199 (98,5%)	273 (97,2%)	77 (98,7%)	116 (95,1%)	665 (97,4%)	
Missing	4	3	0	0	7	
Apgar no quinto minuto						
<7	2 (1%)	0 (0%)	1 (1,3%)	1 (0,8%)	4 (0,6%)	0,2251
>7	201 (99%)	282 (100%)	77 (98,7%)	121 (99,2%)	681 (99,4%)	
Missing	3	2	0	0	5	
Idade						
< 20 anos	25 (12,4%)	48 (17%)	15 (19,2%)	36 (29,5%)	124 (18,1%)	0,0106
20-34 anos	142 (70,3%)	197 (69,9%)	52 (66,7%)	72 (59%)	463 (67,7%)	
> 34 anos	35 (17,3%)	37 (13,1%)	11 (14,1%)	14 (11,5%)	97 (14,2%)	
Missing	4	2	0	0	6	
Número de gestações						
Primigesta	23 (11,2%)	90 (31,7%)	29 (37,2%)	90 (73,8%)	232 (33,6%)	<0,0001
Secundigesta	55 (26,7%)	87 (30,6%)	35 (44,9%)	20 (16,4%)	197 (28,6%)	
Tercigesta e mais	128 (62,1%)	107 (37,7%)	14 (17,9%)	12 (9,8%)	261 (37,8%)	
Paridade						
Nulípara	30 (14,6%)	95 (33,5%)	33 (42,3%)	94 (77%)	252 (36,5%)	<0,0001
Primípara	59 (28,6%)	102 (35,9%)	33 (42,3%)	18 (14,8%)	212 (30,7%)	
Secundípara	57 (27,7%)	60 (21,1%)	7 (9%)	6 (4,9%)	130 (18,8%)	

Múltipara	60 (29,1%)	27 (9,5%)	5 (6,4%)	4 (3,3%)	96 (13,9%)	
Idade Gestacional						
Abaixo de 37 semanas	5 (2,5%)	3 (1,1%)	0 (0%)	4 (3,3%)	12 (1,8%)	0,1535
37 – 41 semanas	185 (91,6%)	269 (95,4%)	71 (91%)	111 (91,7%)	636 (93,1%)	
Maior que 41 semanas	12 (5,9%)	10 (3,5%)	7 (9%)	6 (5%)	35 (5,1%)	
Missing	4	2	0	1	7	

Tabela 4. Posição do parto, peso, Apgar do primeiro e quinto minuto, idade, número de gestações, paridade e idade gestacional por trauma perineal. São Paulo – 2015- 2016.

A Tabela 4 demonstrou que dos 690 casos relacionados com o desfecho perineal, a maioria apresentou algum tipo de trauma. Desses, 194 em parturientes que estavam em posição litotômica e 290 em posição semissentada. Na posição litotômica houveram 105 casos de lacerações de primeiro grau, 31 casos de lacerações de segundo grau e 58 casos de EMLD. Enquanto na posição semissentada houveram 179 casos de lacerações de primeiro grau, 47 casos de lacerações de segundo grau e 64 casos de EMLD.

Observou-se maior ocorrência de episiotomia em parturiente que estavam em posição litotômica e maior frequência de períneo íntegro em parturientes que estavam em posição semissentada ($p= 0,0033$).

O percentual de episiotomia foi maior em parturientes que tiveram RN com peso entre 2.500-4.000g, houve maior proporção de laceração de segundo grau em parturientes cujo RN pesou acima de 4.000g e maior frequência de períneo íntegro em parturientes que tiveram RN com peso abaixo de 2.500g, apesar desses resultados, essas variáveis não apresentaram importância estatística.

Ao comparar o Apgar do primeiro e quinto minuto com trauma perineal, de acordo com as posições litotômica ou semissentada o estudo não encontrou influência estatística entre Apgar sobre trauma perineal: Apgar do primeiro minuto ($p= 0,2671$) e Apgar do quinto minuto ($p= 0,2251$).

Houve associação entre ocorrência de episiotomia em parturientes com idade menor de 20 anos ($p= 0,0106$). Além disso, verificou-se maior percentual de períneo íntegro em parturientes com idade entre 20-34 anos e maior que 34 anos, porém, esses dados não apresentaram significância estatística.

A frequência de períneo íntegro foi maior nas parturientes tercigestas ou mais, houve maior número de laceração de segundo grau em parturientes secundigesta e mais EMLD em parturientes primigestas ($p < 0,0001$).

Quando comparado trauma perineal por paridade, observou-se maior percentual de períneo íntegro em múltiparas e secundíparas e maior percentual EMLD em nulíparas ($p < 0,0001$).

O número de EMLD foi maior em parturientes que estavam com idade gestacional menor que 37 semanas, houve maior percentual de laceração de primeiro grau em parturientes com idade gestacional entre 37-41 semanas e maior percentual

de laceração de segundo grau em parturientes com idade gestacional acima de 41 semanas, esses resultados não evidenciaram relevância estatística.

Posição do parto Peso ao nascer	Litotômica			Semissentada			Total		
	<2500g (n=6)	2500-4000g (n=229)	>4000g (n=16)	< 2500g (n=5)	2500-4000g (n=406)	>4000g (n=28)	<2500g (n=11)	2500-4000g (n=635)	>4000g (n=44)
Trauma Perineal									
Períneo íntegro	50%	22%	19%	60%	33%	43%	55%	29%	34%
Laceração de 1º grau	33%	42%	38%	40%	41%	39%	36%	41%	39%
Laceração de 2º grau	0%	12%	19%	0%	11%	11%	0%	11%	14%
EMLD	17%	23%	25%	0%	15%	7%	9%	18%	14%

Tabela 5. Trauma perineal por posição de parto e peso ao nascer, São Paulo - 2015 – 2016.

Fator	p-valor
Posição	0,0762
Peso	0,1219
Posição x Peso	0,4878

Tabela 5.1 Modelo linear generalizado, São Paulo - 2015 – 2016.

A Tabela 5 mostra a ocorrência do trauma nas posições litotômica e semissentada relacionado com o peso dos RN. As parturientes que estavam em posição litotômica no momento do parto e tiveram RN com peso abaixo de 2500g apresentaram maior proporção de períneo íntegro (50%), quando RN pesou entre 2500-4000g a maioria teve laceração de primeiro grau (42%) e quando o RN pesou acima de 4000g houve também mais laceração de primeiro grau (38%). Quando as parturientes estavam na posição semissentada e os RN pesaram abaixo de 2.500 a maioria (60%) teve períneo íntegro, quando o RN pesou entre 2500-4000g ocorreu maior percentual de laceração de primeiro grau (41%) e quando o RN pesou acima de 4000g a maioria (43%) teve períneo íntegro. Esses resultados não apresentaram significância estatística.

5 | DISCUSSÃO

Segundo Kozak, DeFrances e Hall (2006), o trauma perineal ou lesão do trato genital ocorre em mais de 65% de todos os partos vaginais, e de acordo com Hastings-Tolsma (2007), é geralmente o resultado de laceração espontânea ou episiotomia. Os resultados deste estudo mostraram alta frequência de laceração de primeiro grau 41,1%, seguido de períneo íntegro 29,8% e EMLD 17,7%. Houve apenas 1 caso de laceração de terceiro grau.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Leite (2012), sobre

caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal, o qual verificou alta frequência de laceração de primeiro grau e menor ocorrência de laceração de terceiro e quarto grau. Outro estudo, realizado por Silva, F.M.B. et al. (2012), também constatou que houve mais lacerações de primeiro grau (31,9%) ao comparar com episiotomia (12,9%).

Pesquisas apontam que o aumento no número de lacerações de menor grau está associado a prática restritiva de episiotomia. (DANNECKER, 2004; LEITE, 2012). A Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10% (OMS, 1996). Apesar dos estudos mostrarem que essa meta não foi alcançada em grande parte dos ambientes hospitalares, parece estar havendo um processo lento de mudança para restrição do uso de episiotomia.

Um estudo sobre resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos, realizado por Pereira et al. (2012), mostrou que as lacerações de primeiro grau foram mais frequentes (59,3%) do que as de segundo grau (22,2%) nos partos assistidos por enfermeiras, não sendo registrada a ocorrência de trauma perineal grave. Além disso, Jiang et al. (2017), mostrou em uma revisão da Cochrane que as grandes diferenças nas taxas de episiotomia relacionam-se estreitamente às políticas instituídas ao uso da episiotomia.

Ao associar trauma perineal com posição os achados deste estudo foram estatisticamente significantes, houve prevalência de episiotomia em mulheres que pariram na posição litotômica e prevalência de períneo íntegro em mulheres que pariram na posição semissentada. Da mesma forma, o estudo de Baracho et al., (2009), mostrou que houve aumento do número de episiotomia 18,0%, em mulheres que pariram em posição horizontal ao comparar com 2,5% em posição vertical.

Além disso, no estudo de Gupta, Hofmeyer e Smyth (2012), foi observado que as mulheres que se mantiveram em posições verticais tiveram menos laceração e episiotomia comparada com as mulheres que se mantiveram em posição litotômica.

A associação entre posição de parto e episiotomia indica um menor número desse procedimento na posição semissentada. Uma possível explicação para esse fato é que a verticalização está associada ao efeito facilitador da força da gravidade (BARACHO et al., 2009).

Os dados encontrados neste estudo favorecem a posição materna semissentada em detrimento da posição litotômica. Sendo assim, a posição litotômica deve ser desestimulada durante o parto.

Ao relacionar trauma perineal com o peso do RN, este estudo não encontrou significância estatística, contudo constatou que houve maior integridade perineal em partos onde os RN pesaram abaixo de 2.500g e maior proporção de traumas perineais concentrados em partos com RN entre 2.500g e 4.000g. Da mesma forma, quando analisado o peso do RN nas diversas posições de parto não houve relevância estatística.

Uma pesquisa realizada por Scarabotto e Riesco (2006) também não encontrou

associação estatística significativa sobre a associação do peso do RN com trauma perineal, porém apresentou que houve aumento de lacerações perineais com recém-nascidos entre 3.000 e 3945g.

No entanto, diversos estudos mostraram que o peso elevado do recém-nascido é um fator de risco para ocorrência do trauma perineal (LEITE, 2012; RIESCO et al., 2011). Apesar disso, este estudo demonstrou não haver associação entre o peso do RN e ocorrência do trauma, porém este pode não ser um fator isoladamente associado a esse tipo de desfecho. Dessa forma, outros fatores associados ao peso, como a assistência ao parto, podem interferir na prevenção do trauma perineal.

O presente estudo não encontrou significância estatística quando comparou trauma perineal com Apgar. Porém houve casos de laceração de primeiro grau e episiotomia em RN que tiveram Apgar menor que 7 no primeiro minuto.

Numa pesquisa sobre episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais, realizada em São Paulo, o índice de Apgar no primeiro minuto de vida esteve associado ao uso de episiotomia, indicando 2,1 vezes mais chance de sua ocorrência nos partos em que o bebê nasce deprimido. Dessa forma, o estado fetal não tranquilizador, traduzido por anormalidade no padrão dos batimentos cardio-fetais, pode levar o profissional a realizar a episiotomia, com a finalidade de abreviar o período expulsivo do parto (RIESCO et al., 2011). Sendo assim, é possível que a ocorrência de episiotomia no estudo atual, esteja relacionada com o comprometimento da vitalidade dos recém-nascidos.

Com relação aos RN que tiveram Apgar menor que 7 no quinto minuto houve apenas 2 casos de laceração de primeiro grau, 1 caso de laceração de segundo grau e 1 caso de episiotomia. Dessa forma, a vitalidade dos recém-nascidos esteve conservada em praticamente todos os casos.

Ao comparar as características maternas com o trauma perineal, este estudo constatou que a idade da parturiente, o número de gestações e a paridade influenciaram na ocorrência do trauma. Mulheres com idade inferior a 20 anos apresentaram maior percentual de EMLD e menor percentual de períneo íntegro. Da mesma forma, parturientes primigestas e nulíparas apresentaram menor percentual de períneo íntegro e maior percentual de EMDL. Enquanto que mulheres tercigestas ou mais e múltiparas apresentam menor percentual de laceração de primeiro grau e maior percentual de períneo íntegro.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Silva, F.M.B. et al. (2012), sobre os fatores de risco para o trauma perineal relacionada ao nascimento, o qual mostrou haver maior prevalência de episiotomia entre mulheres com idade inferior a 20 anos. Da mesma forma, o estudo de Smith et al. (2013), realizado no Reino Unido, mostrou haver redução da probabilidade de trauma perineal grave e aumento da chance de períneo íntegro em múltiparas. Este estudo mostra-se relevante, pois conhecendo fatores que levam ao trauma perineal durante o parto é possível prevenir sua ocorrência, reduzindo a morbidade materna.

6 | CONCLUSÃO

Conforme mostram os resultados do presente estudo, a episiotomia foi mais frequente em mulheres que pariram na posição litotômica, enquanto a integralidade perineal foi mais comum em mulheres que pariram na posição semissentada. Sendo assim, o estudo sugere que a posição semissentada está associada a prevenção do trauma perineal. Ao contrário, a posição litotômica deve ser desestimulada, devido ao risco de trauma perineal, especificamente episiotomia.

O peso do recém-nascido não apresentou associação com o trauma em ambas posições de parto. Portanto, apenas as posições de parto litotômica ou semissentada foram associadas com os desfechos perineais.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Data Definitions (Version 1.0). Washington, 2014. Disponível em: <<http://www.acog.org/-/media/Departments/Patient-Safety-and-QualityImprovement/2014reVITALizeObstetricDataDefinitionsV10.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2017.

BARACHO, S. M. et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife**, v.9, n. 4, p. 409-414, out./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: 2015.

CAROCCI, A. S. et al. V. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 402-8, mai/jun. 2014.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**. v. 38, n. 5, Mai. 2010.

DANNECKER, C. et al. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v.83, p.364-8, 2004.

EDQVIST, M. et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. **BMC Pregnancy and Childbirth BMC series – open, inclusive and trusted**. v.16, p. 196, 2016.

FRANCISCO, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 48, p.39-44, 2014.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. Dissertação de mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto, 2011.

GUPTA, J. K.; HOFMEYER, G. J.; SMYTH, R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Primary Review Group: **Cochrane Pregnancy and Childbirth Group**. v. 16, n. 5, May. 2012.

HASTINGS-TOLSMA, M. et al. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. **MCN Am J Matern Child Nurs**. v. 32, n. 3, p. 158-64, MayJun. 2007.

JIANG, H. et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**. Feb. 2017.

KOZAK, L. J.; DEFRANCES, C. J.; HALL, M. J.; National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat 13**. (162): 1-209, Oct. 2006.

LEITE, J. S. **Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal**. 2012. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: PA/USAID; 1996.

PEREIRA, A. L. F. et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V. 14, n. 4, p. 831-40, oct/dec 2012.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.77-83, jan/mar. 2011.

SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.40 n.3. Set. 2006.

SMITH, L. A. et al. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.13, Mar. 2013.

SILVA, F. M. B. et al. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. **Journal of Clinical Nursing**. v. 21, p. 2209–2218, 2012.

SILVA, F. M. B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.47, n.5, Oct. 2013.

SILVA, L. B. et al. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, v. 35, n. 2, Fev. 2007.
ZANETTI, M. R. D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M.R.; NAKAMURA, M.U.; SASS, N. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**. v. 37, n. 7, Jul. 2009.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS/RJ

Julianne de Lima Sales

Universidade Federal Fluminense (UFF/EEAAC).
Niterói – RJ. Brasil.

Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

Daniela Pereira Martins

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

Jane Baptista Quitete

Universidade Federal Fluminense (UFF/CURO).
Departamento de Enfermagem (REN). Rio das
Ostras – RJ. Brasil.

RESUMO: Introdução: Humanizar o parto é a adoção de um conjunto de condutas e procedimentos que promovem parto e nascimento saudável, respeitando a autonomia da mãe e o processo natural de parturição evitando condutas e intervenções desnecessárias que coloquem em risco a mãe e o bebê. Objetivo: Realizar diagnóstico situacional da atenção ao parto e nascimento no município de Rio das Ostras/ RJ. Metodologia: Pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, delineamento transversal e técnica documental retrospectiva, tendo com fonte primária os prontuários das parturientes atendidas em

um hospital público do município de Rio das Ostras/RJ. O recorte temporal analisado é do ano de 2015. Pesquisa submetida ao CEP do Hospital Antônio Pedro (HUAP) tendo parecer favorável. A análise metodológica dos dados utiliza o Programa R. Resultados: A faixa etária de 20 a 34 anos corresponde a 63,6% de todas as mulheres atendidas na instituição. Das parturientes, 85,2% foram admitidas em trabalho de parto à termo, 60,8% delas tiveram prescrição de dieta zero deste a admissão. A prescrição de ocitocina na admissão foi realizada em 36% das mulheres. Em relação à via de nascimento, verificou-se a maior proporção entre a via abdominal 52,9%, sendo 47,1% por via vaginal e das mulheres submetidas a parto por via vaginal, 63,2% foram submetidas a episiotomia, destas, apenas 36,48% receberam a anestesia loco regional. Conclusão: Ressalta-se o quanto é necessário evoluir para alcançar melhorias que atinjam positivamente essa assistência, auxiliando na proposição de intervenções que possam qualificar a atenção ao parto e nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica; Parto; Formação Profissional; Saúde da Mulher.

ABSTRACT: Introduction: Humanizing a birth is about adopting a serie of procedures and behaviour in order to promote a healthy and respectful delivery. Considering the autonomy

of the mother and the natural eutocia avoiding unnecessary risks and acts that could put the woman's and child lives in danger. Objective: Diagnosing the birth and delivery situational in the Rio da Ostras' city. Methodology: Quantitative descriptive research, cross-sectional study and retrospective documental technique, having in first place, the parturients medical records whose were received in one of the public hospitals of Rio das Ostras' city. The scrap analysis is about the 2015 year, A research from the Antônio Pedro Hospital (HUAP) zip-code, as being favorable to the cause. The methodological approach makes use of the "R" programme. Results: The 20-34 years old age range corresponds to 63,6% of all the received women on the institution. From the parturients, 85,2% were admitted in labor at term, 60,8% were put on a "zero diet" on this admission. The prescription of oxytocin, were performed on 35% of those women. The birth delivery way, was documented as 52,9% trough c-section, and 47,1% through eutocia birth, being 63,2% of those submitted to episiotomy, as only 36,47% receiving the suitable local anesthesia. Conclusion: Particular attention is drawn to the fact that how much enhancement is still needed to achieve a positive assistance, supporting interventions propositions in order to have better and healthier delivery birth labor qualification.

KEYWORDS: Obstetric Nursing; Parturition; Professional Training; Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimentos que promove parto e nascimento saudável, respeitando a autonomia da mulher e o processo natural de parturição evitando condutas e intervenções desnecessárias que coloquem em risco a mãe e o bebê. Para acompanhar as mudanças no processo de assistência ao parto nas últimas duas décadas, as políticas públicas do Brasil, na área de saúde da mulher modificaram-se a fim de promover uma assistência mais humanizada às mulheres.

Até o último século a parturiente era afastada de seus familiares durante todo o processo de parto, isolada na sala de pré-parto e retirada do controle sobre esse processo, o parto passou a ser um procedimento cirúrgico e considerado potencialmente de risco, realizado em ambiente hospitalar, asséptico e repleto de intervenções médicas, muitas vezes desnecessárias e sem indicações baseadas em evidências científicas.

Após a instituição de algumas políticas públicas, dentre elas a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, a atenção ao parto começou a ser modificada de forma significativa, rompendo com o modelo centralizado apenas no parto e passando a ver a mulher não somente na óptica de ser reprodutivo, mas como ser autônomo que tem pleno poder sobre seu corpo e escolhas.

Segundo a OMS somente 15% dos partos deveriam ocorrer por via abdominal, porém o Brasil ainda está distante de alcançar esta realidade, a cesariana ainda é realizada em 52% de todos os nascimentos e, nas instituições privadas, esse percentual

chega a 88%. Na instituição estudada a porcentagem alcança as médias nacionais, sendo 52,7% de parto cirúrgico de todos os nascimentos. No país quase um milhão de mulheres, todos os anos são submetidas a cesarianas sem indicação obstétrica adequada, perdendo a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos, e sendo expostas a maiores riscos de morbimortalidade materna e perinatal.

Algumas das práticas, como administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a realização de amniotomia e de episiotomia de forma generalizada, indicação de dieta zero, restrição da parturiente ao leito durante todo trabalho de parto entre outras intervenções são práticas consideradas proscritas, pois interferem na fisiologia do parto, mas infelizmente ainda são amplamente utilizadas nas maternidades de todo país, inclusive na instituição estudada.

Em contrapartida as práticas adotadas e implantadas pelo modelo humanizado, como o incentivo à deambulação e livre movimentação, uso de métodos não farmacológicos como uso da bola, uso da água como método não farmacológico para alívio da dor, aromaterapia, banco obstétrico, massagens na região sacra, a não realização da episiotomia de rotina, dentre outras, foram consideradas tecnologias baseadas em evidências científicas que podem favorecer a fisiologia do trabalho de parto e tornar o parto um evento prazeroso para a mulher.

Vários estudos nacionais e internacionais afirmam que a assistência prestada por enfermeiros obstétricos também é um fator que influencia positivamente na assistência ao parto, inclusive contribuem na redução do número de intervenções desnecessárias e dos partos cirúrgicos. A partir dessas considerações, faz-se necessário que os cursos de Graduação em Enfermagem adotem os referenciais teóricos e políticos baseados nos pressupostos do modelo humanístico no que diz respeito a atenção integral à saúde da mulher, com ênfase no ciclo gravídico e puerperal.

Neste modelo a presença do enfermeiro generalista ou obstétrico passa a ser determinante para a implantação de protocolos assistenciais, organização de serviços e mobilização da equipe de saúde que cuida da parturiente e suas famílias.

A instituição escolhida como cenário desta pesquisa é campo de ensino teórico e prático das duas disciplinas que abrangem saúde da mulher do Curso de Enfermagem/REN/UFF/Campus de Rio das Ostras, bem como é cenário de Estágio Supervisionado IV (área de saúde da mulher hospitalar). Essa instituição não possui enfermeiros obstétricos nos setores de alojamento conjunto e pré-parto, e não atende as recomendações da OMS, utilizando práticas obsoletas e danosas à saúde materna e fetal.

Por este motivo achou-se necessário a realização deste estudo, com intuito de realizar um diagnóstico da assistência prestada e desta forma, auxiliar na elaboração de proposições que possam melhorar a qualidade da atenção ao parto. Objetivo: Apresentar um diagnóstico situacional da atenção ao parto e nascimento no município de Rio das Ostras/RJ.

2 | MÉTODO

Pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, delineamento transversal, de base populacional (ecológica), tendo como unidade de análise o coletivo e não o indivíduo. O cenário de realização deste estudo foi o Hospital Municipal Naelma Monteiro (HMNM), instituição pública, localizada no município de Rio das Ostras, baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro.

Utilizou-se a técnica documental retrospectiva, tendo como fonte primária de dados de todos os prontuários das mulheres atendidas na instituição. Deste modo, não houve critério de exclusão para as participantes deste estudo. O recorte temporal analisado foi o ano de 2015.

A pesquisa está em andamento e é utilizado (um) instrumento de coleta de dados, do tipo planilha, preenchido pelas pesquisadoras, tendo inúmeras variáveis, contudo este manuscrito apresentará apenas os dados mais significativos coletados até o momento: idade das parturientes, tipo de dieta prescrita na admissão, prescrição de ocitocina na admissão, via de parto, indicação de cesariana, realização episiotomia, realização anestesia locorregional, score de APGAR e amamentação na primeira hora de vida dos recém-nascidos assistidos na instituição pesquisada.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) tendo parecer favorável registrado no CAAE nº 52649615.2.0000.5243. A análise metodológica dos dados utilizou o Programa R. Os resultados quantitativos foram comparados aos produzidos por outras instituições de saúde brasileiras e internacionais, e analisados a luz das recomendações da Organização Mundial de Saúde⁵.

Esta produção acadêmica está inserida na linha de pesquisa: “Direitos sexuais e reprodutivos na atenção ao parto e nascimento”, do Grupo de pesquisa denominado Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/REN/Campus Rio das Ostras.

3 | RESULTADOS

Os resultados preliminares deste estudo correspondem aos dados coletados em 297 prontuários referentes aos meses de janeiro à abril do ano de 2015. A faixa etária de 20 a 34 anos corresponde a 63,6% de todas as mulheres atendidas na instituição, e tendo 28,2% de adolescentes.

O perfil etário das parturientes assistidas na instituição coincide com o perfil nacional, que corresponde ao grupo de 20 a 35 anos de idade, segundo o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento/Nascer no Brasil, evidenciando que está é a faixa etária de maior ocorrência de gestação/parto/nascimento, sendo então, um grupo populacional que deve ser priorizado quanto a proposição de políticas públicas sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos.

No que diz respeito ao grupo etário de parturientes com menos de 14 anos e o grupo de 14 a 19, ou seja, faixa etária que corresponde as parturientes adolescente vale destacar que os dados nacionais da faixa etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, que representa 1% do total de partos no Brasil. Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais.

Das parturientes, 85,2% foram admitidas em trabalho de parto à termo. Os resultados ainda revelaram que 60,8% das parturientes tiveram prescrição de dieta zero deste a admissão. Estudos multicêntricos concluem que não há justificativa para restrição de líquidos em casos de gestações de risco habitual, portanto a oferta de dieta livre deve ser encorajada para todas as mulheres em trabalho de parto.

A prescrição de ocitocina deste a admissão da mulher ocorreu em 36% dos prontuários. A taxa de infusão de ocitocina em mulheres em trabalho de parto é de 40% na população brasileira. De acordo com a OMS, é prejudicial a administração de ocitócitos a qualquer hora, antes do parto, de tal modo que o efeito não possa ser controlado, devendo ser evitado. O uso indiscriminado de ocitocina é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada dos serviços de saúde que assistem a partos, podendo inclusive levar a um aumento da atividade uterina com consequente hipóxia fetal.

Em relação à via de nascimento, verificou-se a maior proporção entre a via abdominal 52,7%, sendo 47,3% por via vaginal. No tocante as indicações de cesarianas, 19,1% foram devidas a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), seguindo de pós datismo (16,2%) e parada de progressão (12,5%). Vale destacar que, segundo a OMS, as indicações de cesariana podem ser classificadas em indicações absolutas e indicações relativas, entretanto, nenhuma das indicações reveladas por este estudo estão dentre as indicações previstas.

Dentre os partos vaginais, 63,2% das mulheres foram submetidas ao procedimento da episiotomia. Destas, apenas 36,48% receberam a anestesia loco regional. Vale ressaltar que, a episiotomia é considerada uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada, pois aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações, causar dor, incontinência urinária e fecal. A incidência de episiotomia no Brasil é de 56%. Ademais a realização de episiotomia sem que a mulher tenha sido anestesiada adequadamente é considerada violência obstétrica passível de denúncia por lesão corporal dolosa.

Na análise das variáveis relacionadas ao recém-nascido, o escore de APGAR no primeiro minuto de vida e a via de nascimento, verificou-se maior proporção do escore entre 4 e 7 nos nascidos por via abdominal. O achado indica maior vitalidade nos recém-nascidos de parto por via vaginal. No quinto minuto, foi observado a maior

proporção entre os recém-nascidos com APGAR maior que 7 (97,6%), que indica aos cinco minutos de vida os bebês já se encontram com melhor adaptação a vida extrauterina.

Referente ao aleitamento materno na primeira hora de vida constatou-se que apenas 26,8% das mulheres amamentaram ainda na sala de parto. A Organização Mundial da Saúde recomenda a amamentação na primeira hora de vida, recomendação ratificada pelo passo 4 do Hospital Amigo da Criança, citado na Portaria^o 1153, estes evidenciam a importância do contato pele a pele, tendo em vista que este contato precoce entre mãe e bebê se torna um facilitador da transição suave do recém nascido à vida extrauterina, estabelecendo vínculo mãe-bebê, aumentando a probabilidade da amamentação durante os primeiros momentos de vida, favorecendo tanto o aumento da prevalência do aleitamento quanto a redução da mortalidade neonatal.

Apesar do contato precoce entre mãe e filho ser tão importante, esta ainda é uma prática não valorizada pelas instituições hospitalares e até mesmo pelos profissionais. Acredita-se que os resultados aqui expostos possam colaborar com a melhora no início oportuno do aleitamento, já que este é um bem significativo para aqueles que estão iniciando a vida extrauterina.

4 | CONCLUSÃO

A atenção ao parto no cenário de estudo não atende aos pressupostos do modelo humanístico, há um alto índice de partos cirúrgicos em detrimento dos partos vaginais, nota-se também a realização generalizada de intervenções obstétricas desnecessárias ou indicada de modo inadequado, tais como jejum, ocitocina e episiotomia, condutas que podem ser extremamente danosas à saúde da mulher e do recém-nascido.

Ressalta-se o quanto é necessário evoluir para alcançar melhorias que atinjam positivamente essa assistência, auxiliando na proposição de intervenções que possam qualificar a atenção ao parto e nascimento baseados na premissa de que parir e nascer são eventos fisiológicos e familiares.

Contribuições e/ou implicações para a enfermagem obstétrica: Os resultados obtidos neste estudo possibilitam uma reflexão sobre a assistência prestada à mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo arcabouço de sustentação teórica suficiente para justificar a implementação urgente de medidas de intervenção que invistam na educação permanente de todos os profissionais de saúde que participem da atenção ao parto e nascimento, na elaboração de novos protocolos de atenção ao parto e nascimento, levando em consideração as atuais políticas de saúde baseadas em evidências científicas, e na admissão/contratação de enfermeiras obstétricas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nascer no Brasil**. Distrito Federal: Fiocruz, 2014.

MATOS, G.C.; ESCOBAL, A.P.; SOARES, M.C.; HÄRTER, J.; GOZALES, R.I.C. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: Uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**. Recife. 2013 mar. 7(esp): 870-8. Disponível em: <<http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11552/13485>> Acesso em 12 out 2014.

QUITETE, J.B; MOUTA, R.O; PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C. Aplicando a Teoria das Revoluções Científicas na construção de um novo campo da enfermagem obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7,n. 12, p. 6913-20, dez. 2013.

REIS, C.S.C.; SOUZA, D.O.M.; PROGIANTE, J.M.; VARGENS, O.M.C. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro. 2014 jan/abr; 1(1):7-11. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br>>. Acessado em: 12 out 2014.

SANTOS, I.S.; OKAZAKI, E.L.F.J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA**. 2012; 13(1): 64-8.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal. SMS/RJ. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.abenforedesindical.com.br>>. Acesso em: 12 out 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations for augmentation of labour. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf. Acesso em: 28 dez 2014.

HIPERBILIRRUBINEMIA NO NEONATAL: TRATAMENTO COM FOTOTERAPIA

Lizandra Leal De Sousa

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Jessica Karine Baginski

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Danielly Souza Simão

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Larissa Inajosa De Moraes

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

Alessandra Inajosa Lobato

Faculdade Estácio de Macapá
Macapá-AP

RESUMO: Introdução: A icterícia é um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. Usualmente surge 2 a 4 dias após o parto e desaparece 1 a 2 semanas depois, em geral sem necessidade de tratamento. Objetivo: Evidenciar na literatura a assistência da enfermagem ao neonatal com hiperbilirrubinemia sobre cuidados durante a fototerapia. Métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados SCIELO, BDEFN, LILACS com busca através dos descritores: Fototerapia,

Cuidados de Enfermagem, Serviços de Saúde da Criança. Resultados: Evidencia-se que as consequências de hiperbilirrubinemia podem ser graves. Dependendo dos níveis de bilirrubina e de fatores associados, como a função da barreira hematoencefálica, a bilirrubina livre não conjugada pode causar danos sérios e irreversíveis ao tecido cerebral, causando a encefalopatia associada a bilirrubina (kernicterus). O tratamento recomendável é a fototerapia, consiste na exposição do neonato despido a uma fonte de luz fluorescente ou halógena. Conclusão: O enfermeiro deve preparar o recém-nascido, instalar os equipamentos que serão utilizados para a fototerapia, tais como, o foco de luz e o berço. Cuidados com a proteção ocular, à distância e o posicionamento da fonte luminosa, os cuidados com higiene e a prevenção de queimaduras, etc. Contribuições para enfermagem: A equipe de enfermagem tem papel importante em educação em saúde como forma de auxiliar pais e familiares a enfrentar esta situação, que na maioria dos casos é inesperada e traumática.

PALAVRAS-CHAVE: Fototerapia, Cuidados de Enfermagem, Serviços de Saúde da Criança.

ABSTRACT: Introduction: Jaundice is one of the most frequent problems in the neonatal period and corresponds to the clinical expression of hyperbilirubinemia. Usually it appears 2 to

4 days after delivery and disappears 1 to 2 weeks later, usually without treatment. Objective: To show in the literature the assistance of nursing to the neonatal with hyperbilirubinemia on care during phototherapy. Methods: This is a bibliographic review using the databases SCIELO, BDNF, LILACS with search through the descriptors: Phototherapy, Nursing Care, Child Health Services. Results: It is evident that the consequences of hyperbilirubinemia can be severe. Depending on bilirubin levels and associated factors, such as blood-brain barrier function, unconjugated free bilirubin can cause serious and irreversible damage to brain tissue, causing bilirubin-associated encephalopathy (kernicterus). The recommended treatment is phototherapy, consisting of exposing the naked newborn to a fluorescent or halogen light source. Conclusion: The nurse should prepare the newborn, install the equipment that will be used for phototherapy, such as, the light bulb and the crib. Care for eye protection, distance and positioning of the light source, hygiene care and prevention of burns, etc. Contributions to nursing: The nursing team plays an important role in health education as a way to help parents and families cope with this situation, which in most cases is unexpected and traumatic.

KEYWORDS: Phototherapy, Nursing Care, Child Health Services.

1 | INTRODUÇÃO

A icterícia fisiológica do recém-nascido - RN é a causa mais comum de hiperbilirrubinemia, caracterizada pela hemólise, e a imaturidade enzimática do fígado surge após 24h de vida; acentua-se lentamente até o quarto-quinto dia de vida. A icterícia neonatal é o sinal mais frequente, e 80% dos RN podem apresentá-la (ALMEIDA; NADER; DRAQUE, 2010).

Para Watson (2009) “A icterícia é uma das modificações mais contínua tanto em recém-nascidos a termo (RNTs) quanto em prematuros (RNPTs). Segundo estudos, 60 a 70% RNTs e 80 a 90% RNPTs desenvolvem a icterícia, que é o indício clínico mais evidente da hiperbilirrubinemia no plasma, pode ser compreendida quando os níveis séricos de bilirrubina total encontram-se superior a (5-7mg/dl)”.

Segundo Vieira et al (2004) “A fototerapia é o tratamento mais utilizado no mundo para tratar a icterícia neonatal, por ser altamente eficaz e não ter efeitos colaterais que justifiquem sua contra-indicação”.

Já para Sena, Reis, Cavalcante (2015) “Consiste na exposição do recém-nascido a luz de elevada intensidade, capaz de transformar a bilirrubina indireta (molécula lipossolúvel) em uma molécula mais hidrossolúvel, aceitando assim, sua eliminação do organismo sem necessidade de conjugação. Esta terapêutica tem como objetivo reduzir os níveis de bilirrubina indireta e, dessa forma, impedir sua passagem ao Sistema Nervoso Central.

O trabalho do enfermeiro em neonatologia é um desafio constante, um caso de icterícia neonatal exige vigilância, capacidade, respeito e sensibilidade, porque

o paciente assistido é muito vulnerável e altamente dependente da equipe de enfermagem, que lhe proporciona assistência direta (ROSÁRIO, et al., 2013)

Campos (2012) Ressalta ser essencial estabelecer o processo de diálogo da equipe de saúde com a mãe, na intenção de informa-la corretamente a respeito do tratamento à qual seu filho é submetido.

É notória a importância da assistência de enfermagem durante o tratamento com fototerapia, pois este tipo de tratamento exige uma serie de fatores a serem seguidos para que tenha um resultado eficaz como um ponto positivo durante a recuperação do neonatal. Portanto, objetivou-se evidenciar através da literatura a assistência da enfermagem ao neonatal com hiperbilirrubinemia sobre cuidados durante a fototerapia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que de acordo com Marconi e Lakatos (2006) é uma pesquisa realizada em documento ou fontes secundárias, envolvendo toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo. Na pesquisa bibliográfica, a fonte das informações está sempre na forma de documentos, escritos, podendo está impressos ou, depositados em meios magnéticos ou eletrônicos.

O levantamento bibliográfico se deu através das bases de dados: SciElo(Scidentific Eletrônica Library Online), Bdenf(Bancos de Dados em Enfermagem), Lilacs(Bases de Dados da Literatura Latino Americana, em Ciências de Saúde). Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2004 a 2015, totalizando um quantitativo de vinte (20) artigos, onde foram feitas as leituras dos resumos previamente e uma nova filtragem foi estabelecida, destes vintes artigos restaram onze artigos selecionados para uma análise completa. Os descritores utilizados foram: Fototerapia, Cuidados de Enfermagem, Serviços de Saúde da Criança.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

É possível evidenciar através das literaturas a importância da assistência de enfermagem durante o tratamento com fototerapia, sendo a equipe mais próximo do paciente durante os cuidados, diante disso o tratamento com fototerapia é referencialmente citado dentre os estudos como sendo muito eficaz e positivo para recuperação do neonato, porem ressaltando que existem uma serie de fatores que devem ser seguidos durante a assistência para que seu efeito tenha sucesso.

A equipe de enfermagem são os profissionais que recebem e preparam o recém-nascido para o tratamento, bem como, preparam os equipamentos que serão utilizados para a fototerapia, como os focos de luz, as incubadoras, etc.

Dentre esses cuidados, destacam-se a proteção ocular dos recém-nascidos, a distância e o posicionamento da fonte luminosa do neonato, os cuidados com higiene e quanto à prevenção de queimaduras, etc.

Diante da ocorrência de possíveis sequelas ou intercorrências que podem acontecer durante o tratamento é indispensável orientar os pais acerca do cuidado, manuseio e informações fisiológicas, patológicas sobre o que está acontecendo com o bebê. Tornando-se um momento singular para o profissional orientar, apoiar e essencialmente informar de maneira clara e objetiva, para que tudo se desenvolva da melhor maneira possível (ROSA, et al.,2012)

No estudo realizado em uma maternidade de médio porte pelos autores Souza, Felipe e Terra (2012), no Estado de Minas Gerais, mostrou que as mães que vivenciam esse tratamento realizado com seus filhos se mostram com sentimentos de angústia e insegurança em relação a essa terapêutica.

O recém-nascido exposto à fototerapia pode apresentar algumas alterações tais como: diarreia; aumento de perdas insensíveis de água devido a superfície corporal aumentada e exposta que somada a demora na regulação do aleitamento materno pode levar a:

Desidratação; susceptibilidade à hipertermia e à hipotermia devido à exposição direta da fonte de calor (luz) ou falta de aquecimento quando em berço comum ou biliberço; erupções cutâneas e eritema; escurecimento da pele chamada de síndrome do bebê bronzeado; queimaduras; hemólise leve; plaquetopenia e danos retinianos (WATSON, 2009).

Para Luchesi, Beretta e Dupas (2010) “Os profissionais de saúde devem informar e orientar corretamente as mães sobre o tratamento realizado, pois, as incertezas podem ser provocadas pela falta de conhecimento a respeito do significado da icterícia e seu tratamento – a fototerapia”.

O diagnóstico e tratamento precoce da Hiperbilirrubinemia Neonatal é importante na prevenção de sua principal complicação o kernicterus, uma síndrome neurológica causada devido a deposição de bilirrubina nas células cerebrais que surgem quando os níveis de bilirrubina são maiores que 25mg/dl, com evidência de lesão neuronal e sequelas motoras graves (WATSON, 2009).

4 | CONCLUSÃO

O recém-nascido submetido ao tratamento em fototerapia exige cuidado especial e depende de uma equipe multidisciplinar, em especial da enfermagem, que o acompanha vinte e quatro horas por dia, orienta as mães e familiares quanto ao regime de tratamento e acompanhamento pós alta hospitalar, exigindo assim profissionais, preparados para diagnosticar e intervir com rapidez e eficiência nas intercorrências.

Mediante a necessidade de prestar uma assistência de enfermagem qualificada, faz-se necessário está assistência estar baseada em conhecimento científico e sistematizado ao recém-nascido em fototerapia, bem como a prevenção de possíveis complicações; a identificação das lacunas de conhecimento em relação aos cuidados do recém-nascido em fototerapia trará subsídios para a implementação de medidas

educativas com vistas a melhoria da qualidade da assistência prestada.

5 | CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem tem papel importante em educação em saúde como forma de auxiliar pais e familiares a enfrentar esta situação, que na maioria dos casos é inesperada e traumática. Nesse sentido é importante evidenciar que quando a assistência é prestada por uma equipe preparada e capacitada, obtêm-se os melhores resultados no manejo de tais pacientes, devemos ressaltar que o enfermeiro deve compreender os momentos sentimentais da puérpera, orientando-a por exemplo a prática de amamentação ensinando a técnica correta, para que ela não se sinta angustiada e preocupada, sendo assim positivo tanto para a puérpera quanto para o neonatal.

REFERENCIAS

ALMEIDA, M. F. B.; NADER, P. J. H.; DRAQUE, C.M. **Icterícia neonatal**. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. (Org.). Tratado de Pediatria. São Paulo: Manole, 2010. p. 1515-1526.

CAMPOS ACS, et al. **Recém-nascido na Unidade de Internação Neonatal: o olhar da mãe**. Rev Rene. 2012;9(1):52-9.

GOMES, NS, TEIXEIRA, JBA, BARICHELLO, E. **Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(2):342-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a18.htm>.

LUCHESI BM, BERETTA MIR, DUPAS G. **Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal**. Cogitare Enferm. 2010; 15(3):506-12

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ROSA, J. et al. **ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia**. Revista de Enfermagem. Rio Grande do Sul. FW, v. 8, n. 8 , p. 154-165, 2012.

ROSÁRIO SSD, et al. **Assistência de enfermagem ao recém nascido com icterícia em uma maternidade**. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2013.;7(esp):7017-23 disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/ind_ex.php/revista/article/view/3237

SENA, DTC, REIS, RP, CAVALCANTE, JBN. **A Importância da Atuação do Enfermeiro no Tratamento da Icterícia Neonatal**. Revista Eletrônica Estácio Saúde – Volume 4, Número 2, 2015.

SOUZA JJ, FELIPE AOB, TERRA FS. **Fototerapia: os sentimentos das mães de recém-nascidos submetidos a essa terapia**. Semin Cienc biol saude. 2012; 33(2):231-40. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/.../12170doi: 10.5433/1679-0367.2012v33n2p231).

VIEIRA A.A, et al.. **O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica**. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2004;4(4):359-66.

WATSON RL. **Hyperbilirubinemia**. Critical Care Nursing Clinics North America. 2009;21(1):97- 120.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM NEONATO COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E SUA FAMÍLIA INTERNADO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Nataly Mesquita Cardoso

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Instituto Integrado de Saúde
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Marisa Rufino Ferreira Luizari

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Instituto Integrado de Saúde
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Renata Teles da Silva

Hospital Universitário Maria Aparecida
Pedrossian, Unidade de Cuidados Intermediários
Neonatal
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Luciane Figueiredo Mendes

Hospital Universitário Maria Aparecida
Pedrossian, Unidade de Cuidados Intermediários
Neonatal
Campo Grande – Mato Grosso do Sul

RESUMO: A osteogênese imperfeita (OI) é uma doença caracterizada pela fragilidade óssea decorrente do defeito quantitativo ou qualitativo do colágeno tipo 1, sintetizado pelos osteoblastos. A tríade das manifestações clínicas inclui a esclerótica azulada, fraturas espontâneas e surdez precoce. A Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser realizada levando em consideração um referencial teórico e as prioridades de saúde de um cliente. No que tange a doença em questão,

são escassos na literatura os estudos à cerca da osteogênese imperfeita na área de enfermagem, principalmente a respeito do manejo dos cuidados prestados e do suporte à família. A dificuldade encontrada para desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma das bases científicas da profissão, devido à ausência de produção científica da área dentro deste assunto, demonstrou que pouco se pesquisa sobre a atuação do enfermeiro frente à osteogênese imperfeita, deixando indagações a respeito de qual é o papel do enfermeiro frente à essas situações. Diante disso, a equipe de enfermagem deve estar capacitada para prestar cuidados básicos como a movimentação adequada sem causar fraturas e utilização de coxins para prevenção de achatamento de ossos, porém o cenário atual de publicações a respeito do tema não favorece uma assistência de qualidade baseada em fundamentação científica. É necessário que mais pesquisas sejam realizadas com a mesma temática para avançarmos em qualidade de cuidado e para proporcionar reconhecimento à atuação do enfermeiro frente a osteogênese imperfeita, que no cenário atual ainda permanece velada.

PALAVRAS-CHAVE: Osteogênese Imperfeita; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT: Osteogenesis Imperfecta (OI) is a

disease characterized by bone fragility resulting from the quantitative or qualitative defect of type 1 collagen, synthesized by osteoblasts. The triad of clinical manifestations includes bluish sclera, spontaneous fractures and early deafness. The Systematization of Nursing Care must be carried out taking into account a theoretical reference and the health priorities of a client. Regarding the disease in question, there are new studies in the literature about the imperfect osteogenesis in the nursing area, especially regarding the management of the care provided and support to the family. The difficulty found to develop the Nursing Care Systematization, one of the scientific bases of the profession, due to the absence of scientific production of the area within this subject, showed that little research is done on the nurses performance against the imperfect osteogenesis, leaving inquiries about it of which is the nurse's role in these situations. Given this, the nursing team should be able to provide basic care such as adequate movement without causing fractures and use of cushions to prevent bone flattening, but the current literature on the subject does not favor quality assistance based on scientific basis. It is necessary that more research be carried out with the same theme to advance in quality of care and to provide recognition to the nurses performance against the imperfect osteogenesis, which in the current scenario is still veiled.

KEYWORDS: Osteogenesis Imperfecta; Nursing Process; Nursing diagnosis; Neonatal Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Kim; Albano; Bertola (2010), a osteogênese imperfeita (OI) é uma doença caracterizada pela fragilidade óssea decorrente do defeito quantitativo ou qualitativo do colágeno tipo 1, sintetizado pelos osteoblastos.

De acordo com Schiller; Wang; Klein (2010), a OI é caracterizada por um conjunto de distúrbios do tecido conjuntivo herdados de forma autossômica dominante advindos da mutação no gene do colágeno tipo I. A patogenia envolve mutações nos genes COL1A1 e COL1A2, como já dito anteriormente. Esses dois genes localizam-se nos cromossomos 17 e 7. As mutações no COL1A1 são encontradas em todos os tipos de OI, e as mutações no COL1A2 são encontradas nos tipos II, III e IV. Enquanto as mutações do gene A1 afetam três moléculas do colágeno tipo I, com metade das moléculas contendo cadeia pró-alfa I anormal e um quarto contendo duas cadeias pró-alfa I anormais, as do gene A2 afetam apenas metade das moléculas de colágeno sintetizadas.

Segundo Galera; Kim (2001), estudos evidenciam alterações estruturais e de síntese do colágeno tipo I. As mutações podem causar a redução da síntese e da secreção desse tipo de colágeno. Quando a produção do colágeno de estrutura normal está diminuída, há a forma mais leve da doença, a OI tipo 1, já a formação de colágeno com estrutura alterada leva à evolução mais grave da doença. Há um aumento de número de osteoclastos. O osso subperiosteal é formado em ritmo normal, mas o mesmo

não amadurece, permanecendo do tipo embrionário. A ossificação endocondral não é afetada, por isso as fraturas reparam-se bem. O tecido colágeno é anormal, com alteração de sua estrutura helicoidal e produzido em quantidades anormais.

Na OI do tipo I, a mutação na molécula do colágeno determina a interrupção prematura da síntese proteica, reduzindo o número de cadeias estruturalmente normais de pró-colágeno 1. Já nas formas mais graves, a mutação leva à substituição de uma molécula de glicina por outro aminoácido de tamanho maior, dificultando a compactação da tripla hélice (duas cadeias de polipeptídicas de pró-colágeno alfa 1 e uma cadeia de pró-colágeno alfa 2), tornando-a mais susceptível à clivagem enzimática. As fibras de colágeno são menos estáveis e apresentam grande desorganização ao nível ultra-estrutural (BARBOSA, 2006).

A tríade das manifestações clínicas inclui a esclerótica azulada, fraturas espontâneas e surdez precoce. A OI pode ser classificada em tipo I, II, III e IV, a depender das características clínicas, radiológicas e genéticas, podendo ser ainda subdividida em tipos V, VI, VII e VIII, que são caracterizadas pela fragilidade óssea e não pelo defeito no gene decodificador das cadeias alfa (KIM; ALBANO; BERTOLA, 2010; BRASIL, 2013).

O quadro clínico é caracterizado por fragilidade óssea, dentinogênese imperfeita (DI), fraturas, escleras azuladas, baixa estatura, hipermobilidade articular, surdez precoce e escoliose.

Tipo	Gravidade	Características
I	Leve, sem deformidades	Estatura normal ou baixa, escleras azuladas, sem DI
II	Letalidade perinatal	Múltiplas fraturas de ossos longos e costelas ao nascer, deformidades significativas, ossos longos alargados, ossos do crânio com baixa densidade ao raio-x, escleras azuis escuras
III	Deformidades graves	Baixa estatura, face triangular, escoliose grave, escleras acinzentadas, DI
IV	Deformidades moderadas	Baixa estatura moderada, escoliose leve a moderada, escleras acinzentadas ou brancas, DI
V	Deformidades moderadas	Baixa estatura leve a moderada, luxação da cabeça do rádio, mineralização de membrana interóssea, calo hiperplásico, escleras brancas, sem DI

VI	Deformidades moderadas a graves	Baixa estatura moderada, escoliose, acúmulo de osteoide no tecido ósseo, padrão de lamelação óssea como “escama de peixe”, escleras brancas, sem DI
VII	Deformidades moderadas	Baixa estatura leve, úmero e fêmur encurtados, coxa vara, escleras brancas, sem DI
VIII	Deformidade grave	Baixa estatura acentuada, esclerótica branca

Quadro – Classificações da osteogênese imperfeita.

Fonte: Kim; Albano; Bertola (2010 adaptado).

Atualmente não existe um tratamento único para a OI. Há experimentos clínicos relacionados com células osteoprogenitoras para transplante de medula óssea, fatores de crescimento, bifosfonatos e terapia genética para melhorar a síntese do colágeno (SCHILLER; WANG; KLEIN, 2010).

Segundo O tratamento mais utilizado é com bifosfanatos, pois eles agem diminuindo a taxa de reabsorção óssea pelos osteoclastos, conduzindo ao aumento da densidade óssea (GALERA; KIM, 2001).

De acordo com os autores supracitados, valoriza-se também o tratamento com apoio psicológicos aos familiares, com atenção para a escolaridade das crianças afetadas, e o auxílio do ortopedista para a prevenção e correção de sequelas.

O tratamento com bifosfonatos deve seguir alguns critérios de inclusão preestabelecidos a partir do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteogênese Imperfeita, criado pelo Ministério da Saúde em 2013.

Por se tratar de tratamento medicamentoso com pamidronato dissódico para a recém-nascida, este trabalho detalhará apenas este medicamento, porém cabe ressaltar que há o tratamento medicamentoso com o alendronato e o risedronato que não são indicados em pediatria por se tratarem de via de administração oral.

Conforme o protocolo citado anteriormente, os critérios de inclusão para tratamento com pamidronato dissódico em pacientes menores de 18 anos incluem: portadores de fenótipos tipo III ou IV, ou de fenótipo tipo I com dor crônica; mais de 3 fraturas no ano, fraturas de vértebras ou com deformidades dos membros sem necessidade cirúrgica; radiografia simples de crânio, coluna e ossos longos, evidenciando fraturas ou escoliose (BRASIL, 2013).

Segundo o mesmo protocolo, o pamidronato deve ser administrado via endovenosa, em ciclos de 3 dias com intervalo de 2 a 4 meses, conforme a faixa etária. Além disso, o medicamento deve seguir um esquema para administração de acordo com a idade (< 2 anos – 0,5 mg/kg/dia por 3 dias, a cada 2 meses; 2-3 anos – 0,75 mg/kg/dia por 3 dias, a cada 3 meses; > 3 anos – 1,0 mg/kg/dia por 3 dias, a cada

4 meses) e esquema para diluição do mesmo em solução salina (0-5 mg pamidronato, para 50 ml de soro, com vasão de 15 ml/h; 5,1-10 mg, para 100 ml de soro, com vasão de 30 ml/h; 10,1-17 mg, para 170 ml, com vasão de 50 ml/h; 17,1-30 mg, para 300 ml, com vasão de 80 ml/h; 30,1-60 mg, para 600 ml, com vasão de 150 ml/h).

A dose máxima é de 60 mg/dia e a concentração máxima recomendada é de 0,1 mg/ml, devendo ser infundida por 3 a 4 horas (BRASIL, 2013).

De acordo com o protocolo, é preconizado que durante o uso do medicamento, a dieta seja rica em cálcio, ou que haja suplementação com carbonato de cálcio 2 vezes ao dia e 400 a 800 UI de vitamina D, como ocorria na paciente do estudo.

Se espera que com o tratamento medicamentoso haja redução no número de fraturas, redução da dor, da incapacidade física e melhora do crescimento e mobilidade (BRASIL, 2013).

Os resultados são analisados a partir do número de fraturas e dor óssea registrados pelo paciente ou familiar durante o período de acompanhamento e por exames radiológicos para confirmação de novas fraturas e deformidades ósseas (BRASIL, 2013).

Crianças com até 2 anos de idade devem ser monitorizadas clinicamente a cada 2 meses; crianças de 2 a 4 anos, a cada 3 meses; crianças com mais de 3 anos, a cada 4 meses; e adultos, a cada 6 meses (BRASIL, 2013).

Os efeitos adversos do medicamento incluem síndrome influenza-like (febre, mialgia, rash cutâneo e mal-estar) geralmente após a primeira hora de infusão, uveíte, insuficiência respiratória, hipocalcemia e leucopenia moderadas, aumento transitório da dor óssea e diminuição transitória da mineralização óssea (BRASIL, 2013).

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência a respeito do desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem a um neonato internado em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal de um hospital localizado na cidade de Campo Grande, MS, no período de abril e maio de 2017.

3 | RESULTADOS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser realizada levando em consideração um referencial teórico e as prioridades de saúde de um cliente. No caso em questão, optou-se por trabalhar com o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta, no que cerne a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Para a realização da SAE, é preciso que haja fundamentação científica em todas suas etapas, principalmente no que diz respeito às prescrições de enfermagem. No que tange a doença em questão, são escassos na literatura os estudos à cerca

da osteogênese imperfeita na área de enfermagem, principalmente no que tange o manejo dos cuidados prestados e do suporte à família.

Diante do cenário encontrado e em discussão entre os membros da equipe, utilizou-se como base para estabelecer as prescrições de enfermagem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteogênese Imperfeita, criado pelo Ministério da Saúde em 2013, além do que há disponível na literatura e em meios eletrônicos.

Os diagnósticos de enfermagem foram elencados a partir da taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); os resultados esperados foram retirados da Nursing Outcomes Classification (NOC); e as prescrições de enfermagem foram adaptadas da Nursing Interventions Classification (NIC).

Após anamnese e exame físico minucioso, os seguintes diagnósticos e prescrições de enfermagem foram elaborados:

- **Risco de infecção relacionada a permanência do coto umbilical**
 - a. Aerar região umbilical, durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo
 - b. Comunicar se hiperemia periumbilical, durante a internação, equipe de enfermagem – atenção
 - c. Realizar higiene do coto com álcool 70% e hastes flexíveis da base para a extremidade, a cada troca de fraldas, técnico de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04
 - d. Observar sinais de onfalite (odor, secreção, hiperemia, edema, febre, hipoa-tividade), durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo
 - e. Orientar pais e acompanhantes quanto a limpeza do coto, sempre que ne-cessário, equipe de enfermagem – atenção
- **Risco de quedas relacionado a extremos de idade**
 - a. Verificar posicionamento do bebê no berço simples, durante a internação, pela equipe de enfermagem
 - b. Aplicar escala Humpty Dumpty, 1x ao dia, pela enfermeira
 - c. Checar funcionamento do berço, continuamente, pela equipe de enferma-gem'
- **Amamentação ineficaz Amamentação ineficaz caracterizada por inca-pacidade do bebê de abocanhar corretamente as mamas, agitação e choro durante o estímulo, arqueamento do corpo durante o processo e processo de amamentação insatisfatório, relacionado à interrupção da amamentação e reflexo de sucção inadequado do bebê**
 - d. Observar e anotar mamadas ao seio materno, durante a internação, equipe de enfermagem – M T N

- e. Estimular reflexo de sucção e procura com o dedo enluvado, antes de cada mamada, equipe de enfermagem – M T N
- f. Fortalecer o estímulo ao seio materno, continuamente, equipe de enfermagem
- g. Orientar a mãe a respeito da técnica de amamentação, sempre que necessário, equipe de enfermagem – atenção
- h. Encaminhar mãe ao banco de leite, sempre que necessário, equipe de enfermagem – atenção
- i. Mucosa oral prejudicada caracterizada por descamação dos lábios, relacionada à extremos de idade
- j. Realizar higiene oral com gaze embebida em água morna, 3x ao dia, equipe de enfermagem – M T N
- k. Emulsificar lábios com AGE/TCM, 3x ao dia, equipe de enfermagem
- **Padrão ineficaz de alimentação do lactente caracterizada por incapacidade de manter a sucção eficaz, relacionada à anormalidade anatômica**
 - a. Anotar tempo de sucção nutritiva, durante as mamadas, equipe de enfermagem – M T N
 - b. Estimular aleitamento materno em livre demanda, durante a internação equipe de enfermagem – contínuo
 - c. Observar sinais de incoordenação como queda de saturação de oxigênio e regurgitação, durante as mamadas, equipe de enfermagem – contínuo
 - d. Ofertar leite materno ordenhado via oral por copo, após estímulo ao seio materno, equipe de enfermagem – M T N
 - e. Manter recém-nascido elevado a 30° por pelo menos 15 minutos após cada mamada, equipe de enfermagem – M T N
 - f. Colocar o recém-nascido para eructar, após cada mamada, equipe de enfermagem – M T N
 - g. Orientar a mãe quanto a técnica de amamentação durante a internação, equipe de enfermagem
- **Integridade da pele prejudicada caracterizada por lesão em região perianal, relacionada ao uso de fralda descartável**
 - a. Realizar higiene íntima com algodão úmido, de 3/3 horas, equipe de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04
 - b. Aplicar escala de avaliação da pele, 3x ao dia, enfermeira – M T N
 - c. Aplicar pomada de barreira protetora óxido de zinco + AGE/TCM, a cada

troca de fraldas, equipe de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04

d. Avaliar evolução da lesão, diariamente, enfermeira – M T N

- **Risco de aspiração relacionado a presença de sonda nasogástrica**

a. Verificar posicionamento da sonda nasogástrica, antes da administração das dietas, equipe de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04

b. Administrar 1 ml de água filtrada, após a administração das dietas, equipe de enfermagem – M T N

c. Verificar resíduo gástrico, registrando volume e aspecto, antes da administração de cada dieta, equipe de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04

d. Evitar movimentação do recém-nascido por pelo menos 30 minutos após administração da dieta, equipe de enfermagem – M T N

e. Realizar mudança de decúbito e troca de fraldas, antes da administração das dietas, equipe de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04

f. Manter recém-nascido em DLE e a 45° durante a administração da dieta e até 30 minutos após, equipe de enfermagem – M T N

- **Perfusão tissular periférica ineficaz caracterizada por cianose de extremidades, relacionada ao fenômeno de Raynaud**

a. Avaliar perfusão periférica e pulsos bilateralmente, 3x ao dia, enfermeira – M T N

b. Manter extremidades aquecidas com luvas e meias, durante a internação, equipe de enfermagem – M T N

c. Observar coloração de extremidades, comunicando se cianose, durante a internação, equipe de enfermagem – atenção

- **Risco de infecção relacionada a dispositivo de acesso venoso periférico**

a. Identificar a data do dispositivo, durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo

b. Aplicar escala de avaliação de flebite, 3x ao dia, enfermeira – M T N

c. Verificar permeabilidade do cateter, antes da administração das medicações, técnico de enfermagem – M T N

d. Trocar equipos e extensores, de 72/72 horas, técnico de enfermagem

e. Realizar troca de curativo, sempre que necessário, técnico de enfermagem – M T N

f. Observar sinais de extravasamento de solução, durante infusão endovenosa, equipe de enfermagem – M T N

- **Risco de crescimento desproporcional relacionado à doença de base OI**
 - a. Medir estatura do recém-nascido, 1x na semana, enfermeira – M
 - b. Aferir perímetro cefálico, torácico e abdominal, 1x na semana, enfermeira – M
 - c. Preencher na caderneta da criança as medidas aferidas, 1x na semana, enfermeira – M
 - d. Acompanhar o crescimento do recém-nascido a partir do gráfico de crescimento preconizado pelo Ministério da Saúde, durante a internação, enfermeira – contínuo
 - e. Detectar anormalidades do crescimento e solicitar avaliação, durante a internação, enfermeira – contínuo
 - f. Acompanhar resultados de exames laboratoriais (principalmente bioquímica e hormônios), durante a internação, enfermeira – atenção
- **Dor aguda caracterizada por fáceis de dor e choro a manipulação, relacionada à fragilidade óssea**
 - a. Aplicar escala de NIPS, 3x ao dia, enfermeira – M T N
 - b. Observar sinais de dor (fáceis, gemidos, alterações do padrão respiratório, choro), durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo
 - c. Realizar movimentação em bloco, fornecendo suporte na região das nádegas, pescoço e tórax, não deixando os membros caírem sobre o corpo, durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo
 - d. Aplicar métodos de alívio não farmacológico da dor, sempre que necessário, enfermeira – atenção
- **Risco de vínculo pais/filhos prejudicado relacionado a separação por período de internação**
 - a. Estimular os pais a tocarem o recém-nascido, sempre que possível, equipe de enfermagem – M T N
 - b. Promover escuta terapêutica aos pais, durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo
 - c. Solicitar parecer da psicologia, se necessário, enfermeira – atenção
 - d. Envolver os pais no cuidado ao recém-nascido, durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo
 - e. Parabenizar as atitudes e empenho dos pais relativas ao recém-nascido, durante a internação, equipe de enfermagem – contínuo

- **Risco de nível sanguíneo de glicose instável relacionado à ingestão dietética de transição**
 - a. Aferir glicemia capilar, comunicando se < 45 mg/dL, de 6/6 horas, equipe de enfermagem - 07 13 19 01
 - b. Observar sinais de hipoglicemia (hipoatividade, taquicardia, sudorese, palidez), durante a internação, equipe de enfermagem – atenção
 - c. Realizar rodízio dos locais de punção para glicemia capilar, de 6/6 horas, técnico de enfermagem – 07 13 19 01
- **Risco de volume de líquidos deficientes relacionado a extremo de idade**
 - a. Manter anotação do peso seco na fralda, de 3/3 horas, técnico de enfermagem – 07 10 13 16 19 22 01 04
 - b. Monitorar ingesta e perda, diariamente, equipe de enfermagem – contínuo
 - c. Realizar balanço hídrico, ao final de cada plantão, equipe de enfermagem – M T N
 - d. Pesar o bebê, 1x ao dia, técnico de enfermagem – 07
 - e. Avaliar turgor cutâneo e as mucosas orais, 3x ao dia, enfermeiro – M T N
 - f. Monitorar sinais de desidratação (hipotensão, oligúria, diurese concentrada, fralda seca e taquicardia) e comunicar o enfermeiro, a cada plantão, equipe de enfermagem – M T N

Além da aplicação da SAE, é preciso que a família seja orientada sobre algumas particularidades a respeito das condições do bebê, que em breve estará no cotidiano familiar no ambiente domiciliar.

As orientações aos pais de uma criança com OI envolvem o manuseio, o posicionamento, o transporte e a alimentação. A família foi orientada quanto a mudança de posição frequentemente, a maneira correta de vesti-la de modo facilitado, ao fracionamento da dieta que oferte um aporte hídrico regular para profilaxia da obstipação intestinal e desidratação. Foram também instruídos quanto a necessidade de dedicar uma atenção maior à higiene dental, pois é alta a incidência de cáries e ocorrem quedas precoces devido à fragilidade dentária. Além do aspecto biológico, os pais foram alertados quanto a necessidade de estimular uma educação adequada e que vise o máximo do desenvolvimento intelectual e acadêmico.

4 | CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Foi necessário agregar informações de diversas profissões para proporcionar a assistência à saúde mais adequada para o bebê e a família em questão.

O trabalho desenvolvido possibilitará a produção de um protocolo interno para o manejo da osteogênese imperfeita dentro da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no local de estudo.

A dificuldade encontrada para desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma das bases científicas da profissão, devido à ausência de produção científica da área dentro deste assunto, demonstrou que pouco se pesquisa sobre a atuação do enfermeiro frente à osteogênese imperfeita, deixando indagações a respeito de qual é o papel do enfermeiro frente à essas situações, uma vez que quando uma criança é internada devido à própria doença ou às consequências dela, a equipe de enfermagem estará em contato direto com a criança, principalmente quando se trata de recém-nascidos ou lactentes que são clientes de alta dependência.

Diante do exposto, a equipe de enfermagem deve estar capacitada para prestar cuidados básicos como a movimentação adequada sem causar fraturas e a utilização de coxins para prevenção de achatamento de ossos, porém o cenário atual de publicações a respeito do tema não favorece uma assistência de qualidade baseada em fundamentação científica. É necessário que mais pesquisas sejam realizadas com a mesma temática para avançarmos em qualidade de cuidado e para proporcionar reconhecimento à atuação do enfermeiro frente a osteogênese imperfeita, que no cenário atual ainda permanece velada.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, C. O. **Estudo da efetividade do tratamento da osteogênese imperfeita com pamidronato dissódico no Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Referência para Osteogênese Imperfeita do Rio de Janeiro**. 88 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.306, de 22 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteogênese Imperfeita**. Brasília, 2013.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de Enfermagem. Intervenções, prioridades, fundamentos**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, 888 p.
- GALERA, M. F.; KIM, C. A. E. Displasias Esqueléticas. In: CARAKUSHANSKY, G. **Doenças genéticas em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 327-335.
- KIM, C. A.; ALBANO, L. M. J.; BERTOLA, D. R. Alterações do esqueleto. In: SCHVARTSMAN, B. G.; S.; MALUF JR., P. T. **Genética na prática pediátrica**. Barueri: Manole, 2010, p. 371-402.
- SCHILLER, A. L.; WANG, B. Y.; KLEIN, M. J. Ossos e articulações. In: RUBIN, E.; GORSTEIN, F.; RUBIN, R.; SCHWARTING, R.; STRAYER, D. **Patologia. Bases clinicopatológicas da medicina**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 1333-1414.

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO PARA NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Cleciana Bezerra de Sá

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

Gabriele da Silva Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

Itayanne Santos de Jesus

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

Samilla Leal do Nascimento

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

Suelen Nunes Valverde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

Rosália Teixeira Luz

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

RESUMO: O aleitamento materno proporciona um alimento completo para a criança, sendo um importante fator na redução da mortalidade infantil, além de grande aliado no que se refere ao crescimento e desenvolvimento infantil. Para os prematuros, proporciona benefícios nutricionais, imunológicos e psicológicos, além de reduzir o tempo de internação hospitalar. Os Bancos de Leite Humano integram as estratégias da política pública em favor da

promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O estudo objetiva averiguar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a importância da implantação do Banco de Leite Humano para neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 10 profissionais da área da saúde que trabalham em uma maternidade filantrópica do interior baiano. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada guiada por um formulário e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática categorial. As profissionais de saúde consideraram importante a implantação do Banco de Leite Humano por facilitar o fornecimento do leite materno para os neonatos, contribuindo para acelerar a recuperação destes, evitando ainda que pudessem desenvolver distúrbios gástricos pelo uso de formulas lácteas, além de contribuir com a redução de custos da maternidade. Considerando a importância do leite materno para o neonato faz-se necessários que os profissionais da área de saúde invistam em campanhas que possa sensibilizar os gestores para a implantação de um Banco de Leite Humano.

PALAVRAS-CHAVE: Bancos de Leite; Unidades de Terapia Intensiva; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT: Breastfeeding provides a complete food for the child, being an important factor in the reduction of infant mortality, as well as a great ally with regard to child growth and development. For premature infants, it provides nutritional, immunological and psychological benefits, and reduces hospital stay. The Human Milk Banks integrate public policy strategies for the promotion, protection and support of breastfeeding. The objective of this study is to investigate the knowledge of health professionals about the importance of implanting the Human Milk Bank for newborns admitted to the Intensive Care Unit. This is an exploratory descriptive research with a qualitative approach. Ten health professionals working in a philanthropic maternity in the interior of Bahia were interviewed. The data were collected through a semistructured interview guided by a form and analyzed by the categorical thematic content analysis technique. Health professionals considered it important to establish the Human Milk Bank by facilitating the supply of breast milk to newborns, contributing to accelerate the recovery of these, while avoiding that they could develop gastric disorders due to the use of milk formulas, besides contributing to the reduction of maternity costs. Considering the importance of breast milk to the newborn, it is necessary for healthcare professionals to invest in campaigns that can sensitize managers to the implantation of a Human Milk Bank.

KEYWORDS: Milk Banks; Intensive Care Units; Health Personnel.

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento completo e natural, adequado para os Recém-Nascidos (RN), existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até os 6 meses de vida (UNICEF, 2008).

O Ministério da Saúde (MS) acrescenta ainda que o Aleitamento Materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009).

O leite da mãe é a primeira alimentação que o bebê deve receber ao nascer, sendo rico em nutrientes essenciais. Essa composição do leite materno pode variar de mãe para mãe de acordo com a etnia, individualidade genética, hábitos alimentares da lactante, entre mulheres e o período de amamentação. Pode-se observar ainda uma variação na composição nutricional do leite no decorrer da lactação, durante o dia e até mesmo durante uma mesma mamada, encontrando-se diferença entre macro e micronutrientes entre o primeiro e último leite a sair na mesma mamada (BUENO *et al*, 2013).

A amamentação em Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) é, sem dúvida, um desafio, visto que apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente, permanecendo em alerta por períodos muito curtos. Entretanto, apesar do inadequado controle da sucção/

deglutição/respiração, eles são capazes de alimentar-se ao peito, desde que tenham auxílio e apoio apropriados (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

Durante o período de internação na unidade neonatal, muitas mães percebem que nutrir o filho é a única coisa que podem efetivamente fazer para colaborar para a recuperação do RNPT. Entretanto, muito poucas conseguem iniciar e manter uma produção adequada de leite sem receber ajuda qualificada e apoio da família (LUCAS; COLE, 2002).

Na ausência do leite materno, muitos recursos podem ser utilizados para não haver prejuízos na alimentação e nutrição desse RN nos primeiros dias de vida, um deles é o Banco de Leite Humano (BLH), que têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação. É um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao AM e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (BRANCO *et al*, 2015).

Uma das prioridades dos BLH no Brasil é a de atender às mães de RNPT e de baixo peso que por esse motivo estão internados em unidades hospitalares. Até pouco tempo atrás, o leite materno era pouco valorizado na alimentação dos RN com baixo peso. Hoje, no entanto, a literatura é quase unânime em recomendar leite materno para os RNPT, incluindo os de muito baixo peso. E isso se deve ao crescente número de evidências epidemiológicas que mostram a importância do leite materno, especialmente para os RNPT, não só para a sua sobrevivência, mas para a sua qualidade de vida. Proteção contra enterocolite necrozante e infecções em geral e o estímulo à ligação mãe-filho são algumas das vantagens que, por si só, já justificariam a opção de alimentar esses RN com leite materno e/ou leite de BLH (LUCAS; COLE, 2002).

Nesse sentido, o estudo objetiva averiguar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a importância da implantação do BLH para neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de caráter qualitativo. A coleta de dados ocorreu em uma maternidade pública filantrópica do interior baiano, com 10 profissionais de saúde.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde, de nível técnico ou superior que atuam há pelo menos seis meses na UTIN, sendo os critérios de exclusão: possuir vínculo familiar com algum paciente internado na UTIN durante o andamento da pesquisa e aquelas que por algum outro motivo estiveram impossibilitados de

responder aos questionamentos.

Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada, realizadas no período de junho a julho de 2017, guiada por um formulário contendo dados sociodemográficos e a pergunta de pesquisa: Para o(a) senhor(a), qual a importância da implantação do BLH para neonatos internados em UTI? As entrevistas foram realizadas na maternidade e registradas em gravador mediante a autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo temática dividida em três etapas: a pré-análise que organizou o material, definindo os documentos a serem submetidos à análise e utilizando procedimentos como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação; a exploração do material, fase onde foi realizada a codificação, em função das regras propriamente formuladas; e o tratamento dos resultados, categorizando e classificando os elementos segundo suas semelhanças e diferenciações, com posterior reagrupamento considerando as características comuns (BARDIN, 2011).

A pesquisa obedeceu às Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob CAAE: 59853416.9.0000.0055 e parecer nº 1.878.329. O anonimato dos entrevistados foi mantido identificando-as por meio da letra “P” de profissional, seguida de um algarismo numérico, correspondendo à ordem de realização das entrevistas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 profissionais entrevistados, todas são do sexo feminino, com idades variando entre 27 e 49 anos, de maioria casada (63,6%) e de autodeclaradas parda (45,4%). Com relação a ocupação, o estudo compôs-se de uma nutricionista (10%), duas médicas pediatras (20%), duas enfermeiras (20%), três técnicas em enfermagem (30%) e três fisioterapeutas (30%).

A partir da análise empregada nas entrevistas emergiu a categoria temática: 3.1 Concepção de profissionais de saúde acerca da importância da implantação do BLH para neonatos internados em UTIN, disposta em quatro subcategorias, são essas: 3.1.1 Favorece o fornecimento de leite materno; 3.1.2 Redução de custos com fórmulas lácteas; 3.1.3 Acelera a recuperação do RN; e 3.1.4 Evita distúrbios digestivos pelo risco de fórmulas lácteas.

3.1 Concepção de profissionais de saúde acerca da importância da implantação do BLH para neonatos internados em UTIN.

De acordo com a lei nº 13.257/2016 que dispõe de políticas públicas para a primeira infância, os serviços da UTIN deverão dispor de BLH ou unidade de coleta.

Essas políticas de proteção e apoio ao AM estimulam a criação de BLH em hospitais materno infantis, e que possam assim atender a legislação (BRASIL, 2016).

Fez-se necessário conhecer as percepções desses profissionais visando compreender até onde os mesmos reconhecem a importância do LM e a necessidade de um BLH em uma maternidade de médio porte que atende diversas cidades circunvizinhas como a que eles trabalham. A partir da leitura das entrevistas surgiram as subcategorias a seguir:

3.1.1 Favorece o fornecimento de leite materno

Durante as entrevistas, as entrevistadas relataram que a implementação do BLH na maternidade é importante por favorecer o fornecimento de leite materno aos RN internados em UTIN.

“A maioria dos bebês eles estariam tomando o leite materno, não como é agora, que a maioria toma a fórmula láctea, entendeu?”. (P1)

“A gente podia manter o leite materno independente da disponibilidade ou não da mãe e a gente teria um estoque de leite materno”. (P2)

“Por que os bebês aí que ficam em UTI, ficam internados por muitos dias [...] no caso o bebê não teria que tomar leite artificial mesmo quando a mãe não pudesse ter esse acesso de vim aqui no hospital [...] é muito difícil ficar aqui um bebê aqui que só usa o leite materno. Muito difícil, que só usa o leite materno, porque às vezes a mãe vem e ordenha e usa 12, 15, 18, quando chega de noite já não tem mais pra esse dia, aí acaba vindo o leite artificial”. (P3)

Outro ponto levantado pelas entrevistadas foi o fato de muitas mães não terem disponibilidade de tempo suficiente para fornecer AME ao filho internado em UTIN, visto que tal prática requer uma dedicação de tempo que nem sempre está dentro das possibilidades da mãe, principalmente pelo fato de muitas não residirem no município em que se encontra a maternidade.

“Então seria bom até pela questão do volume né? Porque esses bebês são amamentados de três em três horas, né? Então as vezes tem uns que a quantidade é pouca, as vezes a mãe tira, até suficiente, mas um bebê, né? Que vai aumentando o volume gradativamente, chega um momento que precisa de muito mais, a quantidade de leite”. (P5)

“Seria importante ter aqui porque seria mais acesso né? No caso, tem algumas mães que são de fora, tem algumas mães que não tem no momento o leite pra oferecer, então o banco de leite seria muito importante nessa parte dos bebês que as mãe mora longe e não tem como tá ofertando”. (P8)

“Que a gente tem de forma disponível, a gente tem como implementar no serviço a inclusão do leite materno desde o início da dieta, então são todos esses benefício [...] a gente precisa de um banco de leite porque [...] nem todas as mães estão aqui disponíveis, a maioria dos nossos bebês são de mães que não moram em [...], então elas nem sempre tem como ficar aqui o tempo todo pra tá ordenhando essa quantidade suficiente pra que o bebê faça uso durante todo o período da dieta, então em alguns momentos é ofertado o leite materno, mas, em outros momentos

é a fórmula”. (P9)

Diversos fatores desfavorecem a produção de leite nas mães com RN internado na UTIN, dentre eles a falta de contato com o filho, o estresse e ansiedade bem como, inúmeros outros fatores biopsicossociais. Estes componentes se tornam barreiras no cotidiano da lactante e dos profissionais de saúde, que por considerarem a quantidade de leite insuficiente, acabam por oferecer complementos na dieta deste RN na ausência de BLH (ALMEIDA *et al*, 2015).

Outro aspecto a ser considerado é que mesmo a nutriz podendo fazer visitas diariamente a UTIN, a maioria delas não reside na cidade onde o bebê encontra-se internado, dificultando assim tanto o contato físico com o RN quanto a manutenção da ordenha do próprio leite, tornando-se outra barreira ao AME (SERRA; SCOCHI, 2004).

3.1.2 Redução de custos com compra de fórmulas lácteas

Foi reconhecido a importância da implantação do BLH por alguns profissionais, destacando a redução dos custos com a fórmula láctea, e também os custos com internação, fazendo com que haja uma economia para o hospital e assim também beneficiando a criança em situação de risco. Conforme relatado nos discursos a seguir:

“Financeiramente seria bem mais vantajoso para o hospital, ter um banco de leite. Porque ele gastaria bem menos com a fórmula láctea, porque as fórmulas lácteas a gente sabe que são muito caras, ainda mais quando o bebê tem alguma intolerância”. (P2)

Influencia tanto pro bebê que ele vai logo pra casa, pro familiar, quanto pra instituição porque diminui o custo hospitalar, né? Eu tenho uma maior rotatividade de pacientes, se a gente pensar em sistema público também é muito maior, então os efeitos eles vão desde o micro pro paciente, tanto o máximo para o sistema de saúde”. (P4)

“Com a implantação do banco de leite essas crianças estariam mais bem assistidas, com certeza, sem contar o valor econômico, de tá reduzindo por conta do leite materno está sendo ofertado pra criança, vai diminuir o valor, né? De gastos com o leite artificial”. (P10)

De acordo com o MS, a compra de leite artificial pode comprometer a renda familiar, podendo significar sacrifícios financeiros e impedindo um maior bem-estar social (BRASIL, 2008).

3.1.3 Acelera a recuperação do RN

As participantes do estudo reconheceram a importância do BLH na recuperação do RN, visto que segundo elas, crianças alimentadas com leite materno se recuperam mais rapidamente em comparação às alimentadas com fórmula láctea. Tal afirmativa encontra-se elucidada nas seguintes falas:

“Olha, eu entendo assim, se tem uma UTI há a necessidade do leite materno,

porque a gente sabe que o leite é considerado como se fosse a primeira vacina, não é? Então tudo que a mãe tem de sistema de defesa vai passar para esse bebê através do leite [...] essas crianças que não são amamentadas elas são mais arrastadas, as crianças amamentadas elas têm uma evolução mais favorável”. (P1)

“A gente observa que tem uma recuperação muito melhor, quando a gente compara um bebê que tomou leite materno e o bebê que não tomou o leite materno em momento nenhum, a evolução desse bebê é muito mais rápida [...] a resposta com relação a evolução é muito diferente do bebê que a gente inicia com fórmula láctea [...], as crianças amamentadas elas têm uma evolução mais favorável, mais rápida e menos arrastada”. (P2)

O RN internado em UTIN está com sua saúde fragilizada e com seu sistema de defesa imaturo. O leite materno quando utilizado ajuda esse bebê a ter uma recuperação mais rápida. Evidências apontam que a utilização do LH em RN internados em UTIN esteja relacionada a um menor índice de reinternação mesmo em bebês com amamentação parcial (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

“Há diminuição no tempo de internamento desses bebês, eles respondem ao tratamento instalado, de forma mais rápida [...] você não precisa fazer vários esquemas de antibióticos, de repente com um ou dois esquemas no máximo você já consegue resolver a causa infecciosa”. (P9)

A presença do BLH em UTIN oferece maior subsídio para melhoria da alimentação de RNs internados, visando menor tempo de internamento, com menor exposição a infecções hospitalares. Isso propicia um ganho positivo para a instituição tanto para prática assistencial ao neonato quanto para redução de custos hospitalares com fórmulas lácteas (SILVA, 2014).

“O bebê que é alimentado pelo leite materno, ele tem uma condição de recuperação pulmonar muito mais rápida do que o bebê que não é, que utiliza a fórmula. Taxa de crescimento, ganho de peso corporal. Tudo é diferenciado e tudo é melhorado para os bebês que são alimentados pelo leite materno, então assim, é uma diferença muito grande, entre o bebê alimentado ou não pelo leite materno [...] esse bebê alimentado pelo leite materno, ele tem uma capacidade de regulação de temperatura, ganho de peso corporal, de estabilização muito maior [...] a partir do momento que a gente teve o lactário e essa mãe pode coletar, a gente teve um perfil diferenciado desse bebê”. (P4)

Observou-se em alguns estudos relacionados com o ganho de peso em prematuros que o RN com peso ao nascimento inferior a 1.000g, quando amamentado exclusivamente com o leite da mãe tem uma recuperação mais notória e um ganho de peso mais satisfatório. Com esse fato, observa-se os benefícios da implantação do BLH, para população de prematuros e RN com algum risco (ROLLINS *et al*, 2016).

3.1.4 *Evita distúrbios digestivos pelo o uso de fórmulas lácteas*

Outra questão que surgiu nos discursos dos participantes foi o poder de proteção do LM quanto a infecções e distúrbios digestivos, vivenciados por eles na prática clínica se tornando notória para eles. Como podemos contatar nas falas a seguir:

“Outra fórmula que não o leite materno, a gente sabe que a gente expõe a esse bebê a no futuro ter alguns problemas de saúde e quando esses bebês são precoces a gente sabe que as chances de ter é muito maior”. (P1)

“A fórmula láctea, mesmo sendo [...], mesmo assim quando é prematuro usando [...], esses bebês têm diarreia, intolerância a lactose, tem intolerância a proteína do leite [...] quando tá só amamentando essas dificuldades de desenvolver essa intolerância é mais difícil”. (P2)

Além de diversos outros benefícios, o LH é uma fonte de proteína mais bem digerível sendo 100% absorvido pelo organismo do RN, em contrapartida a fórmula tem esse valor reduzido pela metade (ROLLINS, et al., 2016).

Sabe-se que o BLH tem como objetivo a manutenção da lactação e a doação de LH, garantindo a segurança alimentar, podendo assim evitar diversos distúrbios gastrointestinais tais como diarreias, regurgitação e infecções respiratórias:

“Bebês que utilizam o leite materno, eles têm uma recuperação maior, tem menos complicações gastrointestinais, os nossos bebês não regurgitam tanto, poucos são os casos que a gente tem de enterocolite, muito associado com a suplementação do leite artificial”. (P4)

“Às vezes o bebê tá fazendo o uso do leite, esse que dão pra substituir o materno, e costuma ficar regurgitando, costuma quando a gente aspira [...] quando a gente aspira, geralmente, fica vindo resíduos gástrico[...]quando a gente vai fazer o próximo [leite materno] que a gente aspira, a gente já percebe que não tem mais resíduos gástricos [...] elas evoluem melhor, no sentido de melhoras e também o próprio organismo, como o estômago, retêm aquele leite melhor, do que o que é usado pra substituir o materno”. (P6)

“Tem muita criança que apresentava, intolerância, regurgitava muito e não acontece mais com tanta frequência igual a antes, essas crianças que recebem leite materno”. (P8)

A incidência de infecções sejam elas quaisquer, inclusive enterocolite necrosante, meningite e sepse é bem menor nos RN alimentados com LH, quando comparados aqueles alimentados apenas com leite artificial (BRASIL, 2015).

O LH reduz a incidência de infecção por enterocolite necrosante, pelo fato de que em sua composição contém lactoferrina conferindo uma maior absorção do ferro, não estando presente nas fórmulas, este fato diminui as chances de doenças gastrointestinais. O RN não amamentado tem um risco 2,23 vezes maior de desenvolver tais enfermidades e vir a óbito por elas, e um risco 3,94 vezes de morrer por doenças respiratórias e infecciosas (VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou que todas as profissionais entrevistadas acharam válida a implantação do BLH no hospital em que trabalham, demonstrando percepções sobre a importância de se ter o LH disponível para os RN internados UTIN. Essas profissionais expuseram que em sua prática clínica reconhecem a importância do LH na promoção,

proteção e recuperação do RN.

O BLH exercendo a função de coleta e distribuição de LH favorece a disponibilidade do leite, mesmo em situações desfavoráveis ao AM, gerando um efeito protetor na expectativa de vida dos RNs, bem como evitando distúrbios gastrointestinais e acelerando também a recuperação.

As potencialidades relacionadas à instituição também foram reconhecidas, tendo em vista que a implantação do BLH traria diminuição dos custos com fórmulas lácteas e reinternação.

A implantação de um BLH amplia as possibilidades de promoção, proteção e recuperação do RN prematuro e/ou de risco, sendo também um benefício para a formação de profissionais, capacitando-os acerca do manejo do AM. É necessário que os profissionais reconheçam que o BLH vai além do AM; ele abrange um comprometimento social, capaz de promover os direitos da população e assegurar o cumprimento das políticas públicas de saúde. Devido a sua importância no curto, médio e longo prazo para as pessoas envolvidas, em especial para a criança, torna-se essencial o reconhecimento do valor do LH para o profissional.

Diante de todos esses benefícios reconhecidos, o próximo passo a ser seguido é o incentivo para que a maternidade estudada se torne um hospital amigo da criança e que consiga a implantação do BLH.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. de; LUZ, S. A. B.; VEIGA, F. da. **Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura.** *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-62, 2015.

BRANCO, M. B. L. R.; et al. **Promoção do aleitamento materno dos bancos de leite humano do estado do Rio de Janeiro.** *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 5, n. 3, p. 434-43, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Leite Humano: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos.** *Departamento de ações Programáticas e Estratégias*, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** *Cadernos de Atenção Básica*, nº 23, 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Políticas públicas para a primeira infância.** Poder Executivo, Brasília, DF: 8 mar. 2016.

_____. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: 12 dez. 2012.

_____. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. **Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2016.

BUENO, K. C. V. N. **A importância do leite materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê**. 2013. 28 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais.

LUCAS, A.; COLE, T. J. **Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis**. *The Lancet*, New England, v. 336, n. 8730-8731, p. 1519-23, 2002.

NASCIMENTO, M. B. R. do; ISSLER, H. **Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar**. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 163-72, 2004.

ROLLINS, N. C.; et al. **Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, p. 25 – 44, 2016.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. **Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004.

SILVA, R. K. C. **Avaliação do ganho de peso de bebês prematuros em relação ao leite materno cru e leite pasteurizado**. 2014. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

UNICEF. **Manual de aleitamento materno**. Ed. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional, 2008.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T. O. **Alimentação infantil e morbidade por diarreia**. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 449-54, 2003.

A YOGA COMO RECURSO TERAPÊUTICO JUNTO AO APOIO À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Clara Viana de Aguiar

Universidade Federal Fluminense – RJ

Valdecyr Herdy Alves

Universidade Federal Fluminense Niterói - RJ

Maria Bertilla Lutterabch Riker

BLH. Hospital Universitário Antonio Pedro

Giovanna Rosario Soanno Marchiori

Faculdade Novo Milênio-ES

Departamento de Enfermagem

Felipe de Castro Felicio

Universidade Federal Fluminense – RJ

RESUMO: A amamentação tem sido alvo de interesse constante dos estudiosos do assunto, devido à comprovação através de pesquisas, e do seu alicerce para o crescimento, desenvolvimento e proteção da criança. Diante do cenário das diversas dificuldades existentes para a adesão à amamentação em sua forma mais eficiente, surge uma cadeia de fatores que apresentam como desfecho sinais e sintomas de ansiedade e estresse que atrasam ainda mais a eficiência de uma amamentação adequada. No tocante à busca pela saúde e bem estar, pode-se citar a utilização de técnicas de Yoga como recurso terapêutico no apoio ao aleitamento materno, como busca por um estado emocional de equilíbrio para suggestionar a ação dos hormônios da amamentação de maneira eficaz e correta.

PALAVRAS-CHAVES: Transtornos da amamentação, Yoga, Amamentação, Recurso terapêutico.

ABSTRACT: Breastfeeding has been a subject of constant interest to the researchers because of the research evidence and its foundation for the growth, development and protection of the child. In view of the scenario of the various difficulties in adhering to breastfeeding in its most efficient form, a chain of factors emerges that show signs and symptoms of anxiety and stress that further delay the efficiency of adequate breastfeeding. Regarding the search for health and well-being, it is possible to mention the use of Yoga techniques as a therapeutic resource in the support to breastfeeding, as a search for an emotional state of equilibrium to suggest the action of the hormones of breastfeeding in an effective and correct way.

KEYWORDS: Breastfeeding disorders, Yoga, Breastfeeding, Therapeutic resources.

INTRODUÇÃO

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A amamentação representa um dos processos mais importantes e benéficos tanto para a mãe como para o recém-nascido. Ao optar pelo aleitamento materno exclusivo, o bebê

desfruta de vantagens como promoção à saúde, imunidade de doenças respiratórias e gastrointestinais. Para a nutriz, a amamentação reflete na prevenção do câncer de mama, diabetes, anemia, involução uterina, e recuperação do peso pré-gestacional. Para a dupla mãe bebê, sobretudo, favorece o fortalecimento do vínculo mãe-bebê já iniciado na concepção e no decorrer da gestação (MARTINS; SANTANA, 2013).

Sabe-se que a amamentação é um processo fisiológico que traz inúmeras vantagens biopsicossociais para as puérperas. Sua produção é estimulada após a saída da placenta, que faz decair os níveis de estrógeno/progesterona e aumentar os de prolactina, incitando a fabricação do leite pelas glândulas mamárias (AZEVEDO et al., 2010).

A prática deve ser exclusiva até os seis meses de vida do bebê uma vez que, de acordo com Castro et al., (2008), até esta idade o leite materno é capaz de suprir as necessidades nutricionais do lactente, muito embora a partir dessa faixa etária, a maioria das crianças atinge um nível de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que torna necessária a introdução de alimentos complementares para suprir suas necessidades nutricionais.

O tema traz em si uma complexidade de alto grau, que nos faz entender quantos fatores influenciam no ato de amamentar, sendo esses fatores: físicos, psíquicos, espirituais, e ainda sim, o apoio realizado à nutriz, fazendo-se necessário refletir acerca do contexto da amamentação:

Não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de um profissional habilitado a ajudá-la, se necessário. Mas nem sempre o profissional de saúde tem conhecimentos e habilidades suficientes para manejar adequadamente as inúmeras situações que podem servir de obstáculo à amamentação bem-sucedida, em parte porque o aleitamento materno é uma ciência relativamente nova, e nem sempre são disponíveis materiais didáticos apropriados sobre o assunto. (GIULIANI; LAMOUNIER, 2004, p. 154)

Como citado, pesquisas realizadas mais recentemente contribuíram muito para a melhor compreensão dos benefícios do aleitamento materno para a criança e para a mulher, mas nem sempre trazem o caminho de realização exato, por causa da cadeia vasta de fatores envolvidos em sua eficiência. A relevância dos achados resultou em mudanças substanciais nas recomendações para a elaboração de políticas públicas. Muitos estudos também têm sido realizados com o objetivo de avaliar quais intervenções seriam mais efetivas para o aumento da prática de amamentação (TOMA; REA 2008).

Após o parto e eliminação da placenta, caem drasticamente os níveis de estrógeno e progesterona, mas ainda se mantém altos os índices de prolactina que estimulam os alvéolos a produzir o leite, por esse motivo, o ideal é que o recém nascido imediatamente após o parto seja levado ao contato direto com a mãe e inicie o aleitamento. As mamas necessitam ser esvaziadas e o maior reflexo de sucção neural ocorre na primeira meia hora de vida. Isto justifica a busca pelo parto humanizado, onde grandes hospitais vêm realizando esses procedimentos no quarto, onde o recém nascido ficará com a mãe em alojamento conjunto possibilitando o aleitamento em livre demanda.

Dois aspectos devem ser observados quanto ao funcionamento da mama: a produção e a ejeção do leite.

A prolactina aumenta homogeneamente durante a gravidez, e é aumentado após o parto e durante a lactação. A prolactina é inibida pela presença do estrogênio e da progesterona, ao final do trabalho de parto há queda no nível desses hormônios possibilitando o aumento da prolactina e, assim, o início da produção do leite. (GUYTON, 2002, p. 236)

Percebe-se que os hormônios dependem de uma série de fatores para sua atuação e liberação no corpo da mulher, sendo a ocitocina um dos principais por atuar na liberação da prolactina que, por sua vez, está diretamente ligada à ejeção do leite materno. Pode-se concluir que perturbações de ordem emocional, como o estresse, ou até mesmo a hiper estimulação do sistema nervoso simpático por ação da adrenalina, inibem a secreção de ocitocina e, conseqüentemente, a ejeção do leite. Portanto, para uma boa amamentação, a mãe deverá ter um puerpério minimamente livre de enfrentamento de complicações (RAMOS; RAMOS 2007).

No que tange as políticas públicas de saúde, desde a década de 80 o Brasil caminha por meio de ações voltadas à promoção e apoio ao aleitamento materno, que tem sido integrantes das estratégias da política Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009).

Dessa forma, dentre estratégias para promoção, proteção e apoio da amamentação. Devemos mencionar os benefícios para o bebe e para a mãe, fazendo com que muitos profissionais estejam engajados em buscar vários caminhos para adesão ao aleitamento materno pelas mães, o acesso a informação, conscientização da maternidade real, consolida uma quebra de tabus que diminuem a expectativa de maternidade romantizada, diminuindo ilusões e melhorando aspectos maternos de força e superação das adversidades. (PERCEGONI et al)

O Ministério da Saúde direciona o aspecto emocional da mulher, trabalhando a proximidade, o vínculo, a luta contra o uso de fórmulas infantis de maneira precoce. Muitas mulheres inseridas no contexto da adesão à amamentação, podem recorrer aos bancos de leite, que exercem a rede de apoio, utilizando além instrumentos técnicos, o acolhimento, escuta e apoio na necessidade individual de cada nutriz (NEVES et al., 2011).

Porém é válido ressaltar que existem questões pessoais que dependem do direcionamento e atitude que cada nutriz irá realizar, pois a maternidade traz questões pessoais à tona, especialmente a adaptação a ela, ocasionando muitas vezes um estado emocional que vai contra a amamentação, que vão conta a amamentação (BRAGA et al., 2008).

O cuidado integral significa um caminho ao encontro dessas mulheres, um fio de esperança na recuperação da sua saúde, quando as ações integrais e o contato íntimo com o seu 'eu' se fazem necessários, muitas vezes levando-as a um estado de espírito mais calmo, equilibrado e eficiente (LOPEZ; DIAZ, 1998). Nesse sentido, a

Yoga pode ser útil porque é uma prática antiga que se originou na Índia há milhares de anos envolvendo a meditação combinada com exercícios físicos.

A partir do trabalho de centramento e recolhimento que a yoga propõem, a mulher pode ser enxergar melhor, como ser que precisa de um apoio para o sucesso da amamentação. Assim, torna-se crucial a existência de alternativas para os desafios da amamentação, uma delas a Yoga (NEVES 2008), considerada não invasiva, viável até mesmo para outros tratamentos na área materno infantil trazendo benefícios também para o bebê, como afirma Rachshani (2012). Questão norteadora: Como a yoga pode intervir junto ao apoio a amamentação?

1.1 Objetivos

Para atender o objeto de estudo e responder as questões norteadoras, foram estabelecidos como objetivos da pesquisa:

- Compreender a utilização da Yoga como apoio em saúde.
- Identificar atuações e respostas quanto à utilização da Yoga como cuidado integrativo no processo de apoio à amamentação.
- Correlacionar as intervenções de yoga em saúde, as necessidades da mulher que amamenta.

2 | CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 Breve histórico da amamentação no Brasil

O desenvolvimento de métodos anticoncepcionais nos anos 1960 e a adesão do seu uso foram responsáveis, em parte, pela mudança na vida e no papel social da mulher, propiciando-lhe maior inserção no mercado de trabalho, além de liberdade sexual que ela ainda desconhecia, surgindo assim propostas mais abrangentes de atenção ao grupo materno-infantil sendo então implementadas ações públicas voltadas para maternidade e infância, o que aprofundou a preocupação com o acesso aos serviços de saúde. (LABRA, 1989).

A partir da década de 1970, com o surgimento da crise na Previdência Social, ocorreram demandas crescentes de atenção curativa, valorizando-se por outro lado, investimentos na assistência básica à saúde com a utilização de tecnologias simplificadas, que propunham medidas voltadas para a reorganização da atenção e saúde, destacando à assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo, com destaque para a expansão e melhoria do primeiro nível tecnológico do setor.

Assim, sob influência desses dois processos, o Ministério da Saúde reformulou as diretrizes gerais da assistência à saúde e também, em 1974/1975, a política nacional de saúde para o grupo materno-infantil, tornando oficial por meio do Programa Materno-Infantil (PMI). (MERHY,1997).

Com essa desenvoltura do seu apresentado histórico na valorização da saúde e vida da mulher, a prática do aleitamento materno se fortalece com a elaboração de políticas públicas voltadas para seu melhor manejo. No início dos anos 80, o Brasil incluiu na sua agenda de prioridades em saúde, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, concretizando-se com a criação da política nacional de incentivo ao aleitamento materno (PNIAM), antes da criação do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Apesar da amamentação ser acessível entre os povos de diversas nações, seu significado é distinto nas diversas realidades históricas, sociais, econômicas, política e cultural das populações. Com esse cenário demonstra ser um processo mutável e susceptível a mutações sob efeito do tempo, como já descrito. No caso do nosso distrito federal, deve-se destacar o aumento da adesão ao aleitamento materno nas últimas décadas, confirmando ainda mais com as orientações emandas do ministério da saúde a esse respeito: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No Brasil, os inquéritos epidemiológicos mostram tendência crescente da amamentação. Estimativas provenientes da *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS) de 1996 e de 2006 mostraram aumento da duração mediana do aleitamento materno, independentemente do recebimento de outros alimentos, de 7 para 14 meses^{1,2}. De forma igual, a comparação entre as pesquisas de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, uma de 1999 e outra de 2008, mostrou a ampliação da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0-4 meses de 35,5% para 51,2%^{3,4}.

Atualmente, a PNIAM está organizada nas devidas estruturas: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Rede Brasileira de bancos de Leite Humano (BLH); Semana Mundial da Amamentação; Método Canguru, Rede Amamenta Brasil, Rede cegonha; Dia Nacional de Doação de Leite Humano, Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno. (MERHY,1997).

Segundo a literatura consultada art 16 fer, o IHAM, que foi idealizado pela OMS e pelo Fundo das nações Unidas (UNICEF), visa implementar em maternidades e hospitais, melhorar as práticas hospitalares e e aumentar taxas da adesão de amamentação, ganhando o “título” de amigo da criança. Cursos de capacitação são realizados com base nos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, que são:

Passo 1 “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.”. Passo 2 “A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.” .Passo 3 “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada. Passo 4 “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.”. Passo 5: “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.” .Passo 6: “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.”.Passo 7 “Estimular o consumo diário de

frutas, verduras e legumes nas refeições.”. Passo 8 “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. Passo 9 “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.” Passo 10 “Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.”

O Banco de leite humano representa uma das vertentes desenvolvidas pelo PNIAM transformando e expandindo tanto suas funções, como também o número de unidades, baseado pela publicação da Portaria MS nº 322/88 que aprovava as normas gerais, destinadas a regular a instalação e o funcionamento dos bancos de leite humano, no território nacional. (TOMA,2001). Além da função de coletar e distribuir leite humano, ratificou-se a de direcionar esforços no combate ao desmame precoce, por intermédio principalmente do incentivo ao aleitamento materno e do treinamento e qualificação e capacitação de profissionais. Art 12 Neste contexto foi fundado o Banco de Leite Humano (BLH) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no ano de 1987, acompanhando o então processo de modificação.

A criação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) destaca o manejo específico da lactação de mães que tinham seus filhos em Unidades de terapia intensiva ou intermediária e o aumento da quantidade de leite humano ordenhado para atender aos lactentes impossibilitados de serem amamentados diretamente por suas mães. Os BLH, então, passam a assumir um novo papel social, de apoio e manutenção ao atendimento a mulher em situações específicas (MAIA, 2003).

Citando diz Alvez, et al:

É válido destacar que em 1998, através do BLH do Instituto Fernandes Figueira (IFF), a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) passou a coordenar a elaboração e a implantação do projeto denominado Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), objetivando nortear a formulação, a implementação e o acompanhamento da política estatal no âmbito de atuação dos BLHs existentes no território brasileiro(12) . Atualmente, a Rede de BHL comemora em 2013 setenta anos de criação, onde coleta mais de 160 mil litros de leite humano pasteurizado com qualidade certificada, que são distribuídos a mais de 175 mil recém nascidos.

No Brasil, o serviço pioneiro ao aplicar Método mãe canguru (MMC), o qual apoia intensamente a amamentação, foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), em 1992, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), em 1993. Em 1997, o modelo adotado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação “Gestão Pública e Cidadania”, também sendo premiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como *Best Practice* acontecendo uma considerável expansão do MMC no País, o que levou para a sua definição como uma política pública, assim ocorrendo também em outros quatro países: Colômbia, Indonésia, Moçambique e Peru (MAIA, 2006).

No ano 2000, foi aprovado pelo ministério da saúde, a Norma de Atenção Humanizada ao RNBP (MMC), recomendando-a e definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema Único de

Saúde (SUS). A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal – UTIN, e unidades de cuidados intermediários), passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar) (TOMA, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro trabalhou também a produção de materiais de educação e informação em saúde voltados ao aleitamento materno. Somente entre 2007 e 2010, o órgão produziu um volume significativo de documentos oficiais sobre o tema. Foram produzidas mais de dez publicações (entre cartilhas, guias, manuais, cadernetas e relatórios de pesquisas), além de folders, cartazes e vídeos relacionados ao aleitamento materno e à doação do leite humano. Arti

Ainda no ano 2000, os objetivos essenciais no Sistema Único de Saúde e desenvolvidos no atendimento básico à saúde e pelo Programa Saúde da Família (PSF), foram adotados oficialmente, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) de acordo com a portaria 569/GM/ MS que objetiva o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos Estados, Municípios e das unidades de saúde nestas ações, visando assim garantir o acesso da gestante aos serviços de saúde para assistência pré-natal, intercorrências na gravidez e para o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A Rede Cegonha, lançada em março de 2011 e instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, apontada como uma estratégia do Ministério da Saúde que preconiza assegurar, à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede Cegonha traz ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. Estas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia, que são: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2014).

ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICAS INTEGRATIVAS: A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O índice de amamentação exclusiva para menores de 6 meses determinado pela Assembleia Mundial de Saúde a ser alcançado até 2025 é de 50%, no entanto, na maioria dos países esse índice está bem abaixo do recomendado (VICTORA et al., 2016). A diminuição na prática do aleitamento materno que ocorreu no final do século

XIX, decorrente das crenças sobre amamentação, da inclusão da mulher no mercado de trabalho, da influência das práticas hospitalares contrárias à amamentação por livre demanda, da criação de demandas por influência do marketing utilizado pelas indústrias e distribuidores de alimentos artificiais, produziram impacto importante na mortalidade infantil (ARAUJO et al., 2006).

As elevadas taxas de mortalidade de crianças em todo mundo e, em especial, nos países em desenvolvimento provocaram o surgimento de um movimento em prol do retorno à prática da amamentação. A partir de então, muitos movimentos de incentivo ao aleitamento materno foram criados e respaldados por políticas públicas como uma das principais estratégias de combate à morbimortalidade infantil (ALENCAR, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) recomendaram a criação de normas éticas para a comercialização de substitutos do leite materno, o que resultou na aprovação, em 1981, do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno pela Assembleia Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

No Brasil, foi instituído neste mesmo ano o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, o qual obteve destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais (ALENCAR, 2008). O PNIAM propôs ainda implantação do alojamento conjunto nas maternidades, início da amamentação imediatamente após o nascimento, não oferta de água e leite artificial nas maternidades, criação de leis sobre creches no local de trabalho da mulher e aumento do tempo da licença-maternidade (BRASIL, 1991).

Os programas introduzidos no Brasil na década de oitenta foram embasados nas propostas da OMS/UNICEF (1980) e se apresentaram como: acompanhamento sequencial no pré-natal e formação de grupos de gestantes, alojamento conjunto, estímulo à amamentação nas maternidades, controle sucessivo do lactente, divulgação na comunidade das vantagens do leite humano, treinamento de pessoal para atuar junto às mães, reformulação dos conceitos ensinados nos cursos de profissionalização, controle estatal das formas de propaganda da indústria alimentícia, construção de creches e respeito às leis de proteção à nutriz (OMS, 1980).

Em 1982, foi publicada a portaria tornando obrigatório o alojamento conjunto (permanência do bebê junto à mãe em tempo integral) nas unidades hospitalares públicas. Em 1985 foi regulamentada, por meio de portaria, a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano e, em 1988, o País adaptou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno às necessidades brasileiras instituindo Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Ncal) como a Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2017).

No ano de 1989, a OMS e o Unicef lançaram a Declaração Conjunta sobre o

Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, e nela definiram os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (REA, 2003).

No início da década de 1990, foi estruturada a “Declaração de Innocenti”, documento internacional contendo um conjunto de metas para a prática da amamentação de forma exclusiva até os 4-6 meses de vida, e complementada com alimentação complementar saudável até o 2º ano de vida ou mais (BRASIL, 2017).

Em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo o Brasil um dos 12 primeiros países a adotá-la, com o objetivo de resgatar o direito da mulher de amamentar, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. A IHAC funciona como processo de acreditação, e, mundialmente, para que um hospital seja credenciado como “Amigo da Criança” deve cumprir os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação e não aceitar doação de substitutos do leite materno. No mesmo ano, a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), criada em 1991, lançou a Semana Mundial de Amamentação, que se caracteriza como ação de mobilização social de grande relevância (BRASIL, 1991).

A Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), aprovada em 1992, representou marco importante para a história do aleitamento materno no Brasil, pois, se constituiu instrumento legal para regular a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que estão à venda como substitutos ou complementos do leite materno, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras (BRASIL, 2017).

Em 2006, foi instituído o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, o qual tem como objetivo assessorar e apoiar a implantação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Nesse mesmo ano, obteve-se outro avanço na NBCAL, com a publicação da Lei nº 11.265/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura e correlatos, ampliando seu escopo para alimentos de crianças até o 3º ano de vida (ibid, 2017).

O Ministério da Saúde em 2008 adotou uma política voltada à promoção da amamentação na Atenção Básica com a criação da Rede Amamenta Brasil, apoiada nos princípios da educação crítico-reflexiva, voltada para a revisão e o matriciamento dos processos de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, de forma a contribuir para o aumento da prevalência do AM (BRASIL, 2009).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), instituída pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, resultou da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), que foram lançadas em 2008 e 2009, respectivamente. A EAAB tem como objetivo qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, aprimorando as competências e as habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto 2015, teve como objetivo, promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade visando à redução da morbimortalidade e a um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Em 2017, é aprovada a Lei nº 13.435, em 12 de abril, que institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno (Agosto Dourado), com o objetivo de intensificar ações Intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno, como: realização de palestras e eventos; divulgação nas diversas mídias; reuniões com a comunidade; ações de divulgação em espaços públicos; iluminação ou decoração de espaços com a cor dourada (BRASIL, 2017).

O impacto positivo das ações de promoção, proteção e apoio ao AM nas últimas décadas é confirmado nos dados sobre amamentação, disponíveis nos inquéritos nacionais. Todavia, apesar da melhoria das taxas de AM, o Brasil ainda apresenta resultados abaixo do preconizado, isto é, AME até os 6 meses e manutenção do AM até 2 ano ou mais de vida não alcançaram os valores esperados (BRASIL, 2015).

A pactuação de uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao AM visa reforçar, adequar, ampliar e integrar intervenções e estratégias relacionadas ao AM com vistas à sua consolidação como uma política de Estado, que induza e acelere a adesão à prática da amamentação e sua manutenção por tempo desejável, como preconizado pela OMS, Unicef e MS (BRASIL, 2017).

A elaboração da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em junho de 2003, representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, reuniram-se com o então Ministro da Saúde, ocasião em que, por solicitação do próprio Ministro, foi instituído um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica/SAS e pela Secretaria Executiva, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar a Política Nacional (BRASIL, 2006).

No final da década de 70, a OMS instituiu o Programa de Medicina Tradicional, visando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. (ibid, 2006).

No Brasil, a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente, após a criação do SUS. Com a

descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras (BARROS, 2006).

A instauração da política nos serviços de saúde é produto da persistência histórica de inúmeros agentes, que desde a década de 1980 envidam esforços para sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Após várias tentativas, a PNPIIC foi instituída em 2006. A referida institucionalização tem como intuito incluir e aumentar a inclusão da acupuntura, práticas corporais (ioga e tai chi chuan), fitoterapia, homeopatia, termalismo e medicina antroposófica no SUS, tornando-as mais acessíveis à população brasileira, principalmente por meio da atenção básica em saúde (SANTOS et al., 2011).

A Política, de caráter nacional, recomenda a implementação de ações e serviços no SUS, com a finalidade de assegurar a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso (BRASIL, 2006).

É fundamental destacar, ainda, as diretrizes doutrinárias da Política:

- Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS, mediante: inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento em caráter multiprofissional; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação; e articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde.
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC, em conformidade com os princípios da Educação Permanente.
- Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários, mediante: apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais da área de informação, comunicação e educação popular; elaboração de materiais de divulgação; inclusão na agenda de atividades da comunicação social do SUS; apoio a informação e divulgação em diferentes linguagens culturais; e apoio a experiências de educação popular.
- Ações Intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral. A quinta propõe o fortalecimento da participação social.
- Provimento do acesso e ampliação da produção pública de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, mediante: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; e cumprimento das boas práticas de manipulação.
- Acesso aos demais insumos estratégicos das PIC, com qualidade e segurança das ações.
- Incentivo a pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados

prestados. A nona propõe o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC.

- Cooperação nacional e internacional nos campos da atenção, educação e pesquisa.
- Monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BARROS, 2006).

Com o advento de políticas nacionais no SUS que promovem cuidados integrativos (Medicina Natural e Práticas Complementares, em 2005; Práticas Integrativas e Complementares; Plantas Medicinais e Fitoterápicos, ambas em 2006), é oportuno aprofundar a análise da dimensão sociocultural e da eficácia terapêutica desses métodos, bem como compreender o lugar que a Medicina complementar vem assumindo ao se tornar serviço disponível ao usuário do SUS. Tal discussão nos conduz necessariamente aos fundamentos paradigmáticos desses cuidados em saúde, assim como à questão da integralidade (ANDRADE; COSTA, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A yoga como recurso terapêutico ao apoio ao aleitamento materno

A yoga, além de ser uma filosofia ou um ponto de vista, é uma prática mente, corpo e espírito que abrange técnicas fisiológicas e psíquicas, e visa chegar ao estado de identificação do indivíduo com a sua essência, através da ausência de flutuações mentais, que geram o desequilíbrio geral do seu organismo, gerando alterações em saúde e bem estar (FIELDS,

A yoga chegou ao Ocidente há pouco mais de um século e se espalhou às principais capitais do ocidente, daí a importância de pesquisá-lo com suas aplicações para o campo da saúde. No que tange aos diferentes tipos de yoga, todos aqueles que chegaram até a atualidade incluem variações dos oito passos do yoga Clássico, temperados com algumas técnicas menores diferenciadas, tendendo mais para a devoção, o estudo, o serviço, a prática de posturas físicas, a recitação de mantras, ou uma combinação de algumas ou todas as técnicas anteriores.

Segundo SUN, YI-CHIN et al, entre os principais benefícios da yoga para o campo da saúde observa-se além de benefícios físicos e mentais, destaca-se sua contribuição filosófica: atuando no desenvolvimento da capacidade contemplativa e expansão da percepção da totalidade, que constituem a base do movimento holístico ou a noção do cuidado integral (dimensões biológica, psicológica, sociológica e espiritual);

Dessa maneira, é clara a relação da filosofia do yoga com a Promoção da Saúde, sendo sua grande contribuição a oferta de formas de cuidado para condições crônicas relacionadas a fatores físicos e psíquicos, para as quais os recursos do modelo de cuidado biomédico têm alcançado pequenos resultados.

Sob essa perspectiva, a intervenção *Yoga* demonstrou ser útil como aditivo em tratamentos de diversas patologias e estados de saúde, tais como câncer, pressão alta, gestação, puérperas. Além disso, também foi verificada uma pró-influência na diminuição do traço e estado de ansiedade, nos níveis de depressão e nos sintomas de estresse especialmente de mulheres, passando por situações acima.

Quando falamos de amamentação percebemos a importância de um olhar direcionado a complexidade que o ato exige, sendo assim um ato que vai muito além de técnicas e orientações sobre seu manejo, que tem uma importância fundamental para seu sucesso, mas que nem sempre é resolutiva para a adesão da amamentação, relatando assim a necessidade de se investigar além da ótica simplesmente física/corporal.

A reflexão sobre a resposta de cada mulher as orientações ofertadas quanto os desafios ou dúvidas sobre a amamentação nos leva entender que existe uma relação emocional/física na produção do leite materno e vontade de amamentar, ou continuar amamentando ultrapassando seus desafios. (VENANCIO 2010).

O yoga também é visto como uma ferramenta útil na saúde mental, especialmente para tratar os transtornos mentais comuns em pacientes que não se adequam ao tratamento medicamentoso. Além disso, um dos subtipos do yoga, que é o Nidra, tem revelado bons resultados contra os distúrbios do sono. Com relação ao fato de o yoga ser uma técnica terapêutica pertencente a uma racionalidade médica que é a medicina ayurvédica, é interessante observar que, no Brasil, a demanda por esta medicina é inexpressiva, havendo assim, uma certa dissociação entre a técnica e racionalidade. (BERNARDI 2013).

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, Sonia Maria Salviano Matos de. “**A Política Nacional de Aleitamento Materno**”. In: ISSLER, Hugo (Coord.). O AM no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 70-101.
 2. ARAUJO, Maria de Fátima Moura de et al . Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 3, p. 513-520, June 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 de agosto de 2018.
 3. AZEVEDO, D.S. et al. Conhecimento de Primíparas Sobre os Benefícios do Aleitamento materno. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 53-62, abr./jun.2010.
 4. BARROS, Nelson Filice de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 850, Sept. 2006.
- BERNARDI, Marina Lima Daleprane et al. Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.12, pp.3621-3632. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013>. Acesso em: 24 de Julho de 2018.

5. Brasil. **Portaria GM/MS nº 322, de 26 de maio de 1988**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF.
http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf. Acesso em 24 de Julho de 2018.
6. Brasil, **Ministério da Saúde**. Portaria nº569/GM/MS, de 01 de junho de 2000; Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. n.d. [citado em 14 de setembro de 2014]; Disponível em: sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF
7. Brasil, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF). 2011c[citado em 14 de setembro de 2014]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_acoes_programaticas_estrategicas_dapes.pdf
8. CASTRO, S.V. et al. Aspectos do Aleitamento Materno. **Revista Digital de Nutrição** – Ipatinga: Unileste-MG, V. 2 – N. 2 – Fev./Jul. 2008.
9. Eliade M. Yoga, Imortalidade e Liberdade. São Paulo: Palas Athena; 1996. p.398. Disponível em: https://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/aspectos_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 24 de Julho de 2018.
- Fields GP. Religious Therapeutics. Body and Health in Yoga, Ayurveda, and Tantra. Delhi: Motilal Banarsidass; 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600035. Acesso em: 18 de Maio de 2017.
10. MARTINS, M.Z.; SANTANA, L.S. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Revista Interfaces Científicas-Saúde e ambiente**, Aracaju, Vol.1, n.3. P. 87-97, Junho2013.
11. GIUGLIANI, E.R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, Nº 5(supl), p 122-134,2004.
12. GUYTON, A.C. HALL, J. **Fisiologia Médica** 10ª edição: Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN,2002.
13. LABRA, Maria Eliana. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis:Vozes. 1989
14. LOPEZ GONZALEZ, Vivian; DIAZ-PAEZ WATERLAND, Alejandro. Efectos del Hatha-Yoga sobre la salud: Parte II. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana , v. 14, n. 5, p. 499-503, oct. 1998 .
15. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2006
16. MERHY, Emerson Elias. **A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas**. In: Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec. p.71-112. 1997.
17. _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM**. Brasília, 1991. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2018.
18. _____. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasi_l_primeiros_passos.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

20. NEVES, L.S. SÁ, M.V.M. MATTAR, M.J.G. GALISA, M.S. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(2):156-161
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. Declaração, recomendações e relação dos participantes. Genebra: UNICEF, 1980. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.
24. RAMOS, V.W. RAMOS, J.W. Aleitamento materno, desmame, fatores associados. **Nutrição e Saúde**, v.2, n.1, 2007.
25. SUN, YI-CHIN. HUNG YA-CHI. CHANG, YUANMAY. KUO, SU-CHEN. Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. **Midwifery** 26 (2010) e 31 – e 36.
26. TOMA T.S, REA M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S235-S246, 2008.
27. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J Pediatr (Rio J.)** 2010; 86:317-24.
28. REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S37-S45, 2003. Suplemento 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000700005&s_cript=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 de agosto de 2018.
29. Ruff JC. History, Text and Context of the Yoga Upanishads [tese – doutorado]. Santa Bárbara, USA: University of California: 2003. UMI Microform 3073645.
30. SANTOS, Francisco Assis da Silva et al . Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 de agosto de 2018.
31. VICTORA, C. 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**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. e199-e205, 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/abstract) Acesso em: 18 de agosto de 2018.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Assembly 34.22**: International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, 1981. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/WHA34.22_ycn_en.pdf. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

ORIENTAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS COM BEBES INTERNADOS EM UTIN'S

Cristiane França de Oliveira

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande.

Campo Grande – MS

Adriana da Mata Silva Macário

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande.

Campo Grande – MS

Bertha Lúcia Costa Borges da Silva

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande.

Campo Grande – MS

Glauce Sueline de Siqueira

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande.

Campo Grande – MS

Felipe César Veloso de Oliveira

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande.

Campo Grande – MS

Ivonete Moreira Afonso Teixeira

Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande.

Campo Grande – MS

RESUMO: Trata-se este artigo de uma pesquisa de revisão bibliográfica, abordando o tema sobre orientação e conscientização na importância do aleitamento materno para primigestas em UTI's. A pesquisa tem por objetivo principal realizar o

levantamento de acervos literários a respeito da importância da orientação e conscientização do aleitamento materno para primigestas em Unidades de terapias intensivas. E, ainda identificar os fatores associados ao desmame precoce em primigestas, e descrever o papel da enfermagem na orientação e conscientização sobre o aleitamento materno a primigestas que se encontram em UTI's. Os resultados da pesquisa revelam que o enfermeiro, no cumprimento de sua missão de acompanhar e informar pode contribuir para o incentivo do aleitamento materno, através de ações educativas, pois o mesmo tem a oportunidade de estar cuidando da paciente, acompanhando-a, este poderá auxiliar nos esclarecimentos, ajudando a entender a importância do ato de amamentar dentro da UTIN.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação. Primigestas. Aleitamento materno. UTI's.

ABSTRACT: It is this article a literature review of research, addressing the theme of guidance and awareness on the importance of breastfeeding for first time pregnant women in ICUs. The research has the main objective to survey the literary collections of the importance of orientation and awareness of breastfeeding for first pregnancy in units of intensive therapy. And even identify factors associated with early weaning in primiparous, and describe the role

of nursing in the orientation and awareness of breastfeeding the first pregnancy who are in ICUs. The survey results reveal that nurses in fulfilling its mission to monitor and report can contribute to the encouragement of breastfeeding through educational, because it has the opportunity to be taking care of the patient, accompanying it, it may assist with information, helping to understand the importance of the act of breastfeeding in the NICU.

KEYWORDS: Breastfeeding. Primigravidae. Breastfeeding. ICUs.

1 | INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos científicos publicados atualmente identificam o leite materno (LM) como o principal alimento capaz de prover todos os nutrientes essenciais para o recém-nascido (RN), revelando-se como o melhor dos leites de outros gêneros animais (BRASIL, 2009a).

Corroborando com as políticas, estudos evidenciam a nível mundial que a qualidade do leite materno, com seus macros e micronutrientes, satisfaz a carência nutricional, regula a energia disponibilizada, acerta a maturação fisiológica, e isso deve ser feito especialmente nos primeiros anos de vida, especificamente até os dois anos, promovendo o progresso do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2009; MACHADO; BOSI, 2008).

Muitos são os condicionantes (biológicos, culturais, sociodemográficos) que podem afetar no padrão de aleitamento materno de um povo. A preocupação com a identificação de fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo (AME) tem contribuído para o planejamento de estratégias que têm por finalidade, a promoção desse tipo de aleitamento (ESPÍRITO SANTO, 2010).

Entre essas condicionantes pode-se citar a prematuridade, e as internações em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, nestes casos existe a necessidade de uma estimulação e promoção do aleitamento materno (AM) para que possa ser suprido as necessidades do recém nato promovendo assim um crescimento e desenvolvimento saudáveis. (COSTA, *et al*, 2013)

Nesta perspectiva, o amparo e as orientações viabilizadas pelos profissionais de saúde, *sui generis*, o enfermeiro, fortalecerá a segurança dessas mulheres, direcionando o olhar especialmente às primíparas, mães de primeira viagem, para que consigam efetivar adequadamente a amamentação (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

A opção do amamentar é desenvolvida envolto de um cenário biopsicossocial e cultural, onde a sua realização depende das crenças, tabus e de toda a rede que a nutriz está inserida. Portanto, considerando esses vieses destinados à amamentação, as orientações e oficinas de educação em saúde devem ser em prol do seu desenvolvimento e implantação pela mulher, seja no contexto individual ou coletivo. Implicando em abordagens que insiram esclarecimentos técnicos relacionados aos fatores biológicos da lactação e às questões subjetivas da nutriz (ARAÚJO; ALMEIDA,

2014).

A OMS e a UNICEF consideram que, entre os muitos elementos que abalam a iniciação e a consolidação do aleitamento, a assistência de saúde, principalmente aquelas proporcionadas às mães e aos recém-nascidos, focam-se como uma das formas mais promitente de crescer a prevalência e o tempo do amamentar. Porém, não é suficiente que os profissionais tenham o propósito de fazer tais atividades, é necessário que estejam hábeis para atuarem em conjunto às gestantes, principalmente as primíparas. Nesta perspectiva, todos os profissionais de saúde com quem gestantes e puérperas fazem contato necessitariam estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno e terem capacidade de fornecer as orientações apropriadas, assim como de inferir completa aptidão prática no manejo do aleitamento (OMS, 2005).

O leite materno é fundamental para a saúde da criança, devido sua composição, disponibilidade de nutrientes e por seu teor em substâncias imunoativas. Além de o fator alimentar, favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor (BRASIL, 2013).

Segundo Silva e Souza (2011), existe a necessidade de se realizar trabalhos mais intensos tendendo a desempenhar e incentivar o aleitamento materno objetivando diminuir a mortalidade infantil, principalmente nas regiões que apresentam maior índice de precariedade e pobreza no Brasil.

O incentivo para que as mães amamentem devem ser empregados com intuito de incentivar o aleitamento materno para que se diminua a taxa de desmame precoce e também para que haja uma melhora na qualidade de alimentos complementares destinados às crianças, pois nesta idade é imprescindível a presença de nutrientes essenciais para uma boa saúde física e mental (SILVEIRA e LAMOUNIER, 2014).

Em seu estudo Santos, Dittz e Costa (2012) evidenciou algumas particularidades vivenciadas por mães na prática da amamentação no período de internação de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estas ao se depararem com impossibilidade de amamentar seu filho ao seio logo após o nascimento, se mostraram ansiosas e depressivas e com as dificuldades para manter a amamentação.

Objetivo Geral desta pesquisa é o de realizar o levantamento de acervos literários a respeito da importância da orientação e conscientização do aleitamento materno para primigestas em UTI's. E também realizar o levantamento de acervos literários a respeito da importância da orientação e conscientização do aleitamento materno para primigestas. E também são objetivos identificar os fatores associados ao desmame precoce em primigestas; e descrever o papel da enfermagem na orientação e conscientização sobre o aleitamento materno a primigestas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de aspecto descritivo retrospectivo. Esse tipo de pesquisa é desenvolvido baseado em material já elaborado, constituído

principalmente de livros e artigos científicos, desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Como procedimentos, realizou-se a coleta de dados, visando identificar no material encontrado, fundamentação teórica a respeito da importância da orientação e conscientização do aleitamento materno para primigestas, a fim de se evitar o desmame precoce, bem como dos fatores associados a esse desmame e descrever o papel da enfermagem nessa orientação e conscientização.

A pesquisa foi realizada utilizando acervos literários e artigos online. As bases de dados online utilizadas para identificação de artigos foram LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Para identificar as publicações nestas bases de dados foram utilizados como palavras-chave: “aleitamento materno”, “fatores associados”, “educação em saúde”, “enfermagem” e UTI’s.

Como critérios de inclusão, incluem-se publicações das bases de dados oficiais, *Scielo* e *Lilacs*, dos últimos 10 anos, em português, que se adequem ao tema proposto.

E, como critérios de exclusão, excluem-se publicações com data inferior ao ano 2003, as que não estiverem em português e as que não se encaixam com a temática proposta.

3 | A NECESSIDADE DO INCENTIVO DO ALEITAMENTO MATERNO

Muito se tem discutido sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno para o bebê e também para a mãe, mas pouco tem acontecido na prática. Pois, o que o Ministério da Saúde preconiza é que a amamentação seja exclusiva até seis meses, e, somente depois deste período seja complementado com suplementos, menciona ainda se possível, a manutenção do aleitamento até o segundo ano de vida da criança (BRASIL, 2007).

O aleitamento materno é uma fase da ação reprodutiva da mulher em que a técnica deriva em melhoramentos para a saúde da mulher e da criança, com resultados positivos. Ao escolher este método, a lactante além de aprovisionar o sustento ao filho, cultiva proximidade física, carregada de percepção para a relação mãe e filho. (TAKUSHI, et al. 2008).

Oliveira; Camacho e Souza (2005) citaram que a promoção ao aleitamento materno é uma prioridade de governo, e, desta forma, o Ministério da Saúde criou uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que contempla as seguintes estratégias:

Aleitamento materno	A criança amamenta e pode ou não estar recebendo outro alimento.
Aleitamento materno exclusivo	A criança se alimenta apenas de leite materno, diretamente do seio, ou leite humano ordenhado, sem fazer uso de outros alimentos, com exceção de gotas, medicamentos, xaropes ou suplementos minerais.
Aleitamento materno predominante	O único leite que a criança faz uso é o humano, mas pode fazer uso também de líquidos, como água, suco de frutas, chás e medicamentos.
Aleitamento materno complementado	Além do leite humano, a criança também recebe outros alimentos.

Figura 2: Quadro de categorias de aleitamento.

Fonte: Chaves *et al.*, (2007).

É manifestada a obrigação de habilitação do profissional de saúde para agir na proteção e no auxílio da promoção e incentivo do aleitamento numa forma que supere as questões biológicas, envolvendo a mãe em todas as suas extensões de se sentir realizada como mãe e mulher. Visando com isso potencializar a atuação a orientação da arte de amamentar (ARAUJO, et al, 2007).

Silveira e Lamounier (2014) afirmaram que a correta exercício de AM beneficia uma boa saúde infantil, dessa forma, este ato principiou a ter grande acuidade na rede de saúde do Governo.

Venâncio (2013) destacou que fatores que entusiasmam as mães a optarem não escolherem a amamentação. Entre estes fatores do leite materno, mudança da estrutura social acarretando o trabalho materno fora do lar e falta de informação e orientação.

A promoção ao AM deve ser iniciada na rede básica, tão logo a gestação seja detectada. Segundo Oliveira et al. (2001) a gestação é uma etapa chave para a promoção do aleitamento materno, pois é nesse período que a maioria das mulheres define os padrões de alimentação que espera praticar com seu filho.

O procedimento e a prática do aleitamento, embora de simplicidade fisiológica, requer um conjunto de condições interacionais entre a mãe e o bebê (SILVA, 2011).

É de relevância haver promoção do AM, pois é uma atuação com o compromisso de informar as mulheres dos benefícios da amamentação, das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser aconselhadas tudo quanto se refere aos procedimentos da amamentação, para aumentar a sua capacidade e confiança (HORTA, 2007).

Existem vários métodos admissíveis de impactar o AM na sociedade. Da mesma maneira uma política de saúde alentando o AM, com o auxílio dos profissionais de saúde, tem mostrado uma influência positiva nos padrões de AM (ARAÚJO et al., 2003a).

Uma das maneiras, que poderia ser exemplificadas, seria a de dar competência a profissionais de saúde, especificamente aos enfermeiros para que ajam como motivadores dessa prática para que permaneçam capazes a apresentar apoio às mães que estão em período de amamentar ou estão prestes a darem à luz e passarem por esse período (FANÇA, 2011).

Na promoção de incentivo ao AM são necessários para que se repasse às lactentes, as informações atualizadas sobre amamentação para que elas compreendam como seu bebê deve ser alimentado de maneira certa, promovendo o crescimento e o crescimento adequado da criança (MONTE e GIUGLIANI, 2014).

A formação de grupos de apoio às gestantes se faz importante e para que seja reconhecido seu sucesso é necessário que haja promoção como incentivo à amamentação a partir campanhas de promoção do aleitamento e a procura de soluções para os problemas de cada mãe, de modo que forneça com a técnica do aleitamento com responsabilidade preconizada pela OMS (ESCOBAR et al., 2012).

Induzir o aleitamento é uma grande provocação para o profissional de enfermagem uma vez que se encontra com um processo no qual não foi qualificado, e que exige desenvoltura para agir (ARAUJO, 2007).

É manifestada a obrigação de habilitação do profissional de saúde para agir na proteção e no auxílio da promoção e incentivo do aleitamento numa forma que supere as questões biológicas, envolvendo a mãe em todas as suas extensões de se sentir realizada como mãe e mulher. Visando com isso potencializar a atuação a orientação da arte de amamentar (ARAUJO, et al, 2007).

Silveira e Lamounier (2014) afirmaram que o AM beneficia uma boa saúde infantil, dessa forma, este ato principiou a ter grande acuidade na rede de saúde do Governo. Como o leite materno é um produto natural com qualidade indiscutível e nutricionalmente inigualável, os profissionais de saúde devem dar uma ênfase maior ao ato de amamentar.

3.1 O aleitamento materno na unidade de terapia intensiva neonatal

Quando uma criança é admitida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) logo após o parto as expectativas e planos da mãe são modificados, principalmente as que estão relacionadas ao aleitamento materno, isso a leva a experiências e sensações diferentes. (GORGULHO e PACHECO, 2008)

Em muitos casos de interação na UTIN o recém-nascido (RN) não pode receber sua alimentação diretamente no seio da mãe, geralmente é necessário o uso de sondas orogástricas para alimentar-se, o fato de muitas vezes a criança permanecer internada por um longo período após o nascimento pode tornar a vivência destas mães, algo novo e difícil. (GORGULHO e PACHECO, 2008)

As mães conhecem a importância nutricional, imunológica e afetiva que o AM proporciona, estas demonstram a satisfação em poder contribuir para o desenvolvimento

físico e emocional de seus filhos. Porém muitas vezes a prematuridade, presença de doenças neonatais e as condições maternas podem provocar interferências negativas na produção láctea e então isso se torna um conflito entre o querer amamentar e poder amamentar. (BRAGA, ALMEIDA E LEOPOLDINO 2012)

As mães de recém-nascido pré-termo (RNPT) encontram algumas dificuldades para alimentar seus bebês, que entre elas a dificuldade da pega devido à imaturidade do sistema estomatognático do RN. As mães demonstram interesse em receber orientações da equipe de enfermagem em relação à amamentação, entre as orientações a pega correta, o posicionamento do bebê para mamar, o cuidado com os mamilos as orientações mais relevantes.

Existe uma variação de comportamento entre as mães, muitas delas verbalizam seus anseios, medos e insegurança, porém outras já são mais reservadas, independentemente do contato com o RN. Por isso, é preciso levar em consideração o ambiente e o estado emocional, também deve-se verificar se isto não impede a mãe de interagir com o neonato (BECK *et al*, 2012)

Este processo de amamentação se torna uma experiência muito difícil e exige das mães esforço e persistência para superar, além da existência de dificuldades de ordem técnica, os sentimentos de medo e ansiedade gerados pela situação vivenciada tomam conta destas mães. (PAIVA *et al*, 2013)

Oliveira, Orlandini e Marcon (2011) revelaram alguns aspectos que podem auxiliar a minimizar o estresse dos pais durante a internação do RN na UTIN, este trabalho pode ser realizado através do processo de humanização do cuidado. Para que se torne possível esse processo é necessário realizar ações individuais buscando a construção de processos coletivos que possam envolver todos aqueles que participam da assistência. É de suma importância valorizar o diálogo para que isso se torne uma ponte entre a equipe e os familiares.

Segundo Siebel *et al* (2014) quando as mães que estão com seus filhos em uma UTIN são corretamente orientadas e estimuladas a amamentação gera sentimentos diferenciados muitas vezes até desconhecidos para muitas. São estes que fazem essa mãe se sentir mais confiante, sentir que é capaz de exercer o papel de mãe perante seu filho, assumindo suas responsabilidades com mais segurança, isso proporciona a essas mães um sentimento de realização.

A compreensão que as mães têm sobre a amamentação faz com que cresça diversos sentimentos, tais como frustração por não ter levado a gravidez até o tempo esperado, medo e culpa também tomam conta dessas mães. Muitas delas ficam felizes em saber que seu filho ia nascer antecipadamente, pois isso diminui o risco de morte desta criança. Porém quando se percebe que cada mãe é única esta deve ser respeitada e valorizada como tal. Por isso, se faz necessário entendê-la de forma particular e individual. (VAZ *et al*, 2014)

Silva e Silva (2009) em seu estudo mostrou que as mães que tem seus bebês internados em uma UTIN inicialmente se empenham para afim de manter o

aleitamento, contudo no decorrer do período de internação do RN, observou-se que, apesar de seguirem corretamente as orientações dos profissionais para a manutenção da lactação, muitas vezes elas não conseguem impedir que ocorra a diminuição de sua produção láctea, então elas começam a demonstrar preocupação e se sentir cada vez mais impotentes quando observam que o volume de leite está diminuindo. Diante desta situação, a ausência da sucção do RN ao peito é considerada como principal razão para que ocorra a diminuição da produção de leite.

Segundo lungano (2012) muitas mães de RNPT, se depara com esta realidade sem obter nenhum conhecimento prévio, isso leva estas mães a sentirem vergonha. Entre a maternidade idealizada e a realidade da prematuridade existe um grande abismo, isto dificulta a adaptação das mães à esta nova realidade. Então a maneira com que cada mãe lida com a situação é variável e imprevisível. Muitas destas mães tendem a assumir uma postura resignada e transferem para a equipe o cuidado com o RNPT. Porém existem também aquelas assumem todos os cuidados com o filho.

As mães que estão com seus bebês internados em uma UTIN, muitas vezes não podem ter o contato direto com seu filho, então é orientado que esta faça a ordenha. Esta técnica foi apontada como uma das principais dificuldades no processo de amamentação. Somente através da ordenha que pode-se garantir uma boa produção láctea, e proporcionar o leite de que o RN necessita. Porém também existem algumas reclamações relacionadas a esta técnica, principalmente relacionadas à dor das repetidas compressões no local e a pequena quantidade de leite que é ordenhado isto causa incomodo e desapontamento as mães. Porém essa dor e desconforto podem ser evitadas quando esta mãe é orientada corretamente pelos profissionais que a estão acompanhando (GORGULHO e PACHECO, 2008).

3.2 Educação em Saúde e o Aleitamento Materno para as mães primigestas que se encontram com bebês em UTIN

Na área da educação em saúde, existem várias formas de passar uma informação, porém as usadas nas últimas décadas para falar da execução de amamentar estão sendo questionadas pela sua eficiência, ou falta dela. Isso se deu pelo modelo de transmissão utilizado, pois mesmo informando, não funciona como formador e promotor de rearranjos de atitude. Recordando assim, a maneira do método de álbum seriado, onde o profissional da unidade básica de saúde transmite o seu conhecimento científico e não se adequa na linguagem, necessidades e experiências de suas pacientes, no caso, gestantes e puérperas (SOUZA; ALMEIDA. 2014).

O resgate da aptidão para amamentar deve ser visto como uma atividade que precisa ser reaprendida e arduamente amparada e considera imprescindível recordar que nem todas as mulheres recebem informações adequadas para a compreensão e a assimilação plena (NASCIMENTO et al., 2013).

O Aleitamento Materno oferece benefícios tanto para a criança quanto para a

puérpera, para tal as orientações devem ser feitas e efetivadas pelos profissionais de saúde, e assim, serem aceitas pela maior parte das gestantes e mães, conseqüentemente, é necessário conduzi-las continuamente e com vasta cobertura, procurando sempre estar atuando na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (TOMA; REA, 2008; NASCIMENTO et al., 2013).

Induzir o aleitamento é uma grande provocação para o profissional de enfermagem uma vez que se encontra com um processo no qual não foi qualificado, e que exige desenvoltura para agir (ARAUJO, 2007).

O enfermeiro tem o importante papel no auxílio da prática da amamentação, principalmente quando se trata de RN prematuro, suas intervenções podem ajudar na prevenção de problemas com as mamas ou o posicionamento correto do bebê ao mamar, para que assim este aleitamento possa transcorrer da melhor forma possível afim de evitar a introdução precoce de outros alimentos. (BAPTISTA, 2014)

O profissional da saúde tem o papel fundamental de restabelecer o vínculo da família com o RN para que seu processo de recuperação possa ser acelerado. É necessário que este RNPT tenha um contato íntimo com os pais e que se apegue a eles, pois isso exerce efeitos profundos neste bebê, principalmente em seu crescimento e desenvolvimento (PINTO, MORAES, 2010)

O trabalho da equipe de enfermagem tem como objetivo a recuperação do paciente através da assistência, à ação terapêutica de saúde, este é responsável em organizar e controlar o processo de trabalho. Para que ocorra a recuperação do RNPT é necessário que a equipe, realize uma assistência de qualidade, sempre buscando a integralidade. (OLIVEIRA et al, 2006)

O enfermeiro tem o papel de promover a educação em saúde através de orientações que devem ser disponibilizadas as mães, orientações estas como: a importância de praticar o AM, a posição do bebê para uma mamada efetiva e uma pega correta. Quanto estas orientações são realizadas de maneira efetiva as mães eliminam suas dúvidas. (BAPTISTA et al, 2015)

Schmidt, *et al* (2011) mostraram que as ações de enfermagem são de suma importância para o desenvolvimento do bebê, esta trabalha sempre incentivando e apoiando as mães quanto ao AM, outros cuidados também devem ser repassados a estas mães como a orientação a ordenha mamária. Esta também tem o papel de incentivar os pais para que toque e estimule auditivamente seus bebês.

4 | DISCUSSÕES

No que consiste ao suporte fornecido pelo sistema único de saúde brasileiro, em 1981, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em decorrência de uma condição mundial favorável e adequada e dos fatores que determinam o pré desmame e a necessidade de voltar a praticar o aleitamento materno.

O programa do Brasil que visou a amamentação tinha como metas a consignação de um centro nacional para facilitar e estimular o movimento social dos prováveis sujeitos e campanhas bem executadas na mídia (VENANCIO et al., 2013).

De acordo com a OMS, mães devem receber apoio para iniciar e manter práticas alimentares apropriadas. Logo, o conhecimento dos profissionais de saúde é importante para oferecer o suporte adequado durante o pré-natal, parto e após o nascimento. Neste sentido, em 1989, foi lançado pela OMS e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) um documento chamado: Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades (OMS, 2008).

Nos países da América Latina, os programas nacionais de apoio à lactação materna tiveram bons resultados e a IHAC foi posta em prática em toda a Região. Entretanto, em alguns países, ainda não foi estabelecida uma legislação para apoiar o Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno. Somente a Argentina, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, Peru, República Dominicana e Uruguai puseram em vigor uma legislação que abrangesse todas, ou praticamente todas, as disposições do Código. Por outro lado, Colômbia, México, e Nicarágua já contavam com uma legislação onde foram incluídas muitas das determinações do Código. A maioria dos demais países adotou um código voluntário de política em saúde que compreendia todas ou quase todas as disposições do Código, mas sem contar com um mecanismo de reforço (OPAS, 2007).

A ação de sugar as mamas e conseguir o leite materno pelas crianças, ou ainda, o oferecimento do seio e seu leite pela mãe ao bebê é denominado de amamentar. Dessa forma, pesquisas feitas no campo do aleitamento, especificamente aqueles que direcionam para as experiências em amamentar sob a percepção da mulher, compreende-se que a amamentação, expressa inúmeros determinantes em sua prática (ARAÚJO; ALMEIDA, 2014).

O amamentar ou não depende muito da mulher, das vivências que ela teve ou presenciou durante toda a sua vida, seja por ter sido amamentada ou pelos casos ouvidos. Tais circunstâncias são medidas pelas possibilidades de escolher de forma consciente ou inconsciente, por meio do significado do ato para a pessoa (GALVÃO, 2011).

De acordo com o mesmo autor, um ato pode ser significativo e constituído não só pelas vivências, mas também pela assimilação e atividades realizadas e julgadas correta pela sociedade em que se vive. Neste contexto, a mídia por meio das telecomunicações, tradições, família funcionam de forma influente no arbítrio dos indivíduos. Ademais, pesquisas revelam a plenitude e complexidade do aleitamento e o quanto a assistência social são essenciais. Dentro desse suporte a mulher dispõe da família, trabalho, amigos, berçários, creches e outros, revelando um ponto importante no ato de amamentar (GALVÃO, 2011).

A opção do amamentar é desenvolvida envolto de um cenário biopsicossocial e cultural, onde a sua realização depende das crenças, tabus e de toda a rede que a nutriz está inserida. Portanto, considerando esses vieses destinados à amamentação,

as orientações e oficinas de educação em saúde devem ser em prol do seu desenvolvimento e implantação pela mulher, seja no contexto individual ou coletivo. Implicando em abordagens que insiram esclarecimentos técnicos relacionados aos fatores biológicos da lactação e às questões subjetivas da nutriz (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

O amparo ao aleitamento materno baseia-se no fornecer esclarecimentos certos nas situações oportunas com uma atitude de aconselhamento, solicitando dedicação e mobilização social na forma de reconstituir princípios de boas práticas nos serviços de saúde (PINTO, 2008).

Nos dias atuais, o pré-natal é um dos programas que se direciona para o cuidado e a assistência à gestante adolescente, visto que muitas vezes, essas são primigestas, isso é realizado a fim de prepará-la para o parir e para a maternidade. A assistência pré-natal deve ser desempenhada por trabalhadores qualificados, instruídos em estabelecer uma ligação com a gestante, para que ela faça os exames, compareça aos atendimentos e assumir o comprometimento do autocuidado (BRASIL, 2008a).

Ponderando que os preparativos para amamentação são essenciais no decorrer do pré-natal, os profissionais da saúde devem informar as primigestas em relação à significância do aleitamento materno para sua saúde e do recém-nascido e desmistificar os inúmeros tabus existentes, como seios de tamanho pequeno não fazem a lactação, o aleitamento materno compromete a forma da mama entre outros. O encorajamento ao aleitamento materno precisa constituir parte de uma meta maior que equivale na defesa da autoestima da primigesta e da sua habilidade física e emocional para manter a saúde do filho e amamentar (BRASIL, 2008a).

Para que a iniciação e a implantação do aleitamento materno sejam bem-sucedidas, as mães, particularmente as primigestas, precisam do amparo ativo, no decorrer da gravidez e após o parto, não só de suas famílias e comunidade, mas também do sistema de saúde global. Nesta perspectiva, todos os profissionais de saúde com quem gestantes e puérperas fazem contato necessitariam estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno e terem capacidade de fornecer as orientações apropriadas, assim como de inferir completa aptidão prática no manejo do aleitamento (OMS, 2005).

O profissional de enfermagem é peça fundamental durante o processo da ordenha, este precisa estar presente para assim oferecer orientações precisas a respeito da técnica correta e esclarecer todas as dúvidas que são apresentadas, isso garante que todas as mães aprendam a técnica correta da ordenha (SANTOS, DITZ E COSTA 2012).

Assim, refletindo sobre as individualidades da primigesta no período gravídico-puerperal, torna-se apropriado adotar pressupostos de que o caso de o aleitamento materno ser um costume social não se pode reduzi-lo apenas as conjunturas biológicas, mas incorporar a valorização dos aspectos psicológicos e socioculturais dessas mulheres. Incentivando na investigação dos aspectos que abalam as atividades na

esfera do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há que ressaltar que estas iniciativas não podem ser isoladas e a comunidade como um todo deve ser envolvida, em especial os profissionais que darão continuidade à assistência a estas mulheres na rede básica. Portanto, a implantação de modelos que possam promover e apoiar o Aleitamento Materno na atenção primária, como a Rede Amamenta Brasil e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, devem ser estimulados no município para que ocorra a continuação da assistência e se obtenham melhores resultados, assim como a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou neste trabalho que é de extrema necessidade que haja incentivo para o aleitamento materno principalmente quando se trata de RNPT, o leite materno possui inúmeros benefícios à criança e a mãe.

Para as mães que estão com seus bebês em uma UTIN, o ato de amamentar se torna mais difícil e isso gera alguns problemas a saúde materna, como tristeza, dor, culpa entre outros sentimentos que muitas vezes interferem na prática da amamentação.

Observou-se que existe uma necessidade de oferecer apoio a essas mães, em busca de diminuir seu sofrimento relacionado à condição de ter um filho internado em UTIN, e na maioria das vezes a impossibilidade de amamentar este bebê em seu seio. Então é de suma importância que haja todo apoio da equipe de saúde, para que essas mães possam sentir segurança para assim promover o alimento de seu filho, e poder oferecer a elas todo o suporte para que elas não desistam e nem desanimem de amamentar.

Conclui-se também que o enfermeiro, no cumprimento de sua missão de acompanhar e informar pode contribuir para o incentivo do aleitamento materno, através de ações educativas, pois o mesmo tem a oportunidade de estar cuidando da paciente, acompanhando-a, este poderá auxiliar nos esclarecimentos, ajudando a entender a importância do ato de amamentar dentro da UTIN.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JAG, Novak FR. **Amamentação: Um híbrido natureza-cultura**. J Pediatría. 2014; 80(5):119-25.

ARAÚJO, M. F. M.; FIACO, A. D.; WERNER, E. H.; SCHMITZ, B. A. S. **Incentivo ao aleitamento materno no Brasil**: evolução do Projeto Carteiro Amigo da amamentação de 1996 a 2002. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, abr./jun. 2003.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. D. **Aleitamento materno**: o desafio de compreender a vivência. Revista de Nutrição, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-8, jul./ago., 2007.

BAPTISTA SS, ALVES VH, SOUZA RMP, et al. **Lactação em mulheres com bebês prematuros**: reconstruindo a assistência de enfermagem J. res.: fundam. care. Online 2014. jul./set. 6(3):1036-1046

BAPTISTA, S.S, ALVES, V.H, SOUZA, R.M.P, DIEGO PEREIRA RODRIGUES, D.P, CRUZ, A.F.N, BRANCO, M.B.L.R. **Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev. Enferm UFSM 2015 Jan/Mar;5(1):23-31

BECK, A.M.O, ASSUNÇÃO, K.O, BARBOSA, L.R, GOMES, E. **Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno.** Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia. 2012;17(4):464-8

BRAGA PP, ALMEIDA CS, LEOPOLDINO IV. **Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade** R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 mai/ago; 2(2):151-158

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Cadernos de Atenção Básica, n.23. - Brasília, DF, 2009a.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede amamenta Brasil: caderno do tutor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 nov. 2008. Seção 1, p. 124.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

CHAVES, Roberto, LAMOUNIER, Joel, CESAR, Cibele. **Fatores associados com a duração do aleitamento materno.** Jornal de Pediatria, 2007. Disponível em: <http://www.jornaldepediatria.com.br>. Acesso em 6 de junho de 2016.

COSTA ACSC, et al. **Análise de produções com ênfase no aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev Enferm UFPI. 2013 Apr-Jun;2(2):61-5.

ESCOBAR, A. M. D. U.; OGAWA, A. R.; HIRATSUKA, M.; KAWASHITA, M. Y.; TERUYA, P. Y.; GRISI, S.; TOMIKAWA, S. O. **Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-61, set./dez., 2002.

ESPÍRITO SANTO, L. C. **Fatores Associados À Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo e Influência do Padrão de Aleitamento Materno no Primeiro Mês de Vida na Duração da Amamentação** [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Pediatria); 2010.

GORGULHO FR, PACHECO STA. **Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna.** Esc. Anna Nery 2008; 12(1):19-24.

HORTA BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses.** Geneva: World Health Organization; 2007.

IUNGANO, E.M. **A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal.** 08 MARÇO 2012 | MAMAMIA DISPONIVEL EM <https://mamamiaamamentar.wordpress.com/2012/03/08/a-relacao-entre-a-mae-e-o-bebe-prematuro-internado-em-uti-neonatal/> ACESSO EM 13/07/2016

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. **Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um**

estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. 2008; 8 (2): 187-196.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Rio de Janeiro: Atlas, 2010.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. **Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno**. Jornal de Pediatria. 2004; 80(5):130-141.

OLIVEIRA, K. ORLANDI, MHF. MARCON, SS. **Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal**. Rev. Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):767-775. OLIVEIRA, D. C. et al. **Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 13, n. 1, 2011.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. **Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência**. Caderno de Saúde Pública. v. 21, n. 6, 2005.

OLIVEIRA, B.R.G, LOPES, T.A, VIERA, C.S, COLLET, N.O. **Processo de trabalho da equipe de enfermagem na uti neonatal e o cuidar humanizado** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006; 15 (Esp.): 105-113.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Condições de Saúde e Suas Tendências - Prevenção de Riscos: Lactação Materna**. In: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde nas Américas. Washington: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Indicadores para avaliar crianças e infantis quanto à alimentação**. Washington: OMS, 2008.

PAIVA. CVA, SABURIDO. KAL, VASCONCELOS. MN, SILVA. MAM. **Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais**. Rev. Min Enfer. 2013 out/dez; 17(4): 924-931

PINTO, T. V. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta**. Arquivos de Medicina. Porto, v. 22, n. 2-3, p. 57-68, 2008.

PINTO, C.B, MORAES, S.C.S. **O papel da enfermagem no cuidado com a mãe na amamentação do prematuro hospitalizado**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Enfermagem) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2010.

SANTOS TAS, Dittz ES, Costa PR. **Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal** R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 set/dez; 2(3):438-450

SCHMIDT, K.T, BESSA, J.B, RODRIGUES, B.B, ARENAS, M.M, CORRÊA, D.A.M, HIGARASHI, I.H. **Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):849-58

SIEBEL, SC. SCHACKER, LC. BERLESE, DB. BERLESE, DB. **Vivência das mães na amamentação do recém-nascido pré-termo revista espaço para a saúde** | Londrina | v. 15 | n. 3 | p. 53-64 | jul./set. 2014

SILVA, R.V, SILVA, I.A. **A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no Processo de**

lactação e amamentação. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 108-115

SILVA, A. P. D.; SOUZA, N. D. **Prevalência do aleitamento materno.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 18, p. 301-10, maio/jun., 2011.

SILVEIRA, F. J. F. D.; LAMOUNIER, J. A. **Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha,** Minas Gerais. Revista de Nutrição, Campinas, v. 17, n. 4, p. 437- 47, out./dez., 2014.

SOUZA, L. M. B.; ALMEIDA, J. A. G. **História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excepcionalidade.** Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. **O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2013.

TAKUSHI, Sueli Aparecida Moreira et al. **Motivação de gestantes para o aleitamento materno.** Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 5, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 6 de nov. de 2012.

TOMA, T. S.; REA, M. F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.** Caderno de Saúde Pública. 2008; 24 (Supl. 2): S235-46.

VAZ, D.C, SILVA, D.S, SANTOS, D.S.S, BONFIM, M.V, ABREU, R.M. **concepção materna sobre a amamentação em lactentes de um programa do método mãe canguru.** Revista Baiana de Saúde Pública v.38, n.2, p.225-242 abr./jun. 2014

VENANCIO, S. I. et al. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, 2013.

VENÂNCIO, S. I. **Dificuldades para o estabelecimento da amamentação:** o papel das práticas assistenciais das maternidades. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1-2, jan./fev. 2013.

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO

Eliza Cristina Macedo

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UNIRIO, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil – DEMI; Programa de Pós Graduação
em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar -
PPGSTEH
Rio de Janeiro - RJ

Juliana Oliveira Diogo Cardoso

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UNIRIO, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil - DEMI
Rio de Janeiro - RJ

Karinne Antunes Cardoso Cicero

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UNIRIO, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil - DEMI
Rio de Janeiro - RJ

Luana Pacheco De Moraes Barbosa Leite.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UNIRIO, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil - DEMI
Rio de Janeiro – RJ

Leila Rangel da Silva

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UNIRIO, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil – DEMI, Programa de Pós Graduação em
Enfermagem PPGENF
Rio de Janeiro – RJ

Inês Maria Meneses dos Santos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UNIRIO, Departamento de Enfermagem Materno
Infantil – DEMI; Programa de Pós Graduação

em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar -
PPGSTEH
Rio de Janeiro - RJ

Melina Nascimento Silveira

Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro - UNIRIO, Programa de Pós Graduação
em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar -
PPGSTEH
Rio de Janeiro - RJ

Maria Natália Ramos

Universidade Aberta de Lisboa – Uab, Centro
de Estudos das Migrações e das Relações
Interculturais – CEMRI
Lisboa – Portugal

RESUMO: Este estudo provém da prática das autoras como graduandas de enfermagem, em parceria com membros da equipe de enfermagem, discentes da pós-graduação e docentes da área da saúde. O objetivo foi relatar a experiência adquirida com a promoção de boas práticas no aleitamento materno. Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a disciplina de Estágio Curricular de Enfermagem na Atenção a Saúde da Criança, tendo como cenário um ambulatório pediátrico de um hospital federal, situado na cidade do Rio de Janeiro, que atende crianças de 0 a 17 anos e 11 meses. Durante a assistência realizada apresentou-se a situação

problema para a qual foi implementado um plano de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Ambulatorial; Aleitamento Materno; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: This study comes from the practice of the authors as nursing undergraduates, in partnership with members of the nursing team, graduate students and teachers in the health area. The aim was to report on the experience gained in promoting good practices in breastfeeding. This is a descriptive, experience-type study carried out during the Nursing Curricular Internship course in Child Health Care, based on a pediatric outpatient clinic of a federal hospital located in the city of Rio de Janeiro, which attends children from 0 to 17 years and 11 months. During the care given, the problem situation for which a care plan was implemented was presented.

KEYWORDS: Ambulatory Care; Breast Feeding; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

Este estudo provém da prática das autoras como graduandas de enfermagem, em parceria com membros da equipe de enfermagem, discentes da pós-graduação e docentes da área da saúde, realizada durante a disciplina de Estágio Curricular de Enfermagem na Atenção a Saúde da Criança, no ambulatório de pediatria de um hospital federal na cidade do Rio de Janeiro.

Entende-se por ambulatório, o espaço físico onde são prestados serviços como: consultas, realização de curativos, administração de medicamentos, entre outros, a indivíduos institucionalizados ou não, cujas condições de saúde lhe permitem comparecer à consulta e retornar à casa, dispensando internação hospitalar (DeCS, 2018).

No ambulatório de prática em questão, o cenário apresentou-se dividido em Serviço de Pronto Atendimento - SPA, Ambulatórios de especialidades, Atenção ao Adolescente e Puericultura, sendo este último o cenário protagonista.

A definição contemporânea de puericultura reúne como ciência noções de fisiologia, higiene e sociologia que favoreçam o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade. Cabe ressaltar, que em um momento de transição, e por consenso dos especialistas, a puericultura deixa de ser estritamente médica e evolui para um processo multiprofissional, e ainda em parceria com as famílias e comunidades (BLANK, 2003).

A puericultura tem como objetivo central, além de acompanhar o crescimento, desenvolvimento, cobertura vacinal e orientação sobre prevenção de doenças e acidentes, ainda, identificar dificuldades e esclarecer dúvidas dos pacientes e membros da família (GUBERT et al, 2015).

Tem como um dos principais focos, promover a amamentação, incentivando e orientando a mãe quanto ao aleitamento, a introdução da alimentação complementar

e rompendo com mitos, sobre o tema, geradores de insegurança e medo (OLIVEIRA et al, 2009).

Por ser uma instituição, cuja maternidade é referência para gestantes de risco, a equipe do ambulatório de puericultura desenvolve atividades em rodas de conversa, dinâmicas de grupo e atendimento individual para as mulheres egressas dessa maternidade, sendo esses encontros realizados em dois dias na semana no período da tarde.

O profissional da saúde, nesse campo de atuação, por estar em contato com uma diversidade de nutrízes com as mais diversas demandas, precisa adquirir-se as competências necessárias e aproveitar os momentos oportunos para realizar a instrução sobre amamentação, não apenas repassando um conhecimento científico, mas principalmente desenvolvendo no outro, pela sua arte e sensibilidade, os sentimentos e vontades que induzem ao aleitamento materno (AMORIM, 2009).

Diante do exposto, objetivou-se com esse trabalho, relatar a experiência adquirida com a promoção de boas práticas no aleitamento materno.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no ambulatório de pediatria de um hospital federal situado na cidade do Rio De Janeiro, que atende crianças de 0 a 17 anos e 11 meses.

Todas as atividades realizadas na unidade foram supervisionadas pela docente responsável em campo de estágio com o apoio e auxílio de profissionais da equipe de enfermagem da unidade em questão, no período compreendido entre os meses de agosto e setembro de 2017.

3 | DISCUSSÃO

Através do estágio curricular, o aluno tem a possibilidade de transformar o conteúdo teórico em ações práticas, desenvolvendo competências, habilidades e atitudes condizentes com a profissão, tornando-se mais autônomo em suas ações, ganhando segurança na realização do cuidado a criança, adolescente e família.

No campo da enfermagem, uma dentre as tantas funções atribuídas, está a de orientar, educar, e estimular a mulher em todos os ciclos da vida, destacando-se, neste estudo, o período de puerpério. O profissional precisa estar presente para que essa mulher perceba o apoio necessário e adquira uma experiência positiva nessa fase.

Durante a assistência realizada pelas acadêmicas, apresentou-se a seguinte situação problema para a qual foi implementado um plano de cuidados.

Mulher em puerpério mediato de parto cesáreo, primípara, 32 anos, natural do Rio de Janeiro, casada, pertencente à classe média, negando tabagismo ou etilismo.

Realizou pré-natal em rede particular totalizando 10 consultas de acompanhamento gestacional, com profissional médico. Compareceu ao serviço ambulatorial em foco para consulta de puericultura do recém-nato (RN) a termo com 19 dias de vida. Afirma internação de dois dias por crise de colelitíase, o que a impediu de amamentar durante este período. Refere ter saído da maternidade com prescrição de fórmula artificial para aleitamento ofertada ao RN, pela família, neste período. Declara intensa dificuldade para o retorno ao aleitamento materno exclusivo após episódio relatado acima. Percebe, além da falta de apoio familiar para retomada da amamentação exclusiva, forte incentivo quanto a oferta de fórmula ao RN. Relata ansiedade e desconforto por estar hospedada na casa da sogra, com circulação de muitas pessoas durante o dia, o que dificulta sua maternagem ao RN.

Ao exame físico: Puérpera normocorada, hidratada, eupneica, normotensa, linfonodos da cadeia cervical impalpáveis, mamas flácidas, mamilos protrusos e íntegros, com produção láctea, abdome flácido e indolor a palpação, incisão cirúrgica em região supra púbica sem sinais flogísticos, sem loquiação, eliminações vesico intestinais presentes, membros inferiores (MMII) livres de edema.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Amamentação interrompida relacionada a doença da mãe	Orientar sobre a técnica correta de interrupção da sucção do bebê que mama. Oferecer suplementação com fórmula somente quando necessário.
Amamentação ineficaz relacionada leite materno insuficiente caracterizado por choro frequente.	Encorajar a mãe a deixar o bebê mamar durante o tempo que desejar. Orientar sobre armazenagem e aquecimento do leite materno. Orientar a mãe sobre a forma de fazer o bebê eructar.
Risco de vínculo prejudicado	Colocar o berço do bebê na cabeceira da cama da mãe. Encorajar a sucção não nutritiva das mamas.
Ansiedade relacionada ambiente desfavorável evidenciado por angústia e medo.	Encorajar conforto e privacidade tentativas para amamentar. Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. Identificar mudanças no nível de ansiedade. Criar uma atmosfera que facilite a confiança.
Disposição para amamentação melhorada	Encorajar a mãe a oferecer as duas mamas a cada mamada. Encorajar a mãe a deixar o bebê mamar durante o tempo que desejar. Orientar a mãe sobre a posição correta. Orientar a mãe para monitorar a sucção do bebê.
Enfrentamento familiar incapacitado relacionado a estilos de enfrentamentos diferentes caracterizado por desconsideração das necessidades do cliente.	Usar abordagem calma e tranquilizadora. Discutir com os pais sobre o período em que gostariam de tentar conseguir amamentar o bebê.

A próxima etapa foi a elaboração de um diagnóstico de enfermagem, Foram destacados: Amamentação interrompida relacionada a doença da mãe; Amamentação ineficaz relacionada ao leite materno insuficiente caracterizado por choro frequente; Risco de vínculo prejudicado; Ansiedade relacionada ambiente desfavorável evidenciado por angústia e medo; Disposição para amamentação melhorada; Enfrentamento familiar incapacitado relacionado a estilos de enfrentamentos diferentes, caracterizado por desconsideração das necessidades do cliente (NANDA, 2015).

4 | CONCLUSÃO

O apoio tanto da equipe multidisciplinar quanto da família é de extrema importância para o processo de amamentação, visto que a mãe se encontra em uma nova rotina e com excesso de atividades. Os profissionais de saúde precisam pensar sempre novas estratégias para amparar essa mãe e os familiares através de práticas e cuidados grupais e/ou intercalados resultando em um cuidado de qualidade, em especial o incentivo ao aleitamento materno, uma vez que é primordial para o fortalecimento do sistema imunológico do recém-nascido.

Espera-se que o estudo contribua para a construção do conhecimento na área da saúde da mulher e da criança, robustecendo as linhas de investigação sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AMORIM MM; ANDRADE ER - **Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno.** Perspectivas Online, Vol.3, Nº9, p. 93-109. (2009). Disponível em: < www.perspectivasonline.com.br> Acesso em: 15 dez 2017.

BLANK D. **A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências.** J. Pediatr. (RJ.), Porto Alegre, v.79, supl.1, p.S13-S22, Jun. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700003&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Febr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000700003>.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, **DeCS**. 2018. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 1 fev. 2018.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA **NANDA** 2015-2017. 1. ed. [s.l.]: Grupo A Educação, 2015.

GUBERT FA, SANTOS DAS, PINHEIRO MTM, BRITO LLMS, PINHEIRO SRCS, MARTINS MC. **Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura.** Rev Rene. 2015 jan-fev; 16(1):81-9. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2666/2051>>. Acesso em: 01 mar.2017.

NIC **Classificação das Intervenções de Enfermagem** . 5. ed. [s.l.]:Editora Elsevier, 2010.

OLIVEIRA VC, CADETTE MM. **Nurses' notes on child growth and development.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 22, n. 3, p. 301-306, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300010&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Febr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300010>.

PERFIL DA AMAMENTAÇÃO EM LACTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO

Reconhecimento de autoria e publicação inicial revista Contexto e Saúde, ISSN:2176-7114.

Francieli Carniel

Centro Universitário Luterano de Ji-paraná. Ji-Paraná/Rondônia.

Isabele Ferreira Lisboa

Centro Universitário Luterano de Ji-paraná. Ji-Paraná/Rondônia

Jaqueline dos Reis Vaz

Centro Universitário Luterano de Ji-paraná. Ji-Paraná/Rondônia

RESUMO: Este é um estudo transversal, exploratório e com abordagem quantitativa, com objetivo de traçar o perfil da amamentação em lactantes atendidas na rede básica de saúde de Ji-Paraná – RO. A amostra foi composta por 100 lactantes que frequentaram as unidades básicas de saúde (UBS). Os dados foram coletados por meio de um questionário composto e adaptado de Nogueira (2009), aplicado no período de julho a agosto de 2016. Os resultados obtidos mostraram que as lactantes tinham entre 20 e 30 anos, 90% viviam com seu companheiro, 38% possuem ensino médio completo e apenas 7% possuem ensino superior completo, 61% sem vínculo empregatício, 54% era a primeira gestação, 52% possuíam dificuldades para amamentar, 95% acreditavam que o aleitamento materno exclusivo e o colostro são

importantes, e 100% realizaram o pré-natal na última gestação e em relação a quem forneceu informações sobre amamentação para as lactantes a predominância foi de enfermeiros (70%). Conclui-se que as mães possuem conhecimento sobre amamentação, mesmo a sua maioria sendo jovens e na primeira gestação e apresentando algumas dificuldades, elas sempre estão dispostas a dar o seu melhor para o seu filho.

PALAVRAS- CHAVE: Amamentação, lactante, Aleitamento materno.

ABSTRACT: This is a transversal, exploratory and with quantitative approach study, which the objective is outline the profile of the breastfeeding in nursing mothers attended by the basic health service of Ji-Paraná – RO. The sample was composed by 100 nursing mothers who went to the Basic Health Unit. The data was collected through a survey composed and adapted of Nogueira (2009), applied in the period from July to August of 2016. The results obtained showed that the nursing mothers had between 20 and 30 years old, 90% lived with their partners, 30% completed high school and only 7% completed the university education, 61% do not have employment relationship, 54% are first pregnancy, 52% have difficulties to nurse, 95% believed that exclusive breastfeeding and colostrum are important, and 100% completed

the prenatal on the last pregnancy. In relation to who gave the information about breastfeeding to the nursing mothers, the predominance was of nurses (70%). The conclusion is that mothers have knowledge about breastfeeding, even with the majority being young and first pregnancy and presenting some difficulties, they are always inclined to give the best for their children.

KEYWORDS: Breast-feeding, Lactating, Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

Amamentar é um ato natural, que envolve vínculo, afeto, carinho, proteção e nutrição para o bebê. É um processo que desenvolve grande interação da mãe com o seu filho, repercutindo em seu desenvolvimento fisiológico, emocional, cognitivo e nutritivo, trazendo benefícios para a saúde da mãe e da criança, contribuindo também para a redução da mortalidade infantil (DIAS *et al.*, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno exclusivo (AME) é uma das ações básicas de saúde no combate à desnutrição e melhoria das condições de vida da população infantil. O AME deve ser mantido nos seis primeiros meses de vida com objetivo de suprir necessidades nutricionais (BRASIL, 2009).

O lactente deve receber o aleitamento materno (AM) com a complementação adequada de outros alimentos até os dois anos de idade ou mais, uma vez que é um mecanismo capaz de assegurar crescimento e desenvolvimento adequados, combate à mortalidade infantil por enfermidades comuns da infância e ser um alimento econômico (SOUZA; MENDES; BINOTI, 2016).

Estudos indicam que no Brasil a duração do AME é curta, a prevalência é baixa e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses é raro. Hábitos inadequados como o uso de chupetas e mamadeiras e a introdução precoce da alimentação complementar (AC), incentivam o desmame precoce, trazendo inúmeros prejuízos para a saúde das crianças (SOUZA; MENDES; BINOTI, 2016).

Na AME nos primeiros seis meses de vida, faz-se necessário informar e conscientizar a população geral quanto ao valor desta prática, melhorar os processos de trabalho dos serviços de saúde, dar suporte às mães na comunidade e em seus locais de trabalho e restringir a promoção inadequada de fórmulas lácteas infantis (CARVALHO E GOMES, 2017).

Visando que as informações e o suporte dado às mães de forma individual ou em grupo, têm-se mostrado significativamente eficazes na promoção do AME, é de grande importância a capacitação de profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e outras pessoas que se propõem a dar suporte às mães que estão amamentando (CARVALHO E GOMES, 2017).

As adolescentes e adultas primigestas estão propícias a realizarem práticas inadequadas com seu filho, devido estarem em sua primeira gestação, não terem

experiência e não saberem como reagir a algumas situações, as mesmas se encontram vulneráveis á aderir métodos de cuidados e de alimentações incorretos para seu bebê, como automedicação e introdução de outros alimentos na dieta da criança (SCHERMANN; MELO, 2012).

O ato de amamentar envolve na puérpera aspectos psicológicos, econômicos, culturais e biológicos, estes somados podem intervir ou não na prática do aleitamento materno. Por isso destaca-se a importância de realizar ações que ajudem a mãe a identificar e enfrentar os fatores que podem dificultar a amamentação (DIAS *et al.*, 2016).

Com a prática do aleitamento materno a puérpera poderá perceber várias vantagens, como a diminuição de lóquios no pós-parto, rápida involução uterina, recuperação do peso em menos tempo, menor risco de câncer de ovário e de mama e o retardo no aparecimento da ovulação em razão da amenorréia lactacional (DIAS *et al.*, 2016).

Segundo a OMS estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de cinco anos em todo mundo por causas preveníveis. O aleitamento materno traz benefícios principalmente para o bebê, evitando doenças como diarreia, infecção respiratória, diminuição do risco de alergias, diminuição do risco de diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, melhor desenvolvimento da cavidade bucal e ainda há evidências de que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo (BRASIL, 2009). Com isso se faz o seguinte questionamento: Qual o perfil das lactantes atendidas na rede básica de um Município do norte do País?

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo traçar o perfil das nutrizes atendidas na rede básica de saúde em uma cidade no Norte do Brasil e características relacionadas ao aleitamento materno. Os conhecimentos destes dados podem ser úteis para auxiliar na melhoria da qualidade do atendimento às puérperas e incentivar a promoção da prática de amamentação contribuindo para a qualidade de vida materna e infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória e com abordagem quantitativa, realizado em cinco unidades básicas de saúde (UBS) em um município do norte do país.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2016 a agosto de 2016, no momento em que as nutrizes buscavam atendimento na UBS para consulta de puericultura, vacinação e/ou teste do pezinho nos lactentes de até 06 meses de idade. Foram excluídas as mulheres que não aceitaram responder o instrumento de pesquisa, não apresentaram condições físicas e /ou psíquicas para realizar a entrevista e aquelas que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), totalizando ao final a amostra de 100 mães.

O instrumento de pesquisa foi adaptado de Nogueira (2009) e era composto por 69 (sessenta e nove) questões, abertas e fechadas, relacionadas a mãe e a amamentação. As questões relacionadas a mãe envolviam características socioeconômicas e dados obstétricos. As perguntas sobre amamentação continham informações como: orientações sobre AM, se a mãe amamentou o bebê, tempo de aleitamento materno exclusivo, fatores que dificultaram ou impediram de amamentar, onde receberam orientações sobre amamentação e dúvidas a respeito do tema.

A entrevista somente foi efetivada após o aceite e assinatura do TCLE, em atendimento a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) do CEULJI/ULBRA com protocolo de aprovação 1.655.066.

Após revisão e codificação dos dados, os mesmos foram duplamente digitados e, posteriormente comparados por meio do programa do Microsoft Excel® 2013, para evitar perdas e/ou duplicidade dos dados. A análise dos dados envolveu procedimentos de estatística descritiva e foram expressos por meio de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas das mulheres lactantes pesquisadas, observou-se que a média de idade foi 26,37 anos, sendo a maior idade 46 e a menor 15 anos. Os achados revelaram o predomínio de mulheres jovens, sendo a faixa etária com maior incidência entre 20 a 30 anos, com 61% das mães, sendo compatíveis com a pesquisa realizada por Teter (2015), na cidade de Curitiba, na qual verificou que a maioria, 55% das lactantes entrevistadas, era da faixa etária entre 19 a 30 anos. Já nos estudos de Silva (2013), as entrevistadas se encontravam na faixa etária entre 20 a 34 anos. Em contraponto Dias *et al.*, (2015), verificou em sua pesquisa uma população mais velha com 30,30% das mães entrevistadas na faixa etária entre 29 a 36 anos de idade.

Santos (2012) verificou que na prática da amamentação as mães jovens mostraram-se comprometidas e dispostas a superar os desafios encontrados e dentro do seu contexto de vida pretendem desempenhá-las corretamente. Neste presente estudo, a maioria das lactantes entrevistadas (52%) queixaram-se de dificuldades durante a amamentação, como ingurgitamento mamário, mastite, algia mamária, mamilo plano e invertido e hipogaláctia, o que nos leva a acreditar que esses fatores podem dificultar a permanência da amamentação.

Schermann e Melo (2012) em contrapartida dos estudos de Santos (2012), afirmam que as dificuldades apresentadas em relação ao cuidado do bebê se correlacionam com a falta de experiência das mães adolescentes. Por isso destaca-se a grande importância das orientações do enfermeiro a respeito de como cuidar do bebê, como

segurá-lo, técnicas de amamentação, identificar os choros que significam sede, fome, frio, calor, dor e outros.

	FA	FR
Idade	15	15%
15-19 anos	61	61%
20-30 anos	21	21%
31-40 anos	3	3%
Mais que 40 anos		
*26,37		
**46		
***15		
Estado Civil		
Vive com o companheiro	90	90%
Tem companheiro, mas não vive com ele.	5	5%
Não tem companheiro	5	5%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	22	22%
Fundamental Completo	2	2%
Médio Completo	38	38%
Médio Incompleto	18	18%
Superior Incompleto	17	17%
Superior Completo	7	7%
Trabalho remunerado		
Sim	39	39%
Não	61	61%

Tabela 1. Perfil Sociodemográficos das Nutrizes de Ji-Paraná – RO

Fonte: da pesquisa, 2016. FA: frequência absoluta FR: Frequência relativa *media de idade **maior idade *** menor idade

Ao serem questionadas sobre o estado civil, 90% das lactantes entrevistadas alegam viver com seus companheiros, são semelhantes aos dados encontrados no estudo de Dias *et al.*, (2015), onde 54,55% das lactantes eram casadas e 39,39% viviam em união estável, considerando um total de 93% de mulheres que vivem com seu companheiro.

Segundo Primo e Leite (2015), os companheiros das puérperas são considerados indispensáveis para o incentivo da amamentação. As lactantes relatam que com a participação dos companheiros a amamentação passa ser mais prazerosa, principalmente ao sentarem do seu lado nesse momento. Ressalta ainda que, uma vez iniciado o aleitamento materno é importante que os pais estabeleçam o apoio verbal e elogios à puérpera assegurando uma amamentação positiva.

Considerando o grau de escolaridade das mães, os dados encontrados neste estudo evidenciam uma incidência de que 38% das lactantes possuem o ensino médio completo, esse resultado corrobora com o estudo de Teter (2015), e somente 7% das lactantes possuem ensino superior completo, o que se sugere que quanto maior o grau de escolaridade da mãe, maior a duração do aleitamento materno.

Molina, Gil e Victoriano (2013), afirmam que o nível de baixa escolaridade é um dos principais fatores que levam ao desmame precoce, pois quanto maior a escolaridade, maior o entendimento da importância e dos benefícios da amamentação. O nível de escolaridade das mães está relacionado à promoção do aleitamento materno e o retardo da introdução precoce de outros alimentos na criança (REIS E GONÇALVES, 2016).

Um estudo de Coimbra e Rieth (2016) revelou que mães com maior tempo de estudo tem demonstrado ter maior conhecimento sobre aleitamento materno. A baixa escolaridade está interligada à interrupção da amamentação exclusiva, isto possivelmente ocorre porque mães com maior nível de escolaridade têm mais acesso às informações e vantagens, mais autoconfiança para manterem esta prática nos primeiros seis meses de vida do filho.

No que diz respeito à ocupação das mães entrevistadas, os dados mostram uma incidência de 61% de lactantes que não trabalham fora de casa. Resultado semelhante foi observado no estudo de Souza; Mendes; Binoti (2016), que constatou que 58,2% das mães eram donas de casa. De acordo com o autor, as mulheres atualmente ocupam um espaço amplo na sociedade e possuem uma vida mais ativa que no passado, portanto o período de aleitamento materno acaba sendo curto em razão do menor tempo disponível para a prática de amamentação, predominando o maior tempo de aleitamento materno às lactantes que não trabalham fora de casa.

Infere-se que o fato das mães pesquisadas não trabalharem fora e assim estarem sempre juntas ao seu bebê propicie o aleitamento materno exclusivo, favorecendo assim maior benefício tanto para o lactente quanto para a lactante. Isto contribui para a melhor adesão à amamentação, tendo em vista que a melhor maneira de aprender a amamentar corretamente é a sua realização.

Quando questionadas sobre os antecedentes obstétricos e informações sobre a amamentação, obtivemos os dados apresentados na Tabela 2.

	FA	FR
Já esteve grávida antes		
Sim	46	46%
Não	54	54%
Amamentou na gestação anterior **		
Sim	91,3	91,3%
Não	8,7	8,7%
Está tendo dificuldades para amamentar		
Sim	52	52%
Não	48	48%
O que achou de amamentar		

Ótimo	10	10%
Bom	50	50%
Normal	4	4%
Ruim	5	5%
Doloroso	9	9%
Outros	22	22%
Faz a limpeza das mamas antes de amamentar		
Sim	87	87%
Não	13	13%
Explicaram como colocar o bebê no peito para mamar		
Sim	68	68%
Não	32	32%
Acha que o aleitamento materno exclusivo e o colostro são importantes		
Sim	95	95%
Não	5	5%

Tabela 2. Antecedentes obstétricos e informações sobre o aleitamento.

Fonte: da pesquisa, 2016. FA: frequência absoluta FR: Frequência relativa

**Calculo referente direcionado somente as multiparas.

Quanto à paridade, os dados evidenciam uma discreta predominância de primíparas, com 54% das entrevistadas. Segundo Oliveira e Oliveira (2012), as primíparas habitualmente têm mais dificuldades em relação à amamentação e cuidados com o lactente. A inexperience de cuidar de um bebê pode justificar o pouco conhecimento dessas mulheres.

Relacionado à opinião sobre amamentar e se houve dificuldade no desempenho deste ato, cerca de 50% das mulheres questionadas responderam ser uma boa experiência, porém, 52% responderam que mesmo sendo bom ainda é um momento difícil. Um estudo de Rocci e Fernandes (2014), afirma que as mães que apresentam complicações para amamentar desde a sua alta da maternidade obtiveram um percentual de desmame precoce maior que as mães que não relataram problema algum, demonstrando assim que as dificuldades no processo de aleitamento estão fortemente associadas ao desmame precoce.

As dificuldades no processo de amamentar quase sempre estão relacionadas aos cuidados inadequados com as mamas no período gestacional e puerperal, esses podem causar complicações, contribuindo para o desmame precoce. Outro ponto que pode contribuir para o insucesso do aleitamento materno seria a posição e pega incorretas, pois o posicionamento e a pega adequada são de suma importância para que não ocorra o desmame precoce (SILVA *et al.*, 2012).

Referente ao conhecimento da técnica correta de amamentação 68% das entrevistadas dizem ter sido orientadas e sobre o preparo do seio antes de amamentar e 87% afirmam realizar a limpeza das mamas antes da amamentação, resultado este

que se contrapõe com um estudo realizado em 2015 na cidade de São Mateus-ES, onde afirma que a maioria das mulheres desconhecem essas técnicas. As orientações sobre as devidas técnicas devem ser passadas às gestantes de forma individual ou coletiva, transmitindo assim informações e explorando o seu conhecimento prévio (VISITIN *et al.*,2015).

A técnica correta para amamentar é fundamental para um aleitamento materno confortável, pois quando a criança pega a mama adequadamente, há uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também a parte da aréola formando uma pega perfeita, garantindo a formação de um vácuo que é indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê. O posicionamento inadequado da boca do bebê interfere na dinâmica de sucção e extração do leite, o que poderá dificultar o esvaziamento da mama e gerar lesões mamilares, causando dor e desconforto para a mãe. Devido a esses problemas é recomendável a orientação à mãe quanto à técnica de amamentação, realizando-a desde o pré-natal ou logo após o parto (CARVALHO E GOMES, 2017).

Apesar de aplicar corretamente toda a técnica de amamentação, alguns problemas podem surgir com a mama puerperal e é necessário que os profissionais de saúde os detectem o quanto antes a fim de resolvê-los, evitando assim que a mãe por não conseguir superá-lo sozinha desista de amamentar (CARVALHO E GOMES 2017).

Sobre à importância do aleitamento materno exclusivo e colostro observou-se neste estudo uma incidência de 95% das puérperas que acreditam na importância destes para o lactente. Segundo Visitin *et al.*, (2015) o aleitamento materno exclusivo é um dos fatores principais para a saúde do bebe, fornecendo nutrição, imunidade e desenvolvimento da flora intestinal considerada mais saudável. O colostro que surge nos primeiros dias, contém todos os nutrientes que o lactente precisa, seguido pelo leite maduro que deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, sendo desnecessário a suplementação alimentar até essa idade.

Fez pré-natal desta gestação		
Sim	100	100%
Não	0	0%
Fez pré-natal em qual unidade de saúde		
UBS	84	84%
Particular	16	16%
Quem te passou informações durante as consultas do pré-natal		
Médico	70	70%
Enfermeiro	8	8%
Outros		

Existem vantagens para a mulher que amamentar		
Sim	80	80%
Não	20	20%
O que seu companheiro acha de amamentar seu filho		
Importante, quer que amamente	84	84%
Nunca disse nada sobre	11	11%
Não tenho companheiro	5	5%
Você tem alguma dúvida sobre amamentação		
Sim	1	1%
Não	99	99%

Tabela 3. Informações sobre parto e pós-parto das lactantes.

Fonte: da pesquisa, 2016. FA: frequência absoluta FR: Frequência relativa

O alto percentual de mulheres que realizaram o pré-natal (100%), pode ser o reflexo de assistência de saúde na comunidade estudada, mas também fruto do local de onde os dados foram coletados, uma vez que as mães que buscaram a assistência têm uma melhor visão do autocuidado e ao atendimento especializado à mãe ao bebê devido às informações que receberam durante o pré-natal.

Cesar *et al.*,(2012) identificou em seu estudo que a morbimortalidade materno-infantil pode ser reduzida através de uma oferta de um pré-natal adequado. A quantidade de consultas está ligado ao melhor resultado gestacional, o que se expressa em melhor crescimento intrauterino, maior ganho de peso ao nascer, baixa ocorrência de prematuridade, mortalidade neonatal e de adoecimento e morte entre mães (CESAR *et al.*,2012).

Em relação aos dados de acompanhamento do pré-natal, foi observado que 84% das consultas foram realizadas na rede básica de saúde. Um estudo de Silva *et al.*, (2008) aponta que a orientação dada às gestantes tanto na rede pública quanto na privada, são iguais, porém ao ser comparado às mães que amamentam exclusivamente até os seis meses do bebê, na rede pública e na rede particular, há uma porcentagem maior nas mães que realizam o pré-natal na rede pública.

Considerando as informações prestadas ao pré-natal, percebe-se que 70% das mulheres foram orientadas por um enfermeiro. A consulta de enfermagem proporciona orientações de medidas que visam a abordagem das necessidades das mulheres com as quais os profissionais interagem durante as consultas de pré-natal da unidade básica de saúde. A comunicação entre profissional-cliente é um recurso indispensável para a assistência à saúde, que estabelece confiança e vínculo do usuário ao profissional e respectivamente ao serviço de saúde. O trabalho de enfermagem está centrado no cuidado e tem como sujeito o cliente (BARBOSA; GOMES, 2011).

O enfermeiro tem importante papel nos programas de educação em saúde

durante o pré-natal, pois é o profissional que se relaciona mais estreitamente com a mulher durante seu ciclo gravídico e puerperal. Contudo, ele deve preparar a gestante para o aleitamento materno para que no pós-parto a adaptação da puérpera quanto ao aleitamento seja tranquilo e facilitado, evitando assim dúvidas, possíveis complicações e dificuldades (COUTINHO, 2014).

Ainda, Costa (2016), relata que a consulta de enfermagem apresenta-se como instrumento relevante especialmente para a promoção do aleitamento materno, pois esse garante a extensão da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal, através de ações preventivas e promocionais à gestante. O enfermeiro além da competência técnica deve dispor habilidades de comunicação, escuta e ação dialógica, sendo sensível para compreender a gestante.

No que se refere aos conhecimentos sobre as vantagens da amamentação 80% das lactantes relataram conhecê-los. Dias *et al.*, (2016) relata em seu estudo que a grande maioria acredita que há benefícios para a mulher que amamenta seu bebê e as mesmas sempre frisam em seus discursos a proteção contra as doenças tanto para a criança quanto para a mãe. Primo e Leite (2015) afirmam que as mulheres estão cientes que amamentando estão prevenindo doenças, ajudando na dentição do bebê e diminuindo os riscos de desenvolver o câncer de mama.

Em relação ao questionamento do que os companheiros acham sobre amamentar, 84% das lactantes afirmam que seus companheiros acham o ato de amamentar importante. Estes dados corroboram com o estudo de Silva *et al.*, (2012) onde mostra quase a totalidade dos pais 95,4% que apresentou opinião favorável. Uma pesquisa de Feraz *et al.*, (2016) aponta que o leite materno é percebido pelos pais como um elemento imprescindível à saúde da criança e extremamente benéfico nos primeiros meses de vida, revelando que os familiares têm a devida informação que o leite materno é uma fonte de promoção à saúde e prevenção de doenças. Segundo Primo e Leite (2015), o apoio familiar é essencial para o início e a continuidade do aleitamento materno, sendo que as principais figuras apoiadoras para este processo são as avós e os companheiros.

Referente às dúvidas sobre amamentar, quando questionadas 99% das mães afirmaram não apresentar dúvidas, o que nos leva a considerar que apesar dos dados estarem em controvérsia, acredita-se que tinham dúvidas, porém por fatores pessoais não queriam relatá-las, como por exemplo, vergonha de relatar seus anseios, ou por estarem realizando cuidados e técnicas inadequadas, por não aceitarem a opinião de terceiros ou por não quererem estender o seu tempo ouvindo explicações.

Relacionado ao 1% de dúvida, onde a mãe questionou se poderia fazer o uso de álcool durante a amamentação Carvalho e Gomes (2017), relata que o etanol é uma substância depressora do SNC. Apesar de uma quantidade significativa ser excretada no leite, ela não é considerada perigosa ao lactente, em doses e períodos limitados. No entanto a ingestão de 0,3g/ kg, conteúdo presente em uma lata de cerveja (350 ml) pode reduzir em até 23% a ingestão do leite pela criança. Além disso, pode causar o

odor e a mudança do sabor do leite materno, levando à recusa pela criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa pesquisa possibilitou identificar o perfil das lactantes e o conhecimento que as mesmas têm sobre a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde do bebê. As mães atendidas na rede básica de saúde se resumem em lactantes jovens, a grande maioria vivendo com seu companheiro, possuem o ensino médio completo e não apresentam vínculo empregatício. Diante dos antecedentes obstétricos observamos que a maioria são primíparas e relataram não possuir experiência em amamentar.

Infere-se que as lactantes entrevistadas podem não ter apresentado dúvidas por vergonha de relatar os fatos ou por medo de estarem realizando cuidados e técnicas erradas e por não aceitarem opinião alheia. Essa foi uma das limitações do estudo, pois a incidência na resposta onde dizem não apresentarem dúvidas, relacionando ao fato de que essas mães são primigestas e disseram ter pouca experiência em amamentar, nos leva a acreditar que as mães não responderam de forma coerente e fidedigna ao estudo.

Sugere-se que sejam realizados novos estudos na área da amamentação, pesquisando-se a relação entre as dificuldades que lactantes mais jovens e adultas primíparas apresentam, quais fatores interferem criticamente na amamentação exclusiva e qual intervenção pode ser realizada para amenizar ou erradicar a interrupção do aleitamento materno até os seis meses.

Conclui-se que as mães possuem conhecimento sobre amamentação, mesmo a sua maioria sendo jovens e primigestas e apresentando algumas dificuldades, elas sempre estão dispostas a dar o seu melhor para o filho. Assim mostra-se a importância do acompanhamento do enfermeiro durante o pré-natal, preparando-as para o momento da amamentação e orientando-as quanto as dúvidas que surjam desde o início da gestação até os primeiros meses do bebê, para que o puerpério e o aleitamento materno sejam um momento agradável e sem maiores dificuldades.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T.L.A; GOMES, L.M.X, DIAS, O.V. **O pré natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes.***Revista Cogitare Enfermagem.* 2011 janeiro/março; 16(1): 29-35.

CARVALHO, M.R. de. **Amamentação- base científica.** Editora Guanabara, 4º edição 2017.

CESAR JÁ, SUTIL AT, SANTOS GB, CUNHA AF, SASSI RAM. **Assistência pré- natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul.** *Brasil.Cad. Saúde Públ.* 2012 nov;28(11):2106-14.

COIMBRA, L.C. RIETH, N.F. de A; **Caracterização do aleitamento materno em são luís, maranhão.**

RevPesq Saúde, 17(1): 7-12, jan-abr, 2016.

COUTINHO, E. de C. et al. **Gravidez e parto:O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?** *RevEscEnferm USP*, v. 48 (Esp2), p. 17-24, 2014.

COSTA, D. A. da. **Atribuições do enfermeiro durante a consulta pré-natal relacionadas ao aleitamento materno: Relato de experiência.** 2016. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- *Universidade Estadual da Paraíba*, Campina Grande, 2016.

DIAS; E. G. et al, **Vantagens da amamentação e alterações no estilo de vida da Lactante.** *Revista Contexto & Saúde* Volume 16 Número 31 (2016).

DIAS, E.G et al, **Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de mamonas –MG em 2013.** *Revista contexto & saúde* v.15 n 29, 2015.

FERRAZ, L.; OLIVEIRA, P. P. de; ANTONIOLLI, M. A.; BENEDETT, A.; BOSSETTI, V.; ALMEIDA, K. de. **Opinião de mulheres sobre a participação do pai no aleitamento materno** *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 20, n. 2, p, 95-99, maio/ago. 2016.

MELO, Sheila Caroline Hnediuk de.**Prevalência e fatores associados à dificuldade no cuidado do bebê em mães adolescentes de 14 a 16 anos de Porto Alegre/RS.** *Aletheia* 38-39, p.67-80, maio./dez. 2012.

MOLINA, F. R.; GIL, N. L. M.; VICTORIANO, S. V. Z. **Prevalência do aleitamento materno exclusivo no município de Marialva-Paraná.** *Revista Uningá*, Maringá-PR, n. 38, p. 71-83, out./dez. 2013.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: *Ministério da Saúde*; 2009.

NOGUEIRA, Cibele Mary Ramos. **Conhecimento sobre aleitamento materno de parturientes e prática de aleitamento cruzado na Unidade Hospitalar e Maternidade Venâncio Raimundo de Souza - Horizonte – Ceará.** *Rio de Janeiro: s.n., 2009.* 58 f., tab.

OLIVEIRA, C.N.T.; OLIVEIRA, M.V. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados ao desmame precoce no município de vitória da conquista-ba.** C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.160-174, jan./dez. 2012.

PRIMO, C.C; LEITE, F.M.C. **Redes Sociais que apóiam a mulher durante a amamentação.** *Universidade Federal do Espírito Santo.* Rua João de Oliveira Soares, 241 - 29090-390 - Vitória-ES-Brasil/ Junho, 2015.

REIS, J.R.G.GONÇALVES, L.C.S.; **Fatores relacionados ao desmame precoce.** *Revista Perquirere*, 13 (2): 218-228, dez. 2016

ROCCI, E. ;FERNANDES, R. A. Q. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.***Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v.67, n.1, Jan. 2014.

SANTOS, E.H. **O desafio da amamentação para puerperas adolescente.** *Criciúma* , dezembro de 2012.

SILVA, I.M.D et al. **Técnica da amamentação: preparo das nutrizes atendidas em um hospital escola, recife-pe.***Rev Rene, Fortaleza*, 2012(n. esp.):1021-7.

SIVA, P. P. **A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno.** *Rev Paul Pediatr* 2013; 30(3):306-13.

SILVA, M.O.C et al. **Aleitamento Materno Exclusivo (AME), pré-natal particular e pré-natal público: estudo de casos cadastrados em um Programa de Saúde da Família do sul fluminense.** *Caderno Unifoa*, edição especial prefeitura municipal de volta redonda, outubro 2008.

SOUZA, J.P.B.; MENDES, L.L.; BINOTI, M.L. **Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de juiz de fora – mg.** *Rev. APS.* 2016 jan/mar; 19(1): 67 - 76.

TETER, M.S.H.; OSELAM, G.B.; NEVES, E.B. **Amamentação e desmame precoce em lactantes de curitiba.** *Revista espaço para a saúde: Londrina*, v. 16, n. 4, p. 55-63, out/dez. 2015

VISINTIN, A.B, et al, **Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação.** *Enferm. Foco* 2015; 6

LUTO MATERNO – BASES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Jannyne Dos Santos Zuzarte
(jannyne.zuzarte@gmail.com),

Jaci Santos Galo
(matheuslucasgalo@yahoo.com.br),

Inês Maria Meneses Dos Santos
(inesmeneses@gmail.com),

Danielle Alves Mendonça Coutinho
(daniellemendonca.alves@gmail.com),

Suzielly Ramos Barbosa Lima Xavier
(dassuzys@gmail.com),

Camila Muniz Frossard.
(cfrossard.cfrossard@gmail.com).

disponíveis no idioma português, de revisão, dissertações, teses, focalizar o tema da pesquisa, publicados no recorte temporal entre 2010 a 2016; responder à questão norteadora. Optou-se por estudos em português a fim de obter somente dados de nível nacional. Os critérios de exclusão: estudos em formatos de editoriais, comentários, monografias e documentos de projetos. Resultados: Antes da aplicação dos critérios de inclusão identificou-se 26 artigos na base de dados LILACS, 01 no SCIELO, sendo um total de 27 estudos, desse total 21 estudos foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão, sendo pré-selecionados 07 estudos. Após a leitura na íntegra configurou-se a amostra destes estudos o total de 06 artigos. Foi utilizado o método de análise de dados de Bardin. Conclusão: Enfermeira Obstétrica precisa ficar atenta, pois, uma mãe enlutada pode apresentar tanto a disposição para os cuidados com o recém-nascido na UTIN quanto à indisposição para o vínculo com seu filho. Contribuições: Melhoria da assistência ao luto materno, ampliar a compreensão e ao acolhimento à dor das mães enlutadas. Palavras-chave: Luto; Direitos da Mulher; Enfermagem Obstétrica. Eixo temático: 1. Enfermagem Obstétrica e Neonatal fazendo a diferença no cenário nacional.

INTRODUÇÃO

A gestante cria um bebê “imaginário” e quando nasce o bebê prétermo pode implicar no imprevisto do qual seu bebê não está mais sobre seu domínio e pode gerar um sentimento de negação. (LACAN, 1953). Objetivos: Discutir o conceito do luto materno na área de enfermagem. Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa da literatura. Questão norteadora: De que forma a enfermeira pode contribuir para o desenvolvimento do vínculo entre mãe e o recém-nascido pré-termo diante do luto materno? Os critérios de inclusão: disponibilização de texto completo eletronicamente, gratuitos, estudos

REFERÊNCIAS

_____, Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 238p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

LOPES, Cléa Maria Ballão Lopes; PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: um caso de nascimento-morte. *Estilos clín.* vol.18 no.2 São Paulo ago. 2013. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

LACAN, Jacques. O simbólico, o imaginário e o real. Discurso pronunciado por Lacan em Julho de 1953, na fundação da Société Française de Psychanalyse, traduzido por Maria Sara Gomes Silvia Mangaravite, publicado em *Papéis*, n.4, abril de 1996. Disponível em: <<http://br.geocities.com/jacqueslacan19011981/textos/simbolicoimaginarioreal.htm>>. Acesso: 07 jan. 2017.

MALDONADO, Maria Tereza. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Ana Laura Biral Cortes

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

Andreia Pereira Escudeiro

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

Jaci Santos Galo

Centro Universitário Anhanguera
Niterói - Rio de Janeiro

Zenith Rosa Silvino

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

Priscila da SilvaLopes Pereira

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento que necessita de intervenções rápidas e precisas. Tratando-se de mulheres gestantes, deve-se considerar que existem alterações fisiológicas que podem comprometer a eficácia das medidas tomadas na reanimação. Assim, o objetivo geral deste estudo é conhecer como os profissionais de saúde de uma maternidade do Rio de Janeiro posicionam-se diante da parada cardiorrespiratória na gestante.

Metodologia: Trata-se de projeto de pesquisa descritiva, quantitativa. O levantamento dos dados será realizado em uma maternidade da rede pública de saúde. Os sujeitos da pesquisa serão os Enfermeiros e Residentes em Enfermagem obstétrica atuantes nos setores de Pré-parto e Centro Obstétrico; que receberão um questionário estruturado para preenchimento individual. O instrumento para a coleta de dados conta com 10 questões de múltipla escolha desenvolvidas através de levantamento bibliográfico e buscam abordar as particularidades que envolvem a PCR e Reanimação na gestante. Os dados serão avaliados através de análise estatística simples, podendo-se entender como o profissional de saúde tem realizado as intervenções durante a parada cardiorrespiratória na gestante. Como critérios de inclusão, participarão da coleta os profissionais Enfermeiros e residentes em Enfermagem Obstétrica lotados na Instituição que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Resultados esperados: Espera-se a partir dos resultados desta pesquisa levantar os principais pontos críticos no conhecimento dos profissionais, relacionados ao atendimento a esta clientela. Conclusão: a PCR na gestante é um assunto pouco abordado em ambiente científico, com poucas publicações relacionadas; o que pode representar uma deficiência dos profissionais na atuação adequada a este

evento.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica, Parada cardíaca, Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT: Cardiorespiratory arrest (CRP) is an event that requires rapid and accurate interventions. In the case of pregnant women, it must be considered that there are physiological changes that may compromise the effectiveness of the measures taken during resuscitation. Thus, the general objective of this study is to know how the health professionals of a maternity hospital in Rio de Janeiro behave in the face of a cardiorespiratory arrest in the pregnant woman. Methodology: This is a descriptive, quantitative research project. The data collection will be performed in a maternity of the public health network. The research subjects will be Nurses and Residents in Obstetric Nursing working in the Prepartum and Obstetric Center; who will receive a structured questionnaire for individual filling. The instrument for data collection has 10 multiple choice questions developed through a bibliographic survey and seeks to address the particularities that involve CRP and Reanimation in the pregnant woman. The data will be evaluated through simple statistical analysis, being able to understand how the health professional has performed the interventions during the cardiorespiratory arrest in the pregnant woman. As inclusion criteria, will participate the collection of professionals Nurses and residents in Obstetric Nursing filled in the Institution that agree to voluntarily participate in the research. Expected results: It is expected from the results of this research to raise the main critical points in the knowledge of professionals, related to the service to this clientele. Conclusion: the PCR in the pregnant woman is a subject little approached in scientific environment, with few related publications; which may represent a deficiency of the professionals in the adequate performance to this event.

KEYWORDS: Obstetric nursing, Cardiac arrest, Cardiopulmonary resuscitation.

1 | INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita e inesperada das funções cardíaca e respiratória. Pode ser descrita também como a função inadequada do débito cardíaco que resulta em um volume sistólico insuficiente para a perfusão tecidual decorrente da interrupção súbita das funções cardíaca e respiratória (VENISHI, 2003).

Já a reanimação cardiopulmonar (RCP) é o conjunto de procedimentos destinados a manter a circulação do sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, permitindo a manutenção das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea possibilite o restabelecimento da homeostase (GUIMARÃES, 2005).

A parada cardiorrespiratória é um evento que necessita de intervenções rápidas e precisas, tanto no meio intra como no extra-hospitalar, considerando sua representatividade no que diz respeito às emergências. A aplicação de reanimação

cardiopulmonar imediata é sobremaneira relevante para a sobrevivência do paciente que apresenta a PCR. Tratando-se de mulheres gestantes, deve-se considerar que existem alterações fisiológicas que podem comprometer a eficácia das medidas tomadas na reanimação. Assim, a conduta a respeito da gestante com PCR, modifica-se frente àquela convencional.

A gestante sofre, em uma gravidez normal, alterações fisiológicas que levam ao aumento do seu débito cardíaco e do volume sanguíneo em 50%. Experimenta um estado hiperdinâmico em que, além do aumento do volume sanguíneo e do débito cardíaco, ocorre também baixa resistência vascular, em decorrência do aumento do volume plasmático, havendo também elevação da frequência cardíaca (PEIXOTO, 2005, p.55).

O útero gravídico pressiona os órgãos intra-abdominais e “empurra” o diafragma para cima, aumentando o espaço intra-abdominal e conseqüentemente diminuindo o espaço da cavidade intratorácica, o que leva a uma redução do volume residual e do volume-reserva expiratório, com conseqüente diminuição da capacidade residual funcional. Além da redução da capacidade residual funcional pulmonar, a pressão colóide-osmótica e a frequência de pressão colóide-osmótica para capilar pulmonar também diminuem. O consumo de oxigênio na gestante é muito alto devido à maior demanda metabólica, e, quando associado à redução da capacidade residual funcional, a predispõe à hipoxemia em situações de ventilação inadequada (PEREIRA, 2005, p.50).

As alterações fisiológicas tanto do sistema vascular como do sistema respiratório levam a gestante à maior susceptibilidade a alterações cardíacas e respiratórias. A parada cardiorrespiratória em gestante pode ter causas variadas, porém as mais frequentes relacionam-se a cardiopatias congênitas e hemorragias. Como fatores precipitantes de parada cardiorrespiratória mais descritos encontram-se: hemorragia periparto com hipovolemia, embolia pulmonar, trauma, embolia do líquido amniótico, arritmia, toxemia gravídica, anafilaxia, aspiração pulmonar, uso abusivo de drogas, insuficiência cardíaca congestiva, infarto do miocárdio e tamponamento cardíaco (LOPES, 1989, P.150). Sabe-se que as alterações fisiológicas e anatômicas da gestante influenciam negativamente na ressuscitação, portanto as manobras de reanimação na gestante requerem algumas modificações. A parada cardiorrespiratória na gestante, apesar de não frequente, é assunto de prioridade quando se refere à sobrevivência do binômio mãe-feto. Assim sendo, é imperativo que os profissionais de saúde sejam suficientemente capazes de reconhecer este evento e atuar sobre o mesmo de maneira satisfatória. Neste aspecto, chama-se especial atenção para o profissional enfermeiro, que geralmente é o membro da equipe que primeiro presencia a PCR.

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo é conhecer como os profissionais de saúde de uma maternidade do Rio de Janeiro, posicionam-se diante da parada cardiorrespiratória na gestante. Os objetivos específicos são: Identificar quais os principais pontos de defasagem no que diz respeito à ressuscitação cardiopulmonar na gestante, a partir do instrumento de coleta de dados; Levantar necessidades dos profissionais no que diz respeito a este conhecimento específico, a fim de criar

estratégias de intervenção futuras.

1.1 Justificativa e relevância

Sabe-se que a reanimação cardiopulmonar da gestante exige algumas especificidades, mundialmente padronizadas. Isso devido às muitas distinções fisiológicas presentes na mesma, sobretudo a partir da vigésima semana de gravidez.

A falta de estudos de alta qualidade para examinar o tratamento da parada cardíaca no final da gestação representa uma lacuna científica importante (LAVONE *et al*, 2015).

Algumas particularidades no Basic Life Support (BLS) e no Advanced Cardiovascular LifeSupport (ACLS), no que se refere à gestante, auxiliam em prover manobras mais efetivas de reanimação. Como já visto, essas particularidades são delimitadas de acordo com as alterações anatomo-fisiológicas associadas à gravidez, devendo as mesmas ser de domínio dos profissionais de saúde que prestam atendimento à gestante em PCR. Contudo, a PCR na gestante é um assunto pouco abordado em ambiente acadêmico e científico, com poucas publicações relacionadas; o que pode representar uma deficiência dos profissionais na atuação adequada a este evento. Soma-se a isso a atualização protocolar da International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que exige adequação das condutas periodicamente. Portanto com esta pesquisa pretende-se conhecer se a atuação frente a PCR na gestante é adequada, por parte dos profissionais de saúde da instituição eleita. Contribuindo, assim, com a elaboração de posteriores estratégias para a educação permanente das equipes de saúde, a fim da prestação de cuidados efetivos a esta clientela, em especial.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

A gravidez produz profundas alterações no organismo materno a fim de adequá-lo ao binômio materno-fetal. As modificações fisiológicas e as possíveis complicações decorrentes da gestação estão entre os principais causadores de uma parada cardiorrespiratória (PCR) na gestante. Dentre as causas mais importantes e significativas, encontram-se: hipertensão, hemorragias, sepse, intoxicações, complicação de doenças circulatórias pré-existentes, doenças circulatórias relacionadas à gravidez (MYRE *et al*, 2015).

Sabe-se que a PCR é a interrupção súbita e inesperada das funções cardíaca e respiratória. Pode ser descrita também como a função inadequada do débito cardíaco que resulta em um volume sistólico insuficiente para a perfusão tecidual decorrente da interrupção súbita das funções cardíaca e respiratória (VENISHI, 2003).

Portanto, a PCR caracteriza-se como a principal das emergências. Logo, a aplicação de reanimação cardiopulmonar imediata é sobremaneira relevante para a sobrevivência do paciente que a apresenta a parada. Tratando-se de mulheres gestantes,

deve-se considerar que existem alterações fisiológicas que podem comprometer a eficácia das medidas tomadas na reanimação.

A parada cardíaca associada à gravidez é rara em países de alta renda. A PCR materna ocorre em aproximadamente 1:12.000 internações para parto nos Estados Unidos (MYRE *et al*, 2014).

A reanimação cardiopulmonar na gestante segue, em sua maioria, condutas semelhantes às tomadas na RCP convencional. Apesar disso, deve-se destacar que existem algumas singularidades a serem observadas. Essas particularidades contribuem para o aumento da sobrevivência da mulher, além de contribuir para a viabilidade do feto.

Os melhores resultados para mãe e feto são provavelmente alcançados pela ressuscitação materna bem-sucedida (LAVONAS *et al*, 2015).

A primeira modificação de conduta importante diz respeito à localização das compressões no tórax da mulher. As compressões torácicas devem ser realizadas um pouco acima do que normalmente recomendado para que haja ajuste à elevação do diafragma e do conteúdo abdominal provocada pelo aumento do útero. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Além disso, refere-se que o útero gravídico, dependendo do trimestre da gestação, comprime a veia cava, comprometendo o retorno venoso. Por isso, recomenda-se que as massagens torácicas sejam realizadas com a paciente deitada, cuidando-se em desviar o útero grávido para a esquerda (Fig. 1) (BRAGA, *et al*, 2012).



Fig. 1.: Desvio manual do útero. Fonte.: 2015 American Heart Association Guidelines

Prioridades para a gestante em parada cardíaca são a provisão de RCP de alta qualidade e alívio da compressão aortocava. Se a altura do fundo for igual ou superior ao nível do umbigo, um desvio manual pode ser benéfico em aliviar a compressão aortocava durante as compressões torácicas (LAVONAS *et al*, 2015).

O tratamento recomendado pelo ACLS, no que diz respeito às doses para desfibrilação, medicações e intubação, aplicam-se para PCR em gestantes. Entretanto, algumas considerações sobre via aérea, circulação e diagnósticos diferenciais devem ser feitas. Deve-se estar atento ao fato da maior possibilidade de regurgitação e aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, devido à lentidão fisiológica do esvaziamento gástrico da gestante. A intubação da gestante também pode ser dificultada pelo aumento do tecido adiposo, edema das mucosas e maior vascularização (CARVALHO, FONSECA E RUZI, 2009).

A parada cardiorrespiratória na gestante é uma situação singular na qual duas (ou mais) vidas precisam ser salvas ou preservadas, o que requer monitorização rigorosa tanto da mãe quanto do conceito. Durante as manobras de ressuscitação, além da monitorização da mãe de acordo com os mesmos protocolos para adulto, faz-se necessária a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, preferencialmente através de ultra-som e sonar, porém, na ausência destes, pode-se realizar a ausculta dos batimentos cardíacos fetais pelo estetoscópio de Pinard (LOPES, 1989, P.150).

A idade gestacional é de grande importância na tomada de decisão da terapêutica. Antes da 24ª semana de gestação os esforços na ressuscitação são dirigidos exclusivamente à sobrevivência materna, pois não há viabilidade fetal. Idade gestacional superior a esta exige considerações sobre a possibilidade de sobrevivência fetal. O parto cesáreo de emergência tem grandes possibilidades de sucesso a partir da 32ª semana de gestação. O parto cesáreo, promovendo o esvaziamento uterino, faz a descompressão da aorta e da veia cava inferior, permitindo o retorno venoso adequado. A sobrevivência do recém-nascido relaciona-se fortemente com o intervalo de tempo entre a morte materna e o nascimento da criança (RIBEIRO, 2000, p.482).

Toda equipe de emergência deve estar preparada para a possibilidade de um parto cesáreo de emergência, e a comunicação entre a equipe de emergência e o obstetra, a anestesiolegista e a equipe de enfermagem do centro obstétrico deve ser rápida, assim como o transporte da gestante deve ser adequado, sem que as manobras de ressuscitação sejam interrompidas, pois muitas vezes somente após uma cesariana de emergência consegue-se reverter a parada cardiorrespiratória da mãe (PEIXOTO, 2005, p.56).

A decisão pela cesárea de emergência, no quarto minuto após o colapso, melhora as chances de sobrevivência da mãe e do feto. A remoção do conceito esvazia o útero, melhorando então o retorno venoso e a compressão aórtica associada, possibilitando ainda a realização de RCP (BRAGA *et al*, 2012).

3 | METODOLOGIA

3.1 Pesquisa

Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, de abordagem quantitativa.

3.2 Material e métodos

O levantamento dos dados será realizado na Maternidade Mariska Ribeiro localizada no Rio de Janeiro. A coleta acontecerá em um período de dois meses, por parte dos integrantes da equipe deste estudo. Os sujeitos da pesquisa serão os Enfermeiros e Residentes em Enfermagem obstétrica atuantes nos setores de Pré-parto e Centro Obstétrico; que receberão um questionário estruturado para preenchimento individual. Cabe destacar que os sujeitos ratificarão sua disponibilidade em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo pesquisador e outra pelo participante.

O estudo contará com um número de 40 participantes. A coleta será realizada de maneira a contemplar o regime de escala de trabalho. Abordando a maioria dos profissionais que prestam a assistência à mulher nos períodos de pré-parto e parto.

O instrumento para a coleta de dados conta com 10 questões de múltipla escolha desenvolvidas através de levantamento bibliográfico e buscam abordar as particularidades que envolvem a PCR e RCP na gestante. (Vide Apêndice1) Através das respostas dos sujeitos, buscar-se-á responder a questão levantada na problematização em assunto, confirmando ou refutando a hipótese de que a maioria dos profissionais de saúde não são bem esclarecidos quanto às condutas a serem tomadas frente à mulher gestante em PCR. É importante avultar que todo o desenvolvimento do instrumento de coleta de dados, seguiu os preceitos estabelecidos pela *ILCOR*, durante sua última atualização protocolar, em 2015.

Salienta-se que o desenvolvimento do estudo cumprirá com as determinações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não será divulgada a identidade dos participantes, minimizando-se os riscos de constrangimento. Na posterior divulgação dos resultados, a instituição também não será identificada. Como critérios de inclusão, participarão da coleta os profissionais Enfermeiros e residentes em Enfermagem Obstétrica lotados na Instituição supracitada, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa, assinando o TCLE. Como critérios de exclusão, profissionais que, apesar de lotados nas instituições, não atuem nos setores de Pré-parto e Centro Obstétrico.

A pesquisa está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 362916) e encontra-se na fase de coleta de dados.

3.3 Tratamento dos dados

Os dados serão avaliados através de análise estatística simples, podendo-se entender como o profissional de saúde tem realizado as intervenções durante a parada cardiorrespiratória na gestante. Além disso, buscar-se-á levantar quais os pontos de maior defasagem durante o atendimento a esta clientela.

4 | RESULTADOS ESPERADOS E CONCLUSÃO

Espera-se a partir dos resultados desta pesquisa levantar os principais pontos críticos no conhecimento dos profissionais, relacionados ao atendimento a esta clientela. Conclusão: a PCR na gestante é um assunto pouco abordado em ambiente científico, com poucas publicações relacionadas; o que pode representar uma deficiência dos profissionais na atuação adequada a este evento.

REFERÊNCIAS

American Heart Association (AHA). Circulation, Journal of the American heart association. Part 12: **Cardiac Arrest in Special Situations: 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care.**

American Heart Association (AHA). Circulation, Journal of the American heart association: **Cardiac Arrest in Special Situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care.**

BRAGA, Antônio; TRINDADE, Amanda Pompeu; SOGGIA, Maria Eduarda de Vasconcellos; BOCCALETTI, Maria Cardoso; ASMAR, Flavia Tarabini Castellani; FILHO, Jorge Rezende; MONTENEGRO, Carlos Barbosa. Colapso materno – **Conduta da parada cardíaca na gravidez.** FEMINA | Julho/Agosto 2012 | vol 40 | n° 4.

CARVALHO, Raphael de Almeida; FONSECA, Neuber Martins; RUZI, Roberto Araújo. **Parada Cardíaca na Gestação.** Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 1): S63-S67

GUIMARÃES, Hélio Penna; Lopes RD, Costa MPF - **Suporte Básico de Vida, em: Parada Cardiorrespiratória.** São Paulo: Editora Atheneu; 2005;7-37.

LAVONAS, Eric Chair; DRENNAN, Ian; GABRIELLI, Andrea; HEFFNER, Alan; HOYTE, Christopher; ORKIN, Aaron; SAWYER, Kelly; Donnino, Michael. Part 10: **Special Circumstances of Resuscitation 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**

LOPES, Mario. **Emergências médicas.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 1989.

Mhyre JM, Tsen LC, Einav S, Kuklina EV, Leffert LR, Bateman BT. **Cardiac arrest during hospitalization for delivery in the United States, 1998-2011.** Anesthesiology. 2014;120:810–818. doi: 10.1097/ALN.000000000000159

PEIXOTO, MSP. et al. **Ressuscitação cardiorrespiratória; assistência de enfermagem sistematizada.** São Paulo, 2000. cap.9: Ressuscitação cardiorrespiratória em situações especiais.

Pereira, MG, et al. **Reanimação cardiopulmonar em gestantes e neonatos.** Rio de Janeiro. 2005.

VENISHI, Elisa Kaori. **Enfermagem médico cirúrgico em unidade de terapia intensiva.** Senac 2003, serie apontamentos.

5 | APÊNDICES

5.1 Apêndice I - Instrumento de coleta de dados

Nome:

Instituição:

Cargo/Profissão:

Setor:

1)Quais são as principais causas de PCR em gestantes?

- a)Infecções e trauma
- b)cetoacidose diabética e descolamento prematuro de placenta
- c)hemorragias e hipertensão
- d)placenta prévia e incompetência istmo cervical.

2)A localização da massagem cardíaca na gestante é:

- a)linha intermamilar
- b)um pouco acima da referência para o paciente adulto
- c)2 dedos acima do processo xifoide
- d) 1 dedo acima do processo xifoide

3)A relação compressão/ventilação na gestante é:

- a)30:1
- b)30:2
- c)15:2
- d)3:1

4) A partir da vigésima semana de gestação , quando o útero se torna evidente, o mesmo comprime a veia cava inferior e a aorta, reduzindo o retorno venoso. Diante disso, durante a RCP, qual a medida é essencial para garantir o retorno da circulação espontânea da gestante.

- a)Realizar elevação de membros inferiores
- b)Realizar massagem em posição de Tremdelemburg
- c)Colocar a gestante em decúbito lateral direito
- d) realizar o deslocamento manual do útero para esquerda

5)A intubação endotraqueal na gestante deve ser feita precocemente devido principalmente a (ao):

- a)maior risco de alteração da permeabilidade da via aérea pela queda de base de língua.
- b)dificuldade de vedação da mascara por edema facial
- c) Maior risco de broncoaspiração
- d)Redução do calibre da traqueia devido ação de prostágenos..

- 6) Em relação ao uso do DEA (Desfibrilador Externo Automático) em gestantes:
- Não é indicado, porque não foi demonstrado segurança em seu uso.
 - É utilizado em fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso.
 - É indicado em todos os ritmos de parada
 - Pode ser utilizado , mas com uma corrente elétrica menor , de forma a não afetar a atividade cardíaca fetal.
- 7) Pode-se afirmar sobre as drogas utilizadas no manejo da PCR em gestantes:
- Deve-se evitar o uso de adrenalina , devido a hipóxia causada ao feto.
 - A amiodarona nunca deve ser utilizada devido a toxicidade que o iodo causa ao feto.
 - São utilizadas as mesmas medicações do manejo da PCR no adulto.
 - A vasopressina mostra maior eficácia que a adrenalina em gestantes e não possui dose máxima.
- 8) Como prevenção da parada cardiorrespiratória na gestante é necessário identificar sinais de gravidade na gestante, o que pode ser um desafio , já que as mudanças fisiológicas da gravidez podem mascarar a grave evolução. Dos itens abaixo, qual é um sinal de gravidade na gestante?
- FC maior que 115bpm em repouso
 - PA de 100X70 mmhg
 - Presença de cloasma gravídico
 - Presença de hemoglobina de 9.
- 9) Frente a uma gestante que estiver em uso de sulfato de magnésio e evoluir para PCR, qual deve ser a conduta:
- infundir o sulfato de magnésio com mais rapidez para controlar a hipertensão, que pode ter levado a PCR.
 - Suspender a medicação em questão e administrar cloridrato de cálcio.
 - Substituir a infusão de sulfato de magnésio por atropina + cloreto de magnésio.
 - Manter a infusão de sulfato de magnésio , pois este não leva a intoxicação e evolução para PCR em gestantes.
- 10) Após 5 min de ressuscitação cardiopulmonar sem sucesso em uma gestante no último trimestre de gestação é correto :
- Parar a reanimação e atestar o óbito materno e fetal.
 - Induzir o parto vaginal com o uso de misoprostol.
 - Realizar cessaria perimorte de modo a auxiliar no retorno da circulação espontânea materna e na manutenção da vida fetal.
 - Infundir ocitocina e realizar o parto vaginal com o auxilio de fórcepe, de modo a garantir a sobrevivência fetal.

PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTAMENTO LEGAL NURSING PROFESSIONAL PERCEPTION BEYOND LEGAL ABORTION

Emília Cervino Nogueira

Universidade Tiradentes

Aracaju-Sergipe

Aline Carla da Rocha Souza

Universidade Tiradentes

Aracaju- Sergipe

Danielly de Sousa Cavalcante

Universidade Tiradentes

Aracaju-Sergipe

RESUMO: O abortamento legalizado é um direito reservado às mulheres, em situações especiais, previsto no Código Penal desde 1940, entretanto somente em 1989 esse direito começou a ser exercido. O presente estudo analisou a percepção do profissional de enfermagem frente ao abortamento legal que atua em uma maternidade que é referência no Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) no Estado de Sergipe. Utilizou-se o método investigativo de corte transversal de caráter quantiquantitativo e análise descritiva com a participação voluntária de 119 profissionais de enfermagem. Durante a análise dos dados percebeu-se que um número significativo de colaboradores desconhece o PIGL, e que uma reduzida quantidade de profissionais participou durante a formação e a vida profissional de algum tipo de curso,

palestra ou oficina acerca de aspectos éticos e jurídicos sobre o aborto legalizado. Quando questionados sobre a objeção de consciência pôde-se perceber que existe reduzido conhecimento acerca do assunto, por parte dos profissionais, quando o mesmo está associado ao abortamento legalizado. Conclui-se que existe pouca divulgação do PIGL associada à polêmica e estigma relacionados ao tema, o que dificulta o entendimento dos profissionais de enfermagem acerca dos aspectos jurídicos que envolvem o abortamento. Sugere-se, que ocorra mais capacitações dos profissionais e divulgação do programa na instituição entre seus colaboradores, no intuito de uma maior qualificação no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e a todas que precisam desse tipo de serviço prestados pelo Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Aborto legal, enfermagem, objeção de consciência, violência sexual e bioética.

ABSTRACT: Legalized abortion is a right reserved to women in special situations, under the Penal Code since 1940, but only in 1989 that right began to be exercised. This study analyzed the perceptions of nursing professionals across the legal abortion that works in a maternity that is a reference in Interruption Program Gestational

Predicted in Law (PIGL) in the state of Sergipe. We used the investigative method of cross-sectional quantitative character and descriptive analysis with the voluntary participation of 119 nurses. During the data analysis it was noticed that a significant number of employees unaware of the PIGL, and a reduced number of professionals participated in the training and professional life of some kind of course, lecture or workshop on ethical and legal aspects of the legalized abortion. When asked about conscientious objection could be seen that there is little knowledge on the subject, by the professionals, when it is associated with legalized abortion. It is concluded that there is little disclosure of PIGL associated with controversy and stigma related to the theme, which hinders the understanding of nursing professionals about the legal aspects involving abortion. It is suggested to occur more training of professionals and dissemination of the program in the institution among its employees in order to further qualification in the assistance to women victims of sexual violence and to all who need this type of service provided by the Ministry of.

KEYWORDS: Legal Abortion, nursing, conscientious objection, sexual violence and bioethics.

1 | INTRODUÇÃO

O abortamento é um tema delicado e polêmico, pois é responsável por densas discussões em toda população mundial por envolver aspectos humanos, culturais, religiosos, morais e éticos. O aborto é compreendido como a interrupção da gestação até a 22ª semana ou até o conceito atingir peso máximo de 500g. Este processo pode ser classificado em dois tipos: espontâneo ou induzido, o primeiro se dá por causas naturais e o segundo ocorre de maneira provocada por ação humana (ROCHA et al., 2015; ZEFERINO, 2010; LUNARDI; SIMÕES, 2004).

De acordo com o Código Penal brasileiro, a prática abortiva se configura em crime, pois no entendimento do mesmo a vida humana é iniciada durante a concepção, sendo um bem fundamental do ser humano e um direito inviolável. Entretanto o abortamento é permitido por lei em duas situações: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II – caso a gravidez seja consequência de violência sexual, nesses casos o aborto deve ser precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 1940).

Nos casos de gravidez com feto anencefálico, caracterizado pela ausência total ou parcial de encéfalo, o Supremo Tribunal Federal (STF), no ano de 2012 em uso de suas atribuições, tornou legal a antecipação terapêutica do parto, visto que, esta patologia é incompatível com a vida extrauterina, vindo o recém-nascido a óbito horas após o parto. Todavia o judiciário entende que a decisão de prosseguir ou não com a gestação é um direito constitucional da mulher (BRASIL, 2012).

A enfermagem é uma ciência que tem como o principal objetivo o cuidado ao ser humano de forma holística, as atividades dos profissionais de enfermagem devem ser desenvolvidas de forma autônoma ou em equipe, buscando sempre a promoção,

proteção e recuperação da saúde do indivíduo. Essas atividades devem ser pautadas em pesquisas científicas, normas e diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos internacionais, bem como desenvolver as habilidades técnicas inerentes a prática da enfermagem.

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem em seu art. 28 proíbe o profissional de provocar abortamento ou cooperar em prática destinada a interrupção da gestação, já em parágrafo único do mesmo artigo autoriza o enfermeiro, nos casos previstos em lei, a decidir, de acordo com sua consciência, sobre a participação ou não no ato abortivo (BRASIL, 2007).

Os aspectos jurídicos referentes ao abortamento legal e as condições em que são permitidas a objeção de consciência estão esclarecidos aos profissionais de saúde na Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde. A objeção de consciência pode ser compreendida como o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião do profissional, entretanto, é vedada a alegação de objeção de consciência em casos de emergência, em complicações derivadas de abortamento inseguro e qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o realize (CAMARGO et al., 2014; BRASIL, 2011).

A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes assegura o direito da gestante de optar ou não pelo abortamento. Caso escolha pela interrupção da gravidez a gestante participará do Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) não sendo necessária a apresentação do boletim de ocorrência, entretanto, serão assinados termos de consentimento livre e esclarecido, termo de relato circunstanciado e termo de responsabilidades (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Caso após o procedimento abortivo seja descoberto que o conceito não foi fruto de violência sexual a equipe multiprofissional estará protegida pelo art. 20 § 1º do Código Penal, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (WESTPHAL, 2009).

No Brasil, o primeiro hospital a ofertar o serviço de abortamento legal foi o Hospital Municipal Doutor Artur Saboya em São Paulo no ano de 1989, embora o abortamento já estivesse previsto no Código Penal desde 1940. No Brasil até o ano de 2012 existiam 65 serviços capacitados pelo Ministério da Saúde para atender as gestantes que se enquadrem dentro do PIGL distribuídos nos 26 estados brasileiros. Em Sergipe, apenas a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), mantida com recursos do Estado, participa deste programa com acompanhamento e acolhimento individualizado, sendo a assistência prestada de acordo com os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde (ROCHA et al., 2015; SOARES, 2003).

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de enfermagem de uma instituição de referência do Estado de Sergipe, bem como averiguar a compreensão destes profissionais acerca dos aspectos jurídicos e éticos

que envolvem o abortamento legal e partilhar com os mesmos os sentimentos, sensações e opiniões despertados pelo assunto. Outro fato que motivou esta pesquisa foi a reduzida quantidade de pesquisas realizadas nesta área e pela necessidade de discutir o tema, visto que muitos profissionais de enfermagem durante a graduação tiveram limitada abordagem de estudo e reflexão sobre o aborto legalizado e o direito a objeção de consciência.

2 | METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa investigativa de corte transversal de caráter quantitativo e análise descritiva, onde foi analisada a percepção de 119 profissionais de enfermagem que atuam em uma maternidade, administrada pela Fundação Hospitalar de Saúde, referência no Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL), no estado de Sergipe.

A presente pesquisa foi realizada no período de 15 a 31 de agosto de 2016 nos turnos matutino e vespertino, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A princípio o Núcleo de Educação Permanente (NEP) só autorizou as pesquisadoras a aplicarem os questionários nos locais abertos como os setores de Internamento (Alas verde, rosa e azul), Admissão/Triagem, Sala de Manejo e Central de Material Esterilizável (CME). Como a quantidade de profissionais participantes foi reduzida para o proposto pela amostra, foi solicitado aos responsáveis pelo NEP que fosse permitido realizar a pesquisa nos setores considerados fechados que são: Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Entretanto, ainda assim, não foi possível completar a amostra, visto que a permissão se deu em apenas um dia, e a coleta de dados noturna também só foi autorizada em uma noite.

O método de amostragem utilizado foi por conveniência. Os colaboradores que estavam em gozo de férias, licença prêmio, licença médica ou ausentes por qualquer outro motivo no período de coleta de dados foram excluídos desta pesquisa. Todos os profissionais de enfermagem que foram convidados e concordaram em participar da pesquisa foram incluídos na amostra.

A coleta de dados foi realizada através de questionário estruturado já validado no estudo de Rocha et al. (2015) e adaptado pelas pesquisadoras (ANEXO 1). O questionário foi aplicado aos profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino num período de dezesseis dias. As perguntas foram divididas em dois blocos: no primeiro estavam dispostas as questões acerca do perfil sociodemográfico dos profissionais e o segundo permitiu identificar o conhecimento e a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos aspectos éticos envolvidos no abortamento legal.

A análise dos dados quantitativos foi realizada a partir das respostas contidas

no questionário, que foram tabuladas pelo programa Microsoft Excel versão 2007, expostas em tabelas e gráficos e discutidas por meio de estatística descritiva. Já as variáveis foram classificadas e analisadas qualitativamente e confrontadas com a literatura atual.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os resultados obtidos com os questionários auto aplicados com 119 profissionais de enfermagem que trabalham em uma instituição de referência no Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL) no Estado de Sergipe, onde os dados foram compilados e apresentados em forma de texto descritivo e em gráficos.

3.1 Perfil Sociodemográfico

Dos 119 profissionais de enfermagem que atuam na maternidade, um (0,8%) é do sexo masculino e cento e dezoito (99,1%) são do sexo feminino, distribuídos nas seguintes categorias profissionais: 43 enfermeiros (36,1%), 57 técnicos de enfermagem (47,8%) e 19 auxiliares de enfermagem (15,9%). Da população estudada, 67 informaram que nunca atuaram em serviço de interrupção da gestação em casos previsto em lei (56,3%); 02 atuaram anteriormente em serviço de referência para interrupção de gestação em casos previstos em lei (16,8%); 40 referiram que atuam no momento no programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (33,6%) e 10 preferiram não responderem essa questão (8,4%).

Após a consolidação dos dados foram constatados que ocorre uma maior predominância de colaboradores do gênero feminino dentre os profissionais de enfermagem que atuam na instituição. Essa informação corrobora o que Matos, Toassi e Oliveira (2013) descreveram em seu estudo intitulado “Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações”, no qual reconhecem que historicamente a enfermagem foi uma profissão exercida majoritariamente por mulheres e este quadro permanece no cenário da saúde atual. Os demais dados identificados no perfil sociodemográfico estão dispostos na Tabela 01 a seguir:

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Gênero e Faixa Etária	Masculino: 01	0,8 %
	Feminino: 118	99,1%
	De 25 a 35: 54	45,3%
	De 36 a 50: 48	40,3%
	A partir de 51: 15	12,6%
Estado Civil	Não possui companheiro(a): 41	34,4%
	Possui companheiro(a): 76	63,8%

Orientação Religiosa	Católica: 78	65,5%
	Protestante/evangélico: 22	18,4%
	Espírita: 9	7,5%
	Outras: 8	6,7%
Categoria Profissional	Enfermeiro(a): 43	36,1%
	Técnico(a) de enfermagem: 57	47,8%
	Auxiliar de enfermagem: 19	15,9%
Possui Graduação e/o Pós-graduação	Não: 69	57,9%
	Especialização: 42	35,2%
	Mestrado: 1	0,8%
Experiência Profissional em PIGL	Nunca atuou: 67	56,3%
	Atuou anteriormente: 2	1,6%
	Atua no momento: 40	33,6%

Tabela 01: Perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem atuantes na (N=119). MNSL/2016

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

3.2 Conhecimento quanto ao PIGL (Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei)

A segunda parte da pesquisa foi relacionada ao conhecimento e percepção dos profissionais de enfermagem sobre os serviços de Interrupção Gestacional Prevista em Lei.

Entre os profissionais de enfermagem voluntários na pesquisa quando questionados se conheciam o PIGL, foram obtidos os seguintes dados: 36,9% (44/119) disseram que conheciam o programa, 21% (25/119) que conheciam parcialmente e 41,1% (49/119) afirmaram que não conheciam o programa e 0,8% (01 pessoa) não respondeu a questão. Os dados estão representados na Figura 1 a seguir:

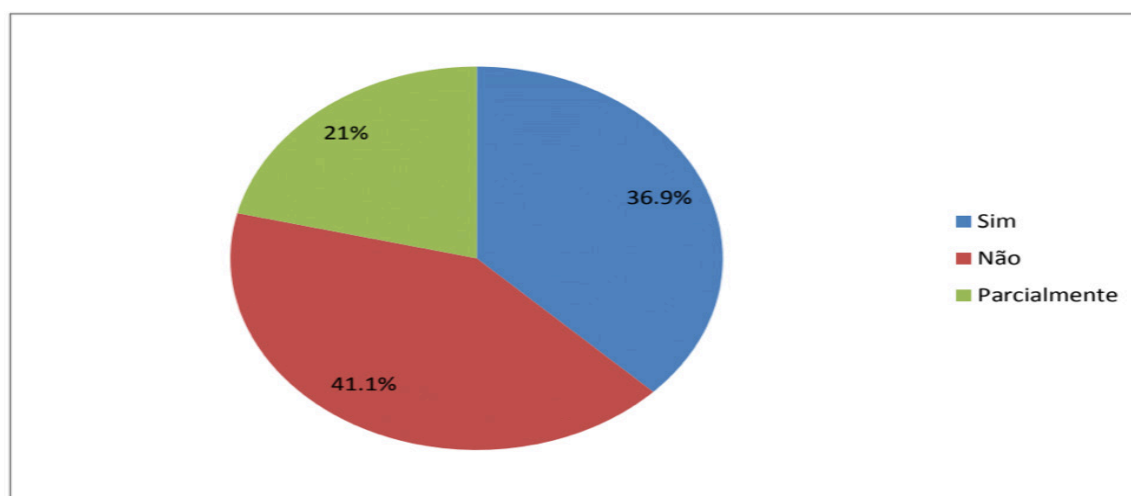


Figura 1: Distribuição dos profissionais conforme o conhecimento sobre o serviço de referência para interrupção da gravidez nos casos previstos em Lei (N=119) MNSL/2016.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Dos 69 (57,9%) profissionais que afirmaram conhecer total ou parcialmente o

programa, apenas 35 (29,4%) encaminhariam ao PIGL a paciente que solicitasse informações sobre a disponibilidade do serviço na instituição. Deste fato, pode-se inferir que há um nível menor de conhecimento do programa do que o apresentado na autoavaliação.

Em relação a esse achado se faz necessário salientar que é possível que muitos participantes da pesquisa tenham respondido que não conheciam o PIGL equivocadamente uma vez que estes conhecem o serviço apenas como referência para violência sexual. Rocha et al. (2015), em seu estudo, identificou o mesmo comportamento entre os profissionais de saúde que participaram de sua pesquisa. Malgrado implica advertir que o PIGL presta assistência a todas as mulheres que se enquadrem nos critérios descritos pela legislação para a realização do abortamento legalizado e não somente nos casos de gestação em decorrência de violência sexual.

À questão sobre se o profissional concorda com o direito ao aborto encontramos as seguintes estatísticas: 19 (15,9%) concordam, 41 (34,4%) concordam parcialmente, 38 (31,9%) discordam, 13 (10,9%) discordam parcialmente, 08 (6,7%) não têm opinião formada. No que se refere à correlação entre a concordância total ou parcial com o direito a interrupção voluntária da gestação, observou-se que apenas 15 (12,6%) são contrários ao aborto em qualquer caso, outros 15 (12,6%) são favoráveis apenas em caso de gestação resultante de estupro, 16 (13,4%) são favoráveis apenas no caso de risco de morte a gestante, 03 (2,5%) são favoráveis apenas no caso de incompatibilidade do feto com a vida e 51 (42,8%) são favoráveis nos casos de estupro, risco de morte da gestante e incompatibilidade do feto com a vida, 02 (1,6%) são favoráveis até a 12^a de gestação, 16 (13,4%) tiveram outro posicionamento e apenas uma pessoa não respondeu a questão (Figura 2).

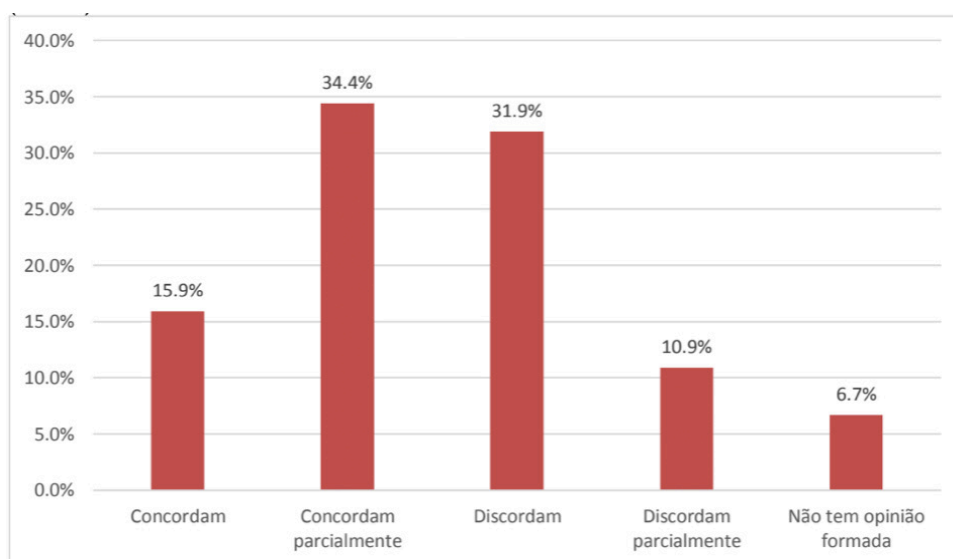


Figura 2: Opinião dos profissionais de enfermagem a respeito do Direito ao Abortamento (N=119) MNSL/2016.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Nota-se que a maioria dos inquiridos 51(42,8%) são favoráveis ao aborto nos

casos previstos em lei, ajustando com o total dos que concordam ou concordam parcialmente com o direito ao aborto que juntos somam o valor de 60 (50,3%).

Esses dados nos permitiram inferir que o tema abortamento legalizado admite diferentes pontos de vista inclusive entre os profissionais de saúde, pois o mesmo fato também foi observado por Sell e Henckemaier (2010) em seu estudo quando verificaram que apesar de alguns profissionais de saúde concordarem com a interrupção da gestação prevista em lei, a maioria deles discorda da realização do processo abortivo motivados principalmente por princípios religiosos e pelo compromisso de defender e cuidar da vida.

Dentre os pesquisados, quando questionados acerca de atendimento a gestante vítima de violência sexual 41 (34,4%) responderam que já haviam prestado algum tipo de atendimento a mulheres nesta situação e 76 (63,8%) responderam nunca ter atendido gestantes vítima de violência sexual e 02 (1,6%) não responderam. Quando questionados acerca do encaminhamento destas gestantes ao PIGL apenas 28 (23,5%) responderam que encaminharam as mesmas ao programa (Figura 3). Este tipo de conduta também é percebida nos demais estados da federação, pois segundo Diniz et al. (2014) os trabalhadores por desconfiarem da mulher, omitem a existência do serviço de Abortamento legal e o direito das mulheres a terem acesso ao mesmo.

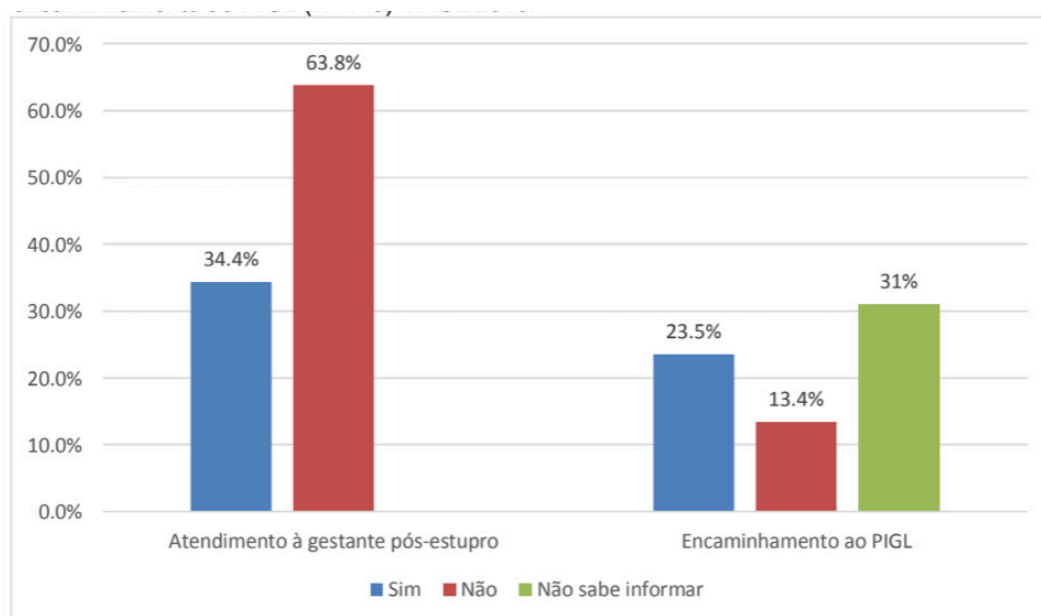


Figura 3: Atendimento às mulheres gestantes por circunstância de violência sexual e encaminhamento ao PIGL (N=119) MNSL/2016.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

No que se refere ao percentual de profissionais que tivessem participado de algum curso, oficina ou palestras no qual houvessem sido discutidos aspectos éticos e jurídicos do abortamento podemos inferir que 103 (86,5%) dos profissionais nunca participaram de qualquer curso, oficina ou palestra acerca de aspectos éticos e jurídicos do abortamento legalizado apenas 15 (12,6%) tiveram algum tipo de informação sobre

o assunto e um profissional se absteve de responder à pergunta (Figura 4).

Desse modo, pode-se salientar que é fundamental para os gestores da instituição não poupar esforços no sentido de ofertar educação continuada aos profissionais que prestam serviço às pacientes em condições de realizar o abortamento legalizado uma vez que é essencial lhes garantir o direito de informação e de escolha acerca da manutenção ou não da gestação.

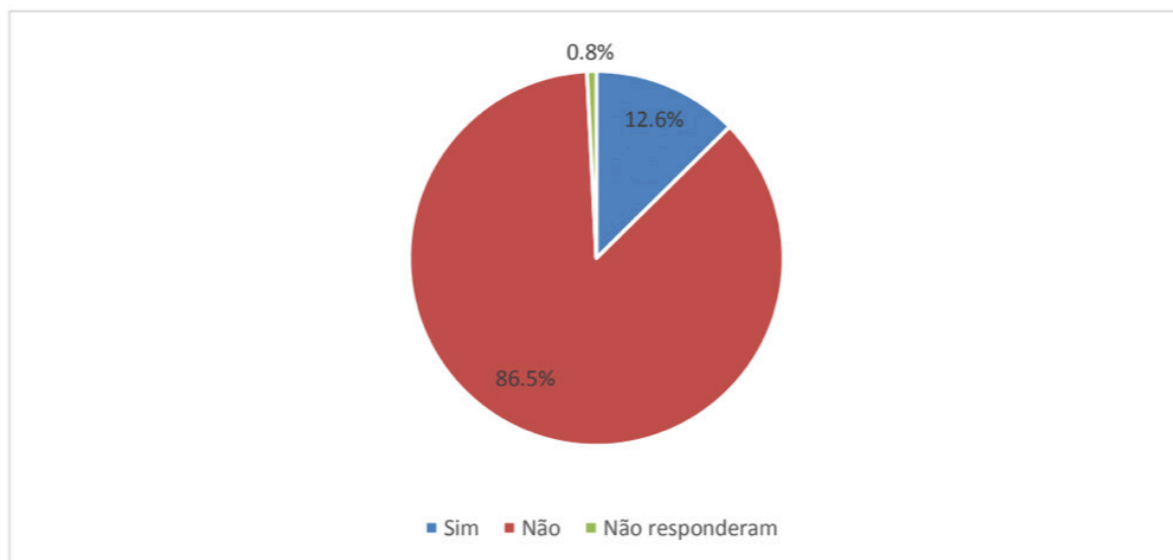


Figura 4: Capacitação ético-jurídica dos profissionais de enfermagem (N=119) MNSL/2016.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Quando questionados acerca da documentação exigida à mulher vítima de violência sexual que solicita a realização do abortamento, 46 (38,6%) profissionais responderam ser necessária a apresentação do boletim de ocorrência, 60 (50,4%) responderam não saber informar e apenas 12 (10%) dos profissionais revelaram que bastavam o consentimento da mulher ou de seu representante legal para a realização do abortamento legal e um (0,8%) não opinou. Com isso, pôde-se averiguar que a maioria dos profissionais desconhece a documentação exigida no atendimento do serviço de abortamento legal, pois boa parte deles acredita ser indispensável à apresentação do boletim de ocorrência pela vítima e mais de 50% revelaram não saber informar (Figura 5).

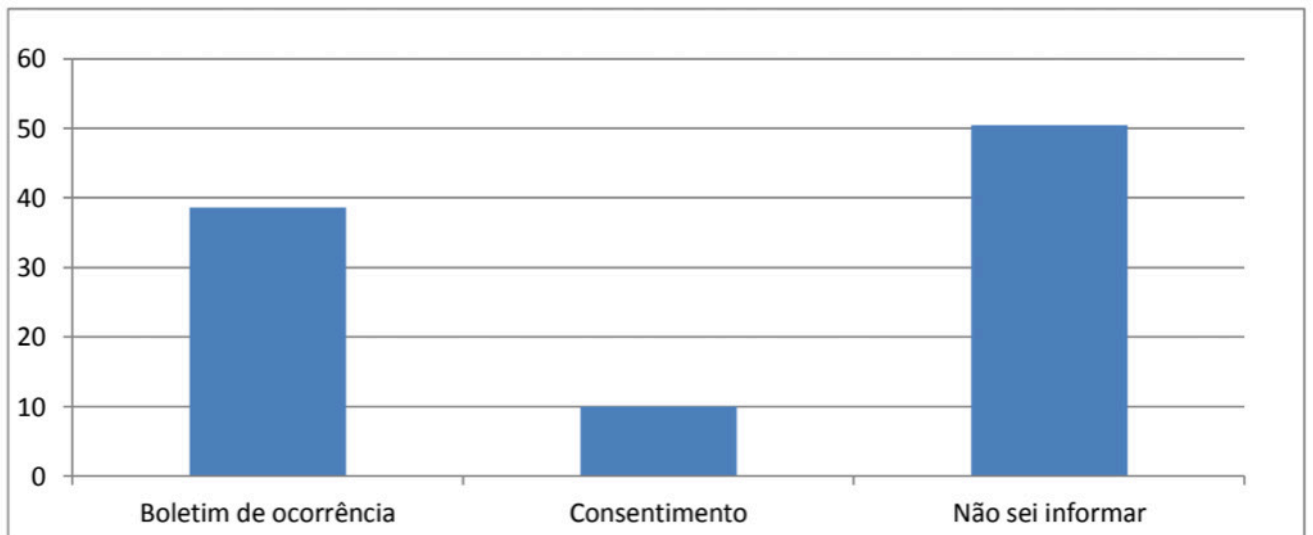


Figura 5: Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da documentação necessária para a realização da interrupção da gestação em vítimas de violência sexual (N=119).

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Para Farias e Cavalcante (2012) o caso de muitos profissionais de saúde insistirem na apresentação do Boletim de Ocorrência se deve ao fato de muitos destes não confiarem nos discursos apresentados pelas mulheres vítimas de violência e terem receio de cometer um crime apesar do Código Penal Brasileiro em seu art. 20 § 1º estabelecer que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”, protegendo dessa forma todos os profissionais que atuam na referida prática.

Convém esclarecer que o atendimento prestado às mulheres vítimas de violência sexual é baseado no fluxo preconizado pelo Ministério da Saúde que recomenda acolhimento humanizado, escuta qualificada, anamnese e avaliação de risco para todas sem distinção (BRASIL, 2004).

O questionário também nos permitiu verificar a opinião dos profissionais mediante a realização dos abortamentos no PIGL: 23 (19,3%) discordam da realização do abortamento, 69 (57,9%) concordavam com os procedimentos de interrupção da gestação dos casos previstos em lei, 18 (15,1%) não possuíam opinião formada sobre o assunto e 09 (7,5%) possuíam outro tipo de opinião. É possível observar, que a maioria dos profissionais 103 (86,5%) revelarem não ter conhecimento quanto aos aspectos éticos ou jurídicos relacionados ao abortamento, entretanto, ainda assim 57,9% (69/119) dos pesquisados concordam com a interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

3.3 Orientação religiosa e discordância quanto ao direito de interrupção voluntária da gestação.

No que se refere ao convencimento de uma mulher grávida pós-estupro a levar adiante a gestação, 33 (27,7%) dos profissionais se consideram favoráveis a tal postura,

enquanto 78 (65,5%) reprovam tal comportamento e 08 (6,7%) não responderam o questionamento. Tais resultados são corroborados pela questão na qual 69 (57,9%) dos profissionais se manifestam favoráveis ao abortamento legal. Entretanto, nota-se que os profissionais que são favoráveis ao convencimento da mulher grávida pós-estupro a levar a gestação a diante são motivados a este comportamento pelo fator religioso, uma vez que uma parte significativa daqueles que se declararam católicos ou evangélicos apresentaram posicionamento favorável a este tipo de conduta.

3.4 Atuação no PIGL e Justificativas de Recusa

Ao se posicionarem com relação à possibilidade de atuar em um serviço de referência para a interrupção da gravidez em casos previstos em lei a maioria – 72 (60,5%) respondeu que não atuaria no serviço, e apenas 43 (36,1%) disseram que atuariam e 04 (3,3%) preferiram não responderem à questão.

A questão seguinte questionava aos inquiridos acerca da justificativa para não atuarem no PIGL. Essa questão foi utilizada com o objetivo de identificar as razões por influência ética, moral, religiosa, emocional, cultural, etc., que impedem os profissionais de enfermagem de atuarem no PIGL. Por ser subjetiva e em decorrência da diversidade das respostas, estas foram categorizadas em palavras-chave que classificavam os motivos da rejeição: Sem opinião formada: 12 (15,7%); Inviolabilidade da vida: 14 (18,4%); Religioso: 06 (7,8%); Emocional: 12 (15,7%); Profissional: 10 (13,1%); Objeção de consciência: 02 (2,6%); não responderam: 20 (26,3%).

Nessa análise qualitativa o argumento religioso foi verificado explicitamente em apenas seis questionários, entretanto os profissionais que se posicionaram contra o aborto por acreditarem no direito inviolável à vida possuem uma forte motivação religiosa por trás do seu argumento. Corroborando este achado, Faúndes e Barzlatto (2004), em seu estudo também identificaram a forte influência da religião sobre os profissionais da saúde, fator este que desmotiva os profissionais a fazerem parte de equipes de interrupção gestacional prevista em lei.

Um outro argumento que também chamou a atenção das pesquisadoras foi o emocional que obteve um percentual bastante expressivo. Duarte e Melo-Almeida (2011) também verificaram o mesmo em seu estudo, no qual afirmam que os profissionais de saúde são despreparados para vivenciarem os aspectos psicoemocionais que envolvem o processo de interrupção da gestação em decorrência principalmente da restrita formação acadêmica e profissionalizante e escassa capacitação nas instituições que ofertam esse tipo de serviço.

3.5 Conhecimento sobre Objeção de Consciência

Quando foram interrogados em relação à objeção de consciência nos serviços de abortamento verificou-se que 18 (13,5%) consideram que o direito a objeção de consciência não cabe nos casos de necessidade de abortamento por risco de morte para a mulher; 11 (8,2%) consideram que o direito a objeção de consciência não cabe

em situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça; 27 (20,3%) consideram a objeção de consciência como um direito do profissional e que pode ser alegado em qualquer ocasião; 31 (23,3%) consideram que o direito a objeção de consciência pode ser alegado por motivação religiosa e/ou de foro íntimo desde que devidamente justificada; 46 (34,5%) não souberam informar.

Nota-se que apenas 29 (21,7%) dos profissionais optaram por responder as primeiras afirmativas, ou seja, apenas estes possuem conhecimento adequado, ao menos parcialmente, em relação ao direito a objeção de consciência. O mesmo foi percebido por Rocha et al. (2015) em seu estudo, pois apenas dois participantes da pesquisa demonstraram conhecimento adequado acerca do tema abordado e 22 responderam parcialmente. Corroborando este achado Camargo et al. (2014) enfatizam a escassez de conhecimento dos profissionais acerca do direito à objeção de consciência em relação ao abortamento legal, bem como o reduzido número de pesquisas acadêmicas relacionadas ao tema.

3.6 Qualificação profissional para atuação no PIGL

No que tange à investigação acerca da opinião dos profissionais quanto à necessidade de qualificação específica para atuarem no PIGL, 84 (70,5%) consideram-se favoráveis à qualificação, 28 (23,5%) foram contrários à mesma e 07 (5,8%) não responderam. Aqueles que se posicionaram a favor foram indagados acerca de que tipo de qualificação os profissionais deveriam receber entre as sugestões apresentadas destacaram-se: formação ou conhecimento em psicologia, bioética, legislação específica, serviço social e direitos humanos.

Quando questionados acerca da abordagem do tema aborto durante a graduação ou formação técnica, 71 (59,6%) responderam que o referido tema foi abordado em algum momento, 46 (38,6%) responderam que o tema não foi abordado durante o processo de formação e 02 (1,6%) voluntários não responderam esta questão (Figura 6).

A questão seguinte pergunta aos participantes da pesquisa se os mesmos conhecem o posicionamento do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em relação ao aborto, 86 (72,2%) afirmaram desconhecer a afirmação em relação ao aborto, apenas 31 (26%) afirmaram conhecer o posicionamento do COFEN relacionado ao aborto e 02 (1,6%) se abstiveram da resposta (Figura 6).

Estas duas últimas questões revelam o desconhecimento dos profissionais enquanto categoria em relação ao tema, o que dificulta a estes profissionais não só compreenderem o assunto como também desmotivam o interesse dos mesmos a participarem de equipes de PIGL. Soares (2003) em seu estudo verificou que uma das dificuldades apresentadas pelos profissionais para fazerem parte das equipes de PIGL é justamente o desconhecimento por parte dos colaboradores em relação à legislação vigente sobre o abortamento legalizado. Este dado também aponta para um grave

erro dos cursos de nível técnico e superior, pois demonstram a pouca ênfase dada pelos mesmos a um tema tão atual, conflitante e de importância ímpar para toda a sociedade.

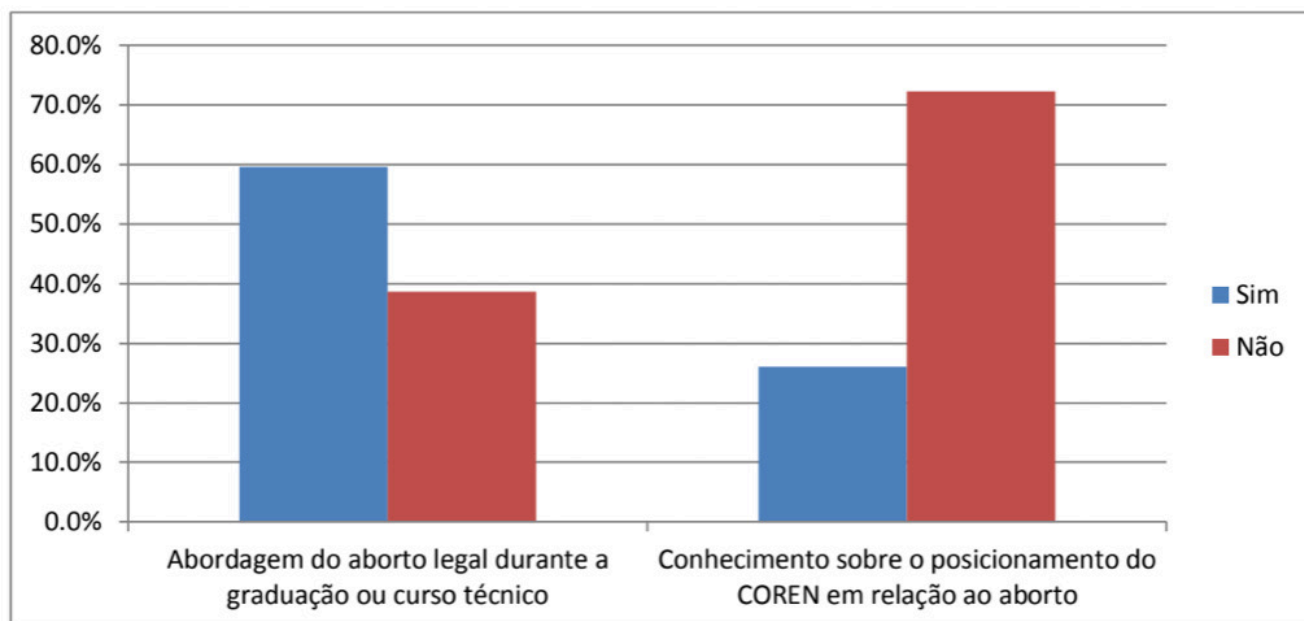


Figura 6: Abordagem do tema aborto durante o curso de formação e conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto posicionamento do COFEN quanto ao tema.

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos resultados pode-se verificar que apesar da maternidade ofertar o serviço de referência para o abortamento previsto em lei desde 2004, os colaboradores de enfermagem que desenvolvem suas atividades laborais na mesma permanecem com conhecimento reduzido em decorrência da pouca divulgação do serviço pela instituição.

A esse quadro soma-se o desconhecimento destes profissionais sobre a estrutura e o funcionamento do PIGL na instituição que é referência para o programa no Estado de Sergipe, observável pelo fato de que a maioria dos participantes não soube informar como o programa funciona, sendo citado apenas por algumas pessoas que o relacionavam aos atendimentos de casos de violência sexual. É importante enfatizar também que o PIGL além de prestar assistência a gestantes vítimas de violência sexual, atende também nos demais casos de abortamento permitido em lei como anencefalia fetal e gestações que trazem risco de morte para mulher.

Diante do achado acima, propõe-se uma maior divulgação institucional e técnica do serviço de interrupção de gestação nos casos previstos em lei da maternidade para todos os seus colaboradores (profissionais de saúde e administrativo), como também a criação de espaços de debates e reflexões sobre os aspectos éticos e jurídicos que

envolvem o aborto.

Faz-se necessário ressaltar também que é dever dos cursos de formação de nível técnico e superior a abordagem em sua grade curricular sobre o tema abortamento, tanto em seus aspectos técnicos quanto os aspectos bioéticos e jurídicos, a fim de proporcionar aos futuros profissionais de enfermagem conhecimento suficiente para atuarem na área de maneira satisfatória e eficaz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 14 de Jan. de 2016.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.989 de 14 de maio de 2012.** Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf>. Acesso em: 15 de Jan. de 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311 de 08 de fevereiro de 2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 16 de Jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 14). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 16 de Jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 16 de Jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde.** Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2004. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000125646.PDF>>. Acesso em: 25 de Set. de 2016.

DINIZ D. et al. **A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil.** Revista Bioética, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014.

DUARTE, D. A.; MELO-ALMEIDA, M. G. **Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 34, n. 2, p. 279, 2011.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. **Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães.** Ciência Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1755-63, 2012.

FAÚNDES A, BARZELATTO J. **O drama do aborto: em busca de um consenso.** Campinas: Komedi; 2004. p.127.

LUNARDI, V. L.; SIMÕES, A. R. **(Re) ações da equipe de enfermagem frente à possibilidade de**

participação em um aborto legal. Revista de Enfermagem UERJ. v. 12, 2004.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. **Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações.** Athenea digital: revista de pensamiento y investigación social. Barcelona. Vol. 13, n. 2 (jul. 2013), p. 239-244, 2013.

ROCHA, W. B. et al. **Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal.** Revista Bioética, v. 23, n. 2, 2015.

SOARES G. S. **Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.** Caderno de Saúde Pública, v. 19, Supl 2, p. 399-406, 2003.

SELL, S. E.; HENCKEMAIER, L. **Aborto legal e suas implicações para a equipe.** VII Congresso Brasileiro em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Trabalho 209. 2010.

WESTPHAL, F. P. S. **Reflexões acerca do acesso ao aborto legal no Brasil: Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres versus o direito de objeção de consciência dos médicos que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde–SUS.** Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 42, 2009.

ZEFERINO, M. G. **Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência.** 2010. 122 f. Tese (Doutorado em enfermagem psiquiátrica). Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012011-91939/es.php>>. Acesso em: 08 de Fevereiro de 2016.

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE NA AMAZÔNIA: CUIDADOS SUSTENTADOS PELA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE

Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

Universidade Federal do Amapá.

Macapá- Amapá

Ingrid Souza Reis Santos

Universidade Federal do Amapá.

Macapá- Amapá

Raissa dos Santos Flexa

Universidade Federal do Amapá.

Macapá- Amapá

Larissa Duarte Ferreira

Universidade Federal do Amapá.

Macapá- Amapá

RESUMO: Introdução: A construção do saber e execução de práticas de cuidados referentes aos processos de gestar e parir a partir das tecnologias não-invasivas podem interrelacionar-se a teoria ambientalista de Florence Nightingale, que se fundamenta no equilíbrio entre o ser humano e o ambiente que o circunda para manutenção da saúde. **Percursos metodológico:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade relato de experiência que se utilizou de observação participante para obtenção e análise de dados. Realizado a partir das vivências em aulas práticas em uma maternidade no estado do Amapá. **Resultados e discussões:** A partir dos subsídios teóricos ambientalistas foram utilizadas algumas

técnicas como musicoterapia, penumbra, deambulação e respiração. Todas as gestantes mencionaram sentir-se acolhidas pela equipe que realizavam esses cuidados. Desta forma, foi percebido uma releitura a respeito da evolução da enfermagem obstétrica, na tentativa de desmedicalizar o parto. Além da importância do trabalho do enfermeiro para fornecimento de apoio emocional e clínico à mulher, a fim de tornar este momento mais agradável e efetivo.

Considerações finais: A teoria de enfermagem, portanto agrega valor à experiência de acadêmicos durante a prática obstétrica, uma vez que oferece subsídio para a tomada de decisão e atitude ativa do enfermeiro durante o trabalho de parto. A teoria ambientalista integra e justifica o uso das tecnologias neste momento ao aliar seus conceitos de promoção de bem estar aos benefícios, como no controle da dor, no relaxamento, na melhora da ansiedade em todo o percurso do trabalho de parto.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem obstétrica, trabalho de parto, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: Background: *The construction of knowledge and execution of care practices related to the process of pregnancy and childbirth from non-invasive technologies can interrelate to Florence Nightingale's environmental theory that is based in the balance between the human and the environment that surrounds it*

to maintenance of health. **Methods:** *Descriptive study of qualitative approach in an experience report that was used the participant observation for data acquisition and analysis. Made from the experiences in practical classes in a maternity hospital in the state of Amapá.* **Results and discussions:** *From theoretical environmentalist subsidies were used some techniques like music therapy, penumbra, ambulation and breathing. All the pregnant women mentioned that they felt welcomed by the nursing team that did these care. Therefore, it was noticed a re-reading about the evolution of obstetric nursing, in the attempt to avoid the childbirth using a lot of medicine. Besides the importance of the nurse's work to provide emotional and clinical support to the women, in order to do this moment more pleasant and effective.* **Conclusions:** *The nursing's theory, therefore adds value to the experience of nursing academics during obstetric practice, since it provides support for the nurses making decisions and doing active attitude during the parturition assistance. The environmentalist theory integrates and justifies the use of technologies non-invasives at this time by combining its concepts of promoting welfare and benefits, such as pain control, relaxation and anxiety control throughout the parturition.*

KEYWORDS: obstetric nursing, labor obstetric, nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

Considerada precursora da enfermagem atual, Florence Nightingale, ainda na segunda metade do século XIX, por preocupar-se com o bem-estar dos indivíduos colaborou para a consolidação de transformações sociais, com sua presença em campanhas de promoção à saúde e em conflitos, ações estas que ressaltaram o valor ambientalista de uma de suas principais teorias (BORGES et al., 2010).

A teoria de Nightingale, chamada teoria ambientalista, fundamenta-se no pressuposto que a manutenção da saúde está associada ao equilíbrio entre o ser humano e o ambiente que o circunda, tornando o enfermeiro um sujeito que colabora ativamente para promoção de uma relação harmoniosa entre o ser e o estar na sociedade (MACEDO et al., 2008), enfatizando, desta forma, a preocupação necessária com as dimensões físicas, psicológicas e sociais do ser humano, conferindo uma atenção humanitária e holística.

Desse modo, reafirmando os movimentos de humanização da assistência, nos anos 90, a partir dos cuidados obstétricos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), as práticas intervencionistas apresentam-se em um processo de transformação (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017). Esta transformação, interrelaciona-se a teoria ambientalista, considerando a gestante e todo seu contexto de gestar e parir que proporciona maior bem-estar.

As tecnologias não-invasivas são definidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados que compreendem e respeitam o processo fisiológico do parto (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2013). Estas, de forma holística,

dentro do cuidado na enfermagem obstétrica, vêm sendo utilizadas com intuito de proporcionar a mulher a vivência de um parto na forma mais natural e prazerosa possível, como experiência única, com a redução de fatores estressantes no processo.

Este conjunto de técnicas relacionadas ao alívio de dor promove benefícios a curto e longo prazo ao binômio mãe-filho. Reduz a necessidade de cesarianas, os pedidos por analgesia peridural, e o tempo de trabalho de parto, podendo melhorar consideravelmente a experiência do parto (PIMENTEL, 2016).

A construção do saber e execução de práticas de cuidados referentes aos processos de gestar e parir a partir das tecnologias não-invasivas fundamenta-se no respeito aos aspectos sociais, culturais e principalmente emocionais que influenciam diretamente no cuidado e relação entre a gestante e o profissional (VERSIANI et al., 2015). Com tudo isso, o empoderamento da mulher e a qualidade da assistência, se integram a teoria ambientalista a fim atingir o bem estar da mulher durante o trabalho de parto e parto, por meio das tecnologias não invasivas.

Este estudo objetiva relatar aspectos vivenciados por acadêmicas de enfermagem em aulas práticas em uma maternidade na Amazônia Legal com alicerce na evidência científica e sustentada nos valedouros subsídios da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, a partir de métodos descritivos e observacionais de uma realidade vivenciada e os achados relacionados à teoria relevantes (DYNIEWICZ, 2009).

Este estudo foi realizado a partir das vivências das aulas práticas na disciplina “Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal”, de acadêmicos do 5º semestre do curso Bacharelado em Enfermagem, no Hospital da Mulher Mãe Luzia localizado no município de Macapá, estado do Amapá, dentro da Amazônia Legal.

A coleta de dados realizada por acadêmicos de enfermagem durante os meses de julho a agosto de 2017. Utilizou-se da observação participante para obtenção dos dados expostos, isto é, técnica pela qual se chega ao conhecimento de um determinado grupo a partir do contato direto entre o pesquisador e o fenômeno (GIL, 2008).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Hospital da Mulher Mãe Luzia localizado na Amazônia Legal, põe o estado do Amapá como coadjuvante da saúde obstétrica nacional, principalmente por esse ser o único hospital do estado e atender a demanda não só deste, mas também das localidades próximas do interior do Pará.

Alcançando cada vez mais espaço dentro desta maternidade, as tecnologias

não invasivas têm contribuído e mudado a perspectiva da população em relação a assistência prestada durante o trabalho de parto. Grande parte da melhora dos serviços ofertados na maternidade, deve-se as especializações para a formação de enfermeiros obstetras, uma vez na formação destes são instruídas a partir da utilização das tecnologias não invasivas no alívio da dor, aliando os benefícios teóricos às práticas na maternidade.

Técnicas as quais favorecem um trabalho de parto mais calmo e proporcionam o empoderamento da parturiente, em que a mesma terá controle da dor, através do controle da respiração e relaxamento muscular. Diversos estudos indicam que o relaxamento e as técnicas de respiração oportunizam a oxigenação otimizada do feto, reduzem a frequência cardiorrespiratória e a atividade do sistema nervoso simpático materno desviando, deste modo, o foco da dor e aumentando a sensação de autocontrole (MELSON, 2002; REZENDE, 2014).

Por meio do acolhimento, criação de vínculo e da escuta sensível proporcionados pelas acadêmicas, as parturientes foram influenciadas de maneira favorável. Através da informação, apoio, orientação quanto a maneira correta da respiração, posição, expressão corporal, além da oportunidade da presença do acompanhante e também do respeito a escolha das parturientes, foram fatores contribuintes para que o parto ocorresse de forma calma, tranquila, acolhedora e até prazerosa.

Dentre diversas técnicas não invasivas para o controle da dor, as utilizadas pelas acadêmicas durante as aulas práticas foram o uso da penumbra, deambulação, balanço pélvico, o banho de aspersão, a massagem e a respiração.

Odent (2005) e Leboyer (2004) relatam que o brilho das luzes artificiais dos hospitais é um excitador do córtex cerebral da mulher, que aguçam a sensibilidade no processo de trabalho de parto. A respeito do uso da penumbra, Florence Nightingale (1989) declara que não é apenas a claridade que as mulheres durante o trabalho de parto de parto, mas o uso da luz solar direta. Em virtude disso, o uso da penumbra nas parturientes na maternidade foi um dos fatores essenciais para que houvesse o controle da dor.

Existem evidências de que a verticalização das posições para o parto são importantes contribuintes para a diminuição da duração do trabalho de parto e não estão associadas ao aumento do intervencionismo ou efeitos negativos para o bem-estar materno e do recém-nascido (LAWRENCE et al., 2009; LOWDERMILK et al., 2012).

Macedo et al (2005), Odent (2005) e Neme (2005) asseguram os benefícios da verticalização da posição no período de dilatação do trabalho de parto. A posição em vertical e a movimentação, através da deambulação e do balanço pélvico favorecem o fluxo sanguíneo fetal, também intensificam e acentuam a efetividade das contrações uterinas, diminuem a sensação dolorosa e com o auxílio da ação da gravidade concedem um trabalho de parto o mais fisiológico possível, permitindo com que a mulher tenha liberdade durante o trabalho de parto, um fator primordial para um bom

trabalho de parto.

O banho de aspersão e a massagem são medidas de conforto, as quais também são uma tecnologia de cuidado e são imprescindíveis para ajudar a parturiente durante o trabalho de parto (NIGHTINGALE, 1989). A higiene vai permitir com que haja contato da mulher com a água, um elemento importante nesse processo, e também a massagem, principalmente na região lombar, as quais proporcionam conforto e alívio da dor.

O controle da respiração é uma das formas principais de oportunizar com que a mulher se torne protagonista do próprio parto, controlando a dor. Nightingale (1989) diz que a promoção de autonomia ao paciente promoverá uma diminuição considerável na ansiedade. Ação a qual será possível através da assistência prestada em que o foco deve estar nas necessidades da mulher, a qual precisa estar devidamente informada e esclarecida sobre os direitos, procedimentos a serem feitos e decisões acerca do corpo dela respeitadas.

O uso das tecnologias não invasivas proporcionaram o empoderamento dessas parturientes, permitindo o relaxamento das mesmas, controle da dor, da ansiedade, tornando o ato de parir menos traumático e uma experiência prazerosa. Assistência prestadas pelas acadêmicas, a qual apresentou resultados benéficos e efetivos para o parto, fazendo com que essas mulheres assistidas elogiassem os métodos empregados e declarassem que gostariam da mesma assistência nos próximos partos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria de enfermagem, portanto agrega valor à experiência de acadêmicos durante a prática obstétrica, uma vez que oferece subsídio para a tomada de decisão e atitude ativa do enfermeiro durante o trabalho de parto. Ativa ao tornar possível um ambiente mais agradável para as mulheres que ali gestam, como a utilização da penumbra, da estimulação de exercícios de respiração, massagem, sempre respeitando a vontade e escolha da mulher.

As tecnologias não invasivas utilizadas estão cada vez mais presentes nas maternidades do país, porém a teoria ambientalista integra e justifica esses cuidados, ao aliar seus conceitos de promoção de bem estar aos benefícios, como no controle da dor, no relaxamento, na melhora da ansiedade em todo o percurso do trabalho de parto.

Foi percebido que em muitos momentos a mulher se via desorientada ao ter que decidir a posição mais confortável e como se portar com a equipe, pois já chegavam com uma conceito concebido de que na maternidade a mulher não poderia expressar suas emoções, gostos e vontades. Quando isso acontecia, a grávida e seus acompanhantes eram orientados do papel determinante do empoderamento da mulher para um trabalho de parto bem sucedido, e assim então, as tecnologias não invasivas

eram implementadas.

A aplicação de práticas e atitudes no cuidado na enfermagem, transformam a experiência vivida pela gestante e, sobretudo, fundamentam o vínculo de confiança com o profissional. Por tudo isso, respeitar a fisiologia do processo de parturição também é uma tecnologia de cuidado, e dessa maneira, é possível conciliar o papel do enfermeiro e da mulher como mediadores do trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

BORGES, A. M. et al. **Florence nightingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem**. Revista cultura de los cuidados. n. 27, p. 46-53, 2010.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Paulo: Difusão, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAWRENCE, A. et al. **Maternal positions and mobility during first stage labour**. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2, 2009.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LOWDERMILK, D. L. et al. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012.

MACEDO, P. de O. et al. **As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 341-347, 2008.

MACEDO, P. de O. et al. **Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente**. Revista de. Enfermagem. UERJ, v. 13, n. 3, p. 306-312, 2005.

MELSON, K. A. et al. **Enfermagem materno-infantil: planos de cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3ª ed Sarvier, 2005.

NIGHTINGALE, F.. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. In: **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Cortez, 1989.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. 2ª ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

PIMENTEL, M. M. **A utilização das tecnologias não invasivas no cuidado em obstetrícia na atenção ao parto e nascimento**: uma revisão integrativa. 2016. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2016.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. **Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil.** Escola Anna Nery, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100215&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 05 nov. 2017

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. **Non-invasive nursing Technologies for pain relief during childbirth:** The Brazilian nurse midwife's view. Midwifery, Londres, v. 29, n. 11, p. 99-106, 2013. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00218-5/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00218-5/abstract)>. Acesso em: 28 out. 2017.

VERSIANI, C. de C. et al. **The meaning of humanized childbirth for pregnant women.** Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1927-1935, 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3491>>. Acesso em: 28 out. 2017.

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-114-5

