

VII Edição

SAÚDE DA MULHER E OBSTETRÍCIA

DO ENSINO À ASSISTÊNCIA

Organizadores: Amanda Cristina
Brasílio Rodrigues, Amanda Silva
Najar Castro, Thaisse Maria de Souza
Farias, Alan José da Silva, Daiane
Depicoli de Souza, Salatiel da
Conceição Luz Carneiro, Adriely de
Lima Silva, Thiago de Sousa Farias



Saúde da Mulher e Obstetrícia: do ensino a assistência

EDIÇÃO VII

Organizadores

Amanda Cristina Brasilio Rodrigues
Amanda Silva Najar Castro
Thaísse Maria de Souza Farias
Alan José da Silva
Daiane Depicoli de Souza
Salatiel da Conceição Luz Carneiro
Adriely de Lima Silva
Thiago de Sousa Farias

SAÚDE DA MULHER E OBSTETRÍCIA: DO ENSINO A ASSISTÊNCIA



Copyright © Editora Humanize
Todos os direitos reservados

Corpo Editorial

Antonio Evanildo Bandeira de Oliveira
Geicile Santos Barreto da Paixão
Jonata Henrique de Santana
Jéssica Maria Lins da Silva
Laísa dos Santos Santana
Noeme Madeira Moura Fé Soares
Rafaela de Jesus Portugal
Salatiel da Conceição Luz Carneiro
Samanta Barbosa Feitosa
Thaynara Ramires de Farias Carvalho
Thyago de Oliveira Rodrigues

Diagramação, Publicação e Editoração

Editora Humanize

Organizadores

Amanda Cristina Brasilio Rodrigues
Amanda Silva Najar Castro
Thaisse Maria de Souza Farias
Alan José da Silva
Daiane Depicoli de Souza
Salatiel da Conceição Luz Carneiro
Adriely de Lima Silva
Thiago de Sousa Farias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (Editora Humanize, BA, Salvador)

RODRIGUES, Amanda Cristina Brasilio. CASTRO, Amanda Silva Najar. FARIAS, Thaisse Maria de Souza. DA SILVA, Alan José. DE SOUZA, Daiane Depicoli. CARNEIRO, Salatiel da Conceição Luz. SILVA, Adriely de Lima, FARIAS, Thiago de Sousa.

Saúde da Mulher e obstetrícia: do ensino a assistência - VII ED - Bahia/ BA: Editora Humanize, 2024.

1 livro digital; ed. VII; il.
ISBN: 978-65-85179-77-5

1. Gestante 2. Pesquisa 3. Saúde da Mulher
I. Título

CDD 610



APRESENTAÇÃO

O livro destaca a importância da abordagem holística e centrada na paciente, enfatizando a integração entre o ensino e a prática assistencial. Com uma linguagem clara e objetiva, a obra oferece orientações detalhadas sobre procedimentos clínicos, protocolos de atendimento e estratégias de ensino-aprendizagem, facilitando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

Além de contar com contribuições de renomados especialistas na área, a 7ª edição inclui novos capítulos e atualizações significativas em temas emergentes, como tecnologias reprodutivas, medicina fetal, e abordagem interdisciplinar em saúde da mulher. As ilustrações, tabelas e casos clínicos presentes ao longo do livro enriquecem a compreensão dos conteúdos e auxiliam na formação de um pensamento crítico e reflexivo.

"Saúde da Mulher e Obstetrícia: Do Ensino à Assistência" continua a ser um recurso valioso para a formação de profissionais de saúde comprometidos com a excelência no cuidado à saúde da mulher, promovendo uma prática clínica baseada em evidências e um ensino de alta qualidade. Esta edição reafirma o compromisso com a atualização constante e a melhoria contínua da assistência em saúde da mulher e obstetrícia.

ÍNDICE

| | | |
|---------------|---|-----------|
| Cap 01 | LUTO PERINATAL: O ACOLHIMENTO DO SOFRIMENTO MATERNO..... | 06 |
| | Introdução..... | 07 |
| | Metodologia..... | 07 |
| | Resultados e Discussão..... | 08 |
| | Conclusão..... | 10 |
| | Referências..... | 11 |
| Cap 02 | A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR MATERNO-INFANTIL..... | 12 |
| | Introdução..... | 13 |
| | Metodologia..... | 13 |
| | Resultados e Discussão..... | 14 |
| | Conclusão..... | 17 |
| | Referências..... | 17 |
| Cap 03 | A EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO MEIO PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA..... | 19 |
| | Introdução..... | 20 |
| | Metodologia..... | 21 |
| | Resultados e Discussão..... | 21 |
| | Conclusão..... | 26 |
| | Referências..... | 28 |
| Cap 04 | A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL..... | 30 |
| | Introdução..... | 31 |
| | Metodologia..... | 32 |
| | Resultados e Discussão..... | 33 |
| | Conclusão..... | 35 |
| | Referências..... | 36 |
| Cap 05 | ALEITAMENTO MATERNO: BENEFÍCIOS VITAIS PARA A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ..... | 37 |
| | Introdução..... | 38 |
| | Metodologia..... | 39 |
| | Resultados e Discussão..... | 40 |
| | Conclusão..... | 42 |
| | Referências..... | 43 |
| Cap 06 | CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS GERAIS..... | 44 |
| | Introdução..... | 45 |
| | Metodologia..... | 45 |
| | Resultados e Discussão..... | 45 |
| | Conclusão..... | 49 |
| | Referências..... | 50 |
| Cap 07 | GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DETERMINANTES SOCIAIS, SAÚDE REPRODUTIVA E IMPACTOS NA PERINATALIDADE..... | 51 |
| | Introdução..... | 52 |
| | Metodologia..... | 52 |
| | Resultados e Discussão..... | 53 |
| | Conclusão..... | 56 |
| | Referências..... | 57 |
| Cap 08 | VIVÊNCIAS MATEERNAS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO CUIDADO COM O PREMATURO APÓS ALTA HOSPITALAR..... | 58 |
| | Introdução..... | 59 |
| | Metodologia..... | 60 |
| | Resultados e Discussão..... | 62 |
| | Conclusão..... | 68 |
| | Referências..... | 69 |

LUTO PERINATAL: O ACOLHIMENTO DO SOFRIMENTO MATERNO

KARLA CAROLINA PINHO WÜST

Discente – Universidade da Amazônia, Belém-PA, Brasil.

GUILHERME DOS SANTOS PINHEIRO

Graduado – Universidade da Amazônia, Belém-PA, Brasil.

THAINA SOEIRO PINTO

Discente – Universidade Estácio de Sá, Belém-PA, Brasil.

KAMILLA LOBO ALVES

Discente – Universidade da Amazônia, Belém-PA, Brasil.

CLAUDENIZE SANTOS DE MELO CABRAL

Graduada – Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

ARTHUR SILVEIRA DE ANDRADE

Discente – Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

THAINÁ DO SOCORRO SILVA FONSECA

Discente – Universidade da Amazônia, Belém-PA, Brasil.

THIAGO CORRÊA DOS SANTOS

Discente – Universidade da Amazônia, Belém-PA, Brasil.

EWELLYN SILVA VASCONCELOS NONATO

Graduada – Unama, Belém-PA, Brasil.

PATRÍCIA DO SOCORRO NUNES PEREIRA LIMA

Docente/ Orientadora – Universidade da Amazônia, Belém-PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

No imaginário social, a concepção a respeito da maternidade é geralmente associada a termos como nascimento, comemoração, felicidade, início, vida, entre outros. No entanto, inúmeras complicações podem ocorrer durante a gestação, incluindo a morte do bebê antes mesmo de seu nascimento, o que contrapõe essa imagem social (MAUSHART, 2006). Um momento que seria de felicidade se torna uma experiência de luto e dor, podendo a perda de um feto desestabilizar o indivíduo que sonhou e idealizou o seu filho. Com isso, Torloni (2007, p. 297) afirma que, “A morte de um feto é a morte de um sonho”.

Trata-se de uma dor muitas vezes invisibilizada e não legitimada pela crença do senso comum de que não houve tempo suficiente para estabelecer vínculo afetivo entre genitora e seu bebê ainda dentro do ventre ou recém-nascido (LACANA, 2022). Sendo assim, além da dor da perda, a incompreensão pode levar à falta de suporte e acolhimento da mãe.

Portanto, durante o processo da perda é percebida uma dificuldade em encarar o luto decorrente de óbito fetal ou de recém-nascido, chamado de luto perinatal (IACONELLI, 2007). Além disso, há uma lacuna no preparo de profissionais de saúde para validar e acolher o luto perinatal, podendo ter falas e atitudes violentas, inclusive contribuindo para agravar a dor dos enlutados.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é dar visibilidade ao sofrimento materno, considerando os aspectos envolvidos no luto perinatal, além de tecer sobre a importância da assistência psicológica para o acolhimento e fortalecimento de recursos de enfrentamento e sua inserção na equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo compreendeu uma análise qualitativa e transversal da literatura sobre o tema do luto perinatal e o acolhimento do sofrimento materno. Esta abordagem foi escolhida devido à sua capacidade de explorar em profundidade as experiências, perspectivas e práticas relacionadas ao luto perinatal e ao acolhimento do sofrimento materno. Os descritores utilizados para a busca foram "Luto Perinatal" e "Acolhimento Materno". Para estabelecer os critérios de inclusão, optou-se por incluir estudos publicados entre os anos de 2006 a 2023, disponíveis nas bases de dados Scielo, Portal de Periódicos CAPES e Google Acadêmico.

Considerou-se importante restringir a busca de estudos em português para abranger a literatura relevante produzida no contexto brasileiro sobre o tema do luto gestacional e apoio materno. Além disso, foram incluídos estudos que abordam experiências de enlutamento e acolhimento materno, tanto do ponto de vista dos pais quanto dos profissionais de saúde. Os critérios de exclusão foram aplicados para remover estudos que não atendiam aos parâmetros de inclusão estabelecidos. Isso incluiu estudos que não estavam diretamente relacionados ao tema do luto perinatal e do acolhimento materno, bem como estudos que não apresentavam resultados relevantes para a análise proposta.

Durante a triagem inicial, os estudos foram submetidos a uma avaliação cuidadosa com base nos requisitos de inclusão e exclusão. A seleção final dos estudos incluídos foi realizada de forma independente por dois revisores, com divergências resolvidas por consenso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O luto é uma resposta normal e esperada frente a uma perda significativa, seja real ou simbólica. A sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. Apesar de ser um processo universal, sua forma de lidar e expressar será sempre singular; contudo, os enlutados apresentam comumente sentimentos profundos de tristeza, impotência, solidão, desespero, fracasso, dor, frustração, desamparo entre outros (MUZA et al, 2013).

Existem vários tipos de luto tais como: luto natural (normal), luto complicado (não elaborado), luto coletivo, luto não reconhecido, luto não autorizado, luto antecipatório, luto adiado, luto inibido e etc. Cabe destacar, entre eles o luto perinatal, trata-se da dificuldade de elaboração do luto decorrente a morte de um filho ainda no útero, ao longo da gestação, durante o parto ou pós-parto e as primeiras semanas de vida do bebê (ARRUDA et al, 2021; MUZA, 2013).

Contrariando o percurso natural da vida, onde supõe-se que os pais deveriam morrer antes dos filhos, a morte precoce da prole representa uma experiência traumática, independentemente da idade em que isso ocorra. Assim, o luto perinatal sempre é vivência dolorosa marcada por fortes impactos psíquicos e sociais significativos tanto na vida da mãe como na família (ARRUDA et al, 2021).

A morte inesperada de um filho interrompe sonho e esperança, causa frustração de desejos, fantasias, identificações, isto é, quebra toda e qualquer expectativa que os pais constroem para

recebê-lo. Desse modo, a perda de um bebê é sentida e interpretada pelo âmbito familiar, no mínimo, como desconcertantes e constrangedora, instaurar intenso trabalho psíquico de luto que, se não cuidado e elaborado, tornam-se fatores de risco para o luto patológico, além da impotência ante a capacidade de exercer a função mãe/pai (LAGUNA et al, 2021).

Ao casal, o óbito precoce de um filho, representa uma perda inestimável com vivências de sofrimento e dor semelhantes aos enlutados, todavia é a mulher que mais é atravessada pelas questões de gênero no luto perinatal. De modo que, a mulher tem que enfrentar o luto e a expressão do pesar com alta intensidade, devido à pressão social de desempenhar o papel de idealização da maternidade e do bebê perfeito. Assim, deve-se considerar que o luto perinatal a mulher além de ser incompreendido, não é reconhecido socialmente, caracterizando-se como um luto não autorizado (ARRUDA, 2021)

Por se observar a dificuldade de elaboração da perda de um filho que nem "chegou a nascer" é comumente intensificada pela falta de apoio social. Iaconelli (2007) ressalta que, no luto perinatal, nem sempre é escutado o desejo dos pais de realizar procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são realizados, não deixam de criar certo constrangimento. E quando os rituais são realizados, ainda assim, os pais costumam ouvir declarações de que seus bebês são substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho do luto. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração desse tipo de luto tendam a ser desconsideradas.

Ainda segundo Iaconelli (2007), o luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. A morte do filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida - morte dos pais, dos mais velhos -. Não há como compartilhar desse luto no senso comum da modernidade, ficando os pais duplamente desamparados: pelo bebê e pelos adultos.

Segundo Elizabeth Kübler-Ross, pioneira dos estudos em Tanatologia, através da obra "Sobre a morte e o morrer", descreve o processo de luto e perda dividindo em cinco fases: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Embora, o paciente possa apresentar qualquer fase, ou, até mesmo, pode parar em uma delas sem vivenciar as outras, todas requerem atenção adequada. Portanto, a mulher em luto perinatal necessita de cuidados de profissionais capacitadas, como uma psicóloga, a fim de que possam auxiliá-la na elaboração da perda do filho (LAGUNA et al, 2021; MUZA, 2013).

A rede de apoio da mulher frequentemente composta pela família e equipe de saúde multiprofissional é fundamental para o enfrentamento desse período de luto perinatal, haja vista que proporciona acolhimento, confiança, empatia, respeito etc. Por conseguinte, ter um profissional psicólogo na equipe de saúde disponível e atento a escutar, além de garantir assistência humanizada da mãe, melhora o seu bem-estar, favorecendo a ressignificação da perda, assim reduzir o sofrimento materno (Santos et al, 2022).

Portanto, há um tempo para todo o processo de elaboração do luto e que não pode ser apressado nem pela família e nem pela equipe de saúde. Na verdade, o tempo tem de ser usado para melhorar a capacidade do enlutado de processar a perda do bebê. Os profissionais da equipe de saúde que se propõem a ajudar essa população precisam saber manejar os momentos iniciais de um luto, tanto no que se refere aos sentimentos dos pacientes diante do fenômeno da morte como aos seus próprios atravessamentos (Carvalho e Meyer, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, de natureza qualitativa, permitiu uma maior compreensão sobre o significado da perda perinatal e o papel da equipe multiprofissional que deixa a desejar com a incapacidade de oferecer um ambiente acolhedor diante da realidade e proporcionar um espaço para expressar as emoções, de forma a amparar o luto do filho perdido.

Diante da realidade, foi possível observar a carência de uma rede de apoio com o objetivo de ajudar essas famílias com a experiência vivida que lhe causa sofrimento. Segundo Iaconelli (2007, p. 622), afirma que grupos reflexivos com os pais pode ser um tratamento muito eficaz para evitar um luto patológico, pois “compartilhar a dor com outros pais enlutados têm sido uma forma de encontrar escuta do vivido e construir representações que deem conta da perda”.

Ficou evidente a importância de uma rede de apoio para as famílias que passam por esse problema, que deve ser incentivado pela atuação do psicólogo hospitalar que conduz no tripé "paciente, família e equipe de saúde". A função do psicólogo nesse cenário é a da "prevenção" de possíveis psicopatologias relacionadas à vida ou morte do bebê, além da descrição e atenção com as fantasias que os pacientes acabam criando. Nesse sentido, o trabalho não deve ser focado somente na mãe, mas também com o pai, família e a equipe de saúde. O planejamento do luto da perda do bebê precisa acontecer para devolver a saúde mental e a reconstrução psíquica a todos os envolvidos nesse sofrimento do luto perinatal.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, Alessandra Pereira et al. LUTO MATERNO PERINATAL: A DOR INVISÍVEL. **TCC-Psicologia**, 2022.
- CARVALHO, Fernanda Torres de; MEYER, Laura. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Boletim de Psicologia**, v. 57, n. 126, p. 33-48, 2007.
- IACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, p. 614-623, 2007.
- LACANA, Carolina Jaloto Lima. O cuidado ao luto perinatal: uma dor silenciada.
- LAGUNA, T. F. S. et al. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Research, society and development**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 1-8, 2021.
- MAUSHART, Susan. A máscara da maternidade: por que fingimos que ser mãe não muda nada. São Paulo: **Melhoramentos**, 2006.
- MUZA, Júlia Costa et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34-48, dez. 2013.
- SANTOS, L. L. V. et al. Papel do psicólogo hospitalar no cuidado da mulher em processo de luto perinatal. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, e553111234819, 2022.
- TORLONI, M. R. Luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: **Manole**, 2007.

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR MATERNO-INFANTIL

FLÁVIA GARCIA DE AQUINO

Graduanda de Odontologia/ Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém-Pará, Brasil.

EVELLYN DE CÁSSIA MARTINS RODRIGUES

Graduanda de Odontologia/ Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-Pará, Brasil.

PATRÍCIA GOMES NUNES

Graduanda de Odontologia/ Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-Pará, Brasil.

LETÍCIA TAVARES MAGNO RIBEIRO

Graduanda de Odontologia/ Centro Universitário FIBRA, Belém-Pará, Brasil.

MARIA CAROLINE OLIVEIRA DELMONDES

Graduanda de Odontologia/ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

SUELLY MARIA MENDES RIBEIRO

Doutoranda em Odontologia/ Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-Pará, Brasil.

INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, a mulher experimenta alterações tanto físicas quanto psicológicas, o que acarreta a suscetibilidade em questões relacionadas à saúde. Para garantir que esse período transcorra de maneira tranquila para a mãe e o bebê, é fundamental realizar o pré-natal e contar com o acompanhamento e a divisão de responsabilidades entre os profissionais de saúde (SANTOS et al., 2021). De tal forma que, a saúde bucal é importante por estar diretamente ligada ao bem-estar materno-infantil. A cavidade oral é uma porta de entrada para microrganismos como as bactérias. Assim, priorizar a saúde bucal é fundamental para evitar o desenvolvimento de doenças, infecções e problemas bucais (MUHAMMAD- SAFWAN et al., 2023).

Por essa razão, a importância da saúde bucal feminina, isto porque, muitas vezes são negligenciadas durante a gravidez, seja pelos profissionais que conduzem o pré-natal ou pelos dentistas, que temem que os procedimentos odontológicos, os quais possam afetar negativamente o feto, sendo que, as modificações hormonais geram condições desfavoráveis na cavidade bucal, tornando as gestantes mais suscetíveis ao agravamento da doença periodontal, o que provoca mudanças na composição da saliva e, conseqüentemente, aumentam a propensão a desenvolver cárie dentária, impactando negativamente na qualidade de vida durante o período gestacional (PEGORARO et al., 2021). Somado com o fato de que, as grávidas, por falta de informação, incertezas, dificuldades de acesso, crenças e receios, acabam não buscando o tratamento odontológico necessário, o que pode contribuir para o surgimento de problemas de saúde bucal (SAMPAIO et al., 2021).

Diante desse cenário, o objetivo desta revisão de literatura é destacar a importância do pré-natal odontológico no contexto gestacional, ressaltando a necessidade de uma abordagem integrada e cuidadosa para garantir não apenas a saúde bucal, mas também o bem-estar geral das mulheres durante a gravidez.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão da literatura, baseada na pesquisa interativa e exploratória sobre a importância do pré-natal odontológico no período gestacional, a qual foi desenvolvida nas bases de dados científicas PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Embase, no mês de janeiro do ano de 2024. A pesquisa foi realizada sem restrições de idioma e território, utilizando os descritores Decs/Mesh na língua inglesa ‘*Prenatal Care*’, ‘*Dental Care*’ e ‘*Maternal and Child Health*’, usando o operador booleano AND.

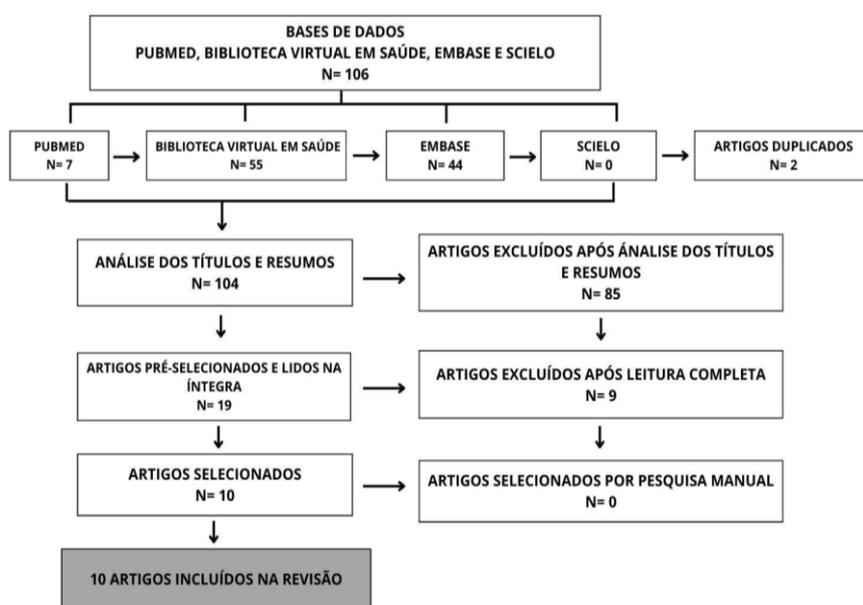
Para a seleção dos artigos considerou-se os seguintes critérios de inclusão: revisões sistemáticas, revisões de literatura, estudos observacionais/transversais, guias de prática clínica, ensaios clínicos randomizados e não randomizados, revisões de metanálises, estudos publicados nos dos últimos 5 anos (2019 a 2024), pertinente a temática proposta e disponibilidade de acesso gratuito.

Diante dos resultados das buscas nas bases de dados, os artigos que corresponderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos foram submetidos à análise dos resumos e títulos, sendo feita a exclusão de estudos duplicados. Para concluir, realizou-se uma leitura manual nas referências bibliográficas dos artigos selecionados, a qual teve finalidade de incluir os estudos pertinentes à temática tratada nesta revisão de literatura, mas nenhum estudo foi incluído.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas nas bases de dados científicas resultaram em 293 estudos sem obedecer os critérios de inclusão e exclusão. Com a aplicação dos parâmetros estabelecidos nesta revisão resultaram em 106 estudos. Após a leitura e análise dos títulos e resumos na íntegra e, destes, 10, foram incluídos na presente revisão de literatura. Além destes, nenhum artigo foi selecionado a partir da busca manual nas referências bibliográficas dos estudos já selecionados. De tal forma que, essa revisão incluiu e avaliou apenas 10 estudos (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma de estratégia de busca e seleção de artigos.



Fonte: Autores, 2024.

No quadro abaixo (Quadro 1), estão descritas as características dos artigos selecionados para esta revisão de literatura.

Quadro 1- Descrição dos estudos selecionados sobre a importância do pré-natal odontológico, de acordo com autor(es) e ano, tipo de estudo e principais resultados.

| AUTOR | METODOLOGIA | RESULTADOS |
|-----------------------------|--------------------------------|---|
| Abuhaloo b et al 2019 | Revisão Sistemática | A incorporação de programas de saúde bucal no cuidado do pré-natal teve uma melhora significativa na saúde oral das gestantes e de seus bebês. |
| Bandeira et al 2020 | Randomizado | A percepção dos profissionais sobre a colaboração interprofissional no cuidado materno-infantil foi favorável. |
| Bernadi et al 2019 | Observacional | Lacunas referentes à assistência odontológica às gestantes, por profissionais e pelas gestantes. |
| Jain et al 2020 | Observacional | As gestantes apresentavam pelo menos um mito sobre saúde bucal. Adiaram a escovação por muitos dias após parto e evitavam o consumo de comidas e bebidas quentes/frias na gestação. |
| Pegoraro et al 2021 | Observacional | Gestantes apresentaram dor devido a cárie dentária. Além disso, foram consideradas como risco potencial de transmissão vertical do SARS-CoV-230 para o feto. |
| Santos et al 2021 | Observacional | Cuidado materno-infantil satisfatório. Porém, ainda há insegurança quanto às intervenções odontológicas que podem ser realizadas. |
| Sampaio et al 2021 | Randomizado | Confirmaram a hipótese de que gestantes, integralmente assistidas durante o pré-natal com tratamento odontológico tiveram uma boa gravidez, enquanto as que não foram acompanhadas apresentaram casos de prematuridade, complicações em seus recém-nascidos e morte neonatal. |
| Souza et al 2021 | Revisão Sistemática | Gestantes evitavam buscar o atendimento odontológico por receio de que os procedimentos pudessem prejudicar o bebê e possuem poucas informações sobre saúde bucal. |
| Muhamma d-Safwan et al 2023 | Observacional | Demais profissionais não acreditam que a saúde bucal fosse um componente importante da assistência pré-natal e não encaminharam as gestantes para a realização de procedimentos odontológicos. |
| Xiao et al 2019 | Metanálise/Revisão Sistemática | Os cuidados de saúde bucal pré-natais testados incluíram o fornecimento de suplementos de flúor, exames/limpezas orais, educação em saúde bucal, encaminhamento para tratamento odontológico. |

Fonte: Autores, 2024.

Segundo Muhammad-Safwan et al.(2023), 59% dos profissionais de saúde, incluindo terapeutas, enfermeiros e médicos, relataram que incorporaram a avaliação de saúde bucal como parte integrante de sua abordagem no acompanhamento pré-natal. No entanto, muitos destes profissionais reconheceram realizar o encaminhamento odontológico como uma obrigação profissional, em vez de compreenderem plenamente a importância da saúde bucal como um

componente crucial da assistência durante a gravidez. É importante ressaltar que a falta de cuidados adequados pode acarretar danos tanto para a mãe quanto para o bebê, destacando a necessidade de uma abordagem mais abrangente e proativa em relação à saúde bucal durante a gestação (Muhammad-Safwan, 2023).

De tal forma, Souza et al. (2021), destaca a urgência de investimentos e expansão das equipes de saúde bucal, como estímulo à capacitação contínua de cirurgiões-dentistas e outros profissionais da equipe de saúde da família, uma vez que é crucial intensificar as ações de educação em saúde nos profissionais, assim, contribuirá para a propagação da importância do pré-natal odontológico, sendo que a falta de informações fazem às gestantes evitarem a busca por atendimentos por receio de prejudicar o bebê (Souza, 2021). Bernardi et al. (2019), constatou que 88,1% dos cirurgiões-dentistas realizam regularmente atendimentos odontológicos durante a gravidez, enquanto 4,8% só o fazem em situações de emergência ou mediante autorização do médico obstetra. Esses profissionais manifestaram preocupações durante o atendimento, como a possibilidade de aborto, desmaios e parto prematuro. No entanto, todos os entrevistados afirmaram não terem receios ao fornecer orientações sobre a saúde bucal da mãe e do bebê, realizar procedimentos restauradores (99,2%) e realizar raspagem e alisamento periodontal (85,7%). Assim, ressaltaram a importância de estabelecer um protocolo clínico específico para o atendimento a gestantes, além da necessidade de cursos de capacitação e atualização nessa área (Bernardi, 2019).

Conforme Jain et al. (2020), as diversas concepções arraigadas e narrativas folclóricas constituem como elementos frequentes na vida cotidiana de muitas mulheres grávidas, especialmente na região setentrional da Índia, e estão vinculadas à negligência dos cuidados de higiene bucal. O estudo revela que 84,2% das participantes entrevistadas aderem a pelo menos uma dessas crenças tradicionais, sendo a mais difundida a ideia de que não se deve escovar os dentes após o parto, uma prática que pode se estender por um período de 2 semanas a 2 meses. Ademais, outras crenças equivocadas estavam ligadas ao consumo de alimentos quentes ou frios durante a gestação, à crença de que a anestesia local poderia afetar o desenvolvimento dos órgãos do feto e ao receio de que extrações dentárias pudessem causar aborto espontâneo. Um percentual de 36,6% das entrevistadas optou por evitar o consumo de alimentos quentes ou frios durante a gravidez, por temerem perder seus dentes (Jain, 2020).

Ademais, a maioria das gestantes carece de conhecimento sobre os cuidados odontológicos durante a gestação. Essa falta de informação, aliada à persistência de mitos e tabus, muitas vezes resulta no adiamento tardio ou na não realização de procedimentos odontológicos necessários durante esse período crucial, segundo Pegoraro et al. (2021), a busca por cuidados odontológicos

durante a gravidez , geralmente, ocorre somente quando a gestante está enfrentando dor, frequentemente associada a lesões de cárie. O estudo indica que as mulheres grávidas são identificadas como tendo um potencial risco de transmissão vertical do SARS-CoV-2 para o feto, o que as coloca como uma preocupação significativa e alvo de iniciativas de prevenção e controle da infecção por Covid-19 (Pegoraro, 2021).

CONCLUSÃO

Infere-se, portanto, que os estudos analisados revelam uma lacuna existente na compreensão e na prática dos profissionais de saúde em relação aos cuidados odontológicos durante a gravidez. Embora uma parcela significativa desses profissionais tenha incorporado a avaliação da saúde bucal como parte de sua abordagem do pré-natal, ainda persiste uma visão limitada sobre a importância integral desse aspecto para a saúde gestacional. A falta de informação das gestantes sobre os cuidados odontológicos adequados, aliada a mitos e tabus arraigados, resulta em um adiamento frequente ou na não realização de procedimentos essenciais, o que pode acarretar consequências prejudiciais tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disso, a emergência da pandemia de Covid-19 adiciona uma nova camada de preocupação, destacando a importância da prevenção e do controle da infecção entre as gestantes. Diante desse contexto, é crucial investir na expansão das equipes de saúde bucal e na capacitação contínua dos profissionais, visando uma abordagem mais proativa e abrangente em relação à saúde bucal durante a gestação. A educação em saúde tanto para os profissionais quanto para as gestantes desempenha um papel fundamental nesse processo, visando superar barreiras e promover um acesso mais eficaz aos cuidados odontológicos pré-natais, contribuindo assim para o bem-estar materno e infantil.

REFERÊNCIAS

- ABUHALOUB, L et al. Maternal and child oral health interventions in Middle East and North Africa regions: a rapid review. **International Dental Journal**, v. 69, n. 9, p. 409-418, dez. 2019.
- BANDEIRA, M. V. R et al. Colaboración interprofesional para el seguimiento odontológico prenatal en atención primaria de la salud. **Salud Colectiva**, v. 15, e2224, 24 jan. 2020.
- BERNARDI, C. B et al. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na rede cegonha. **Arquivos Em Odontologia**, v. 55, p. 1-11, 2019.
- JAIN, L et al. Prevalence of myths regarding oral health among pregnant women in North India. **International Journal of Dental Hygiene**, v.19, n. 1, p. 127-134, 15 out. 2020.
- MUHAMMAD-SAFWAN, N. S et al. Knowledge, attitudes, and practices of healthcare professionals on oral care of pregnant women in Brunei Darussalam. **BDJ Open**, v. 9, n. 1, 31 jul. 2023.
- PEGORARO, M. V et al. Taboos and myths for the dental care during pregnancy: an observational study with a hospital basis. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 26, n. 1, p. 124-134, jan./abr. 2021.

SAMPAIO, J. R. F et al. Sociodemographic, Behavioral and Oral Health Factors in Maternal and Child Health: An Interventional and Associative Study from the Network Perspective. *Int J Environ Res Public Health*, v. 18, n. 8, p. e3895, 8 de abr. 2021.

SANTOS, I. C. B et al. O cuidado em saúde bucal na gestação: conhecimentos e atitudes de agentes comunitários de saúde. *Rev. Rede cuid. saúde*, v. 15, n.1, p. 28-46, jul. 2021.

SOUZA, G. C. A et al. Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Plur*, v. 7, n. 1, p. 124-146, jan. 2021.

XIAO, J et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Research*, v. 53, n. 4, p. 411-421, 2019.

A EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO MEIO PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

KARLA CAROLINA PINHO WÜST

Discente/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

ROSIANA SILVA DA SILVA

Discente/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

THAINÁ DO SOCORRO SILVA FONSECA

Discente/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

GUILHERME DOS SANTOS PINHEIRO.

Graduado/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

ISABELLE RISUENHO MARQUES DA SILVA

Discente/ Centro Universitário do Estado do Pará, Belém-Pará, Brasil.

KAMILLA LOBO ALVES

Discente/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

THIAGO CORRÊA DOS SANTOS

Discente/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

PATRÍCIA DO SOCORRO NUNES PEREIRA LIMA

Docente/ Universidade da Amazônia, Belém-Pará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um problema de saúde pública que afeta milhares de mulheres em todo o mundo. De acordo com material produzido pela World Health Organization (WHO) em 2014, os tipos de violência antes, durante e após o parto podem ser diversos, não sendo exclusivamente relacionados a violências físicas, mas também envolvem as dimensões psicológicas e emocionais das mulheres. Desde o século passado, observa-se que os partos sofreram grandes mudanças, sendo acompanhados por avanços na medicina, que favoreceram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas no que diz respeito ao processo de parto (Zanardo, 2017).

No entanto, percebe-se que no decorrer do desenvolvimento da técnica médica, a autonomia da mulher sobre o seu processo de parto tem sido sobreposta por discursos médicos que muitas vezes se sobrepõem aos desejos da parturiente, colocando-a em situações de vulnerabilidade na qual perde a autonomia sobre seu corpo e acaba por ser exposta a situações que transgridem os seus direitos reprodutivos (Pereira et al., 2016). Ademais a associação dessa prática médica com a ausência de ações educacionais voltadas para a educação em saúde, no que diz respeito às mulheres em processo gestacional, amplificam a probabilidade da parturiente de ser submetida a violências, uma vez que as mesmas, com frequência, têm dificuldade em distinguir o que se constitui como agressão ou não (Cardoso et al., 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), define-se a educação em saúde como sendo um conjunto de práticas do setor em questão que contribui para o autocuidado e fomenta o debate entre profissionais e gestores a fim de alcançar um processo de atenção à saúde que seja multiprofissional e humanizado. Tendo isso em vista, essas práticas educacionais colocam como atores principais da articulação pela manutenção da saúde populacional os profissionais de saúde, os gestores e a própria população por meio do processo de autocuidado. No que diz respeito a violência obstétrica, a educação em saúde seria utilizada como ferramenta assistencial com o intuito de estimular a autonomia da mulher tornando-a consciente de seus direitos, bem como, estimula a efetivação de práticas mais humanizadas pelas equipes envolvidas no processo de parto.

Dessa forma, este capítulo, tem por objetivo realizar um levantamento do percurso histórico que permeia a violência obstétrica, além de colocar em pauta a importância da efetivação de ações educacionais na área da saúde como forma eficaz de prevenir a violência e promover a saúde por meio de estímulos a autonomia e a segurança das mulheres. Ao proporcionar uma visão abrangente e teórica da temática, espera-se contribuir para uma maior discussão e conhecimento científico, além

de oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas e práticas de atendimento que garantam um cuidado obstétrico mais humanizado e respeitoso.

METODOLOGIA OU MÉTODOS

O presente estudo foi elaborado por meio de uma pesquisa qualitativa e integrativa da literatura acerca da efetivação da educação em saúde como meio de reduzir os índices de violência obstétrica. Essa abordagem foi escolhida porque permite ter uma identificação do tema, fazendo uma análise subjetiva e aprofundada da temática, permitindo compreender o assunto em sua complexidade, explorando perspectivas, estigmas e intervenções acerca da educação em relação a violência obstétrica. Os descritores utilizados foram: “Violência Obstétrica”, “Educação” e “Saúde”. Para os critérios de inclusão e exclusão, estabelecemos que seriam utilizados materiais publicados entre os anos de 2004 a 2024, disponíveis nas bases de dados Scielo, Scribd, Portal Ascis, Revista de enfermagem em foco, Biblioteca Virtual em Saúde, Portal dos Periódicos da Unirio, Revista Eletrônica Acervo Saúde.

Além disso, para o critério de exclusão foram descartados estudos que não abordavam acerca do tema ou não apresentavam resultados relevantes para a pesquisa. Para escolha inicial, foi feita uma seleção de literaturas acerca do tema e com muita atenção uma avaliação minuciosa com bases dos critérios de exclusão e inclusão, para que assim no final dos estudos tivéssemos um bom resultado.

RESULTADOS E DISCUSÃO

Historicamente, o corpo da mulher foi representado como objeto que pode ser controlado, invadido, investigado, manipulado sem consentimento. O corpo grávido não está distante desse processo, isso pode ser comprovado pelo corpo e o útero de grávidas serem submetidos a procedimentos e/ou técnicas invasivas e desnecessárias independentemente da vontade da mulher, revelando que o corpo feminino é sujeito a uma luta de força na relação de desigualdade entre os gêneros por meio de sua dominação (Ayres, Henriques e Amorim, 2018).

O parto social era realizado por parteiras que detinham conhecimento baseado em espiritualidade e saberes tradicionais no âmbito doméstico, com ajuda de familiares, vizinhas e amigas da parturiente, porém em decorrência das práticas frequentes de aborto induzido e ato de

infanticídio perdeu lugar gradualmente para o parto de cunho científico. Contudo, ao hospitalizar grávidas e institucionalizar o parto, reduz o poder de escolha das mulheres a respeito do tipo de parto, local, principalmente sobre seu corpo, retirando sua autonomia em um momento no qual deveriam ser protagonistas (Coelho, Andrade e Almeida, 2020).

A medicalização durante o período de pré-parto, parto e pós-parto, legitima o ato médico na assistência ao parto, acompanhado de uma prática que tem o objetivo de interferir, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto. Para esse fim tem-se a ampliação do tipo de parto: natural, cesariana e humanizado; dos lugares onde pode ocorrer: no domicílio, no hospital, na maternidade, casa de parto, centro de parto normal; das posições corporais: de quatro apoios, deitada, semi-sentado; e das técnicas adotadas: com medicação, com analgesia entre outros. Apesar desses recursos representarem um avanço no desenvolvimento científico da ginecologia e obstetrícia, no entanto apresentam desvantagem no que se refere à configuração de um cenário propício para ocorrência de diversas formas de violências institucionais, entre as quais destaca-se a obstétrica (Palharini e Figueirôa, 2018).

O par mãe-bebê estabelece uma relação de perfeita simbiose, isto é, conectados por um cordão umbilical para transporte nutricionais e gasosas, de mesmo modo existe uma ligação invisível (cordão simbólico) para trocas psíquicas e emocionais. Dessa forma, depreende-se que a violência obstétrica provoca consequências irreparáveis para a díade mãe-bebê, tais como: hemorragias, cicatrizes, ameaça ou aborto fetal, traumas intrauterinos, dor e infertilidade, morbimortalidade materno-infantil, além das sequelas psicoemocionais (Santiago e Souza, 2017).

A gestação, o parto e o puerpério, são períodos de muita instabilidade e mudanças à mulher - condição favorável à crise (Coelho, Andrade e Almeida, 2020). Nesse sentido, é fundamental que ela se sinta acolhida, segura e orientada por meio de uma rede de apoio (família, amigos e profissionais da saúde) a fim de que possa vivenciar a sua gravidez com saúde física e emocional e o ciclo gravídico-puerperal seja concluído sem intercorrências para mãe e bebê.

No Brasil, foram criadas iniciativas para atenção obstétrica, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal posteriormente em 2004 e o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal (PQM) em 2008. Marcos conceituais e histórico que apresentam em comum, a busca pelas boas práticas de atenção obstétrica, garantia de acolhimento nos serviços, melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a qualificação da assistência obstétrica e neonatal (Ministério da Saúde, 2017).

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ATUALIDADE

Apesar da implementação das políticas mencionadas anteriormente, no que tange à violência obstétrica, ainda se observam índices alarmantes de incidência deste tipo de violência. De acordo com Lansky (2019), em uma pesquisa realizada com 555 mulheres, das participantes do estudo, cerca de 12,6% relataram terem sido vítimas de violência obstétrica, sendo que dessas mulheres afetadas observou-se que a maioria encontrava-se em situação de baixa renda, ou sem a presença de acompanhante durante o parto.

A desinformação e a centralização do conhecimento sobre o parto e o processo gestacional na figura do profissional da saúde, é elencado pela literatura como um dos principais fatores contribuintes para a manutenção dos índices de violência obstétrica (Almeida, 2017; Paiva et al ,2022; Oliveira e Penna, 2017). Isso porque, durante o processo gestacional da mulher, pouco se discute sobre os direitos reprodutivos da parturiente e da gestante, de maneira que ao serem expostas a violações durante o processo do parto, as mulheres, com frequência, não conseguem identificar procedimentos e atitudes médicas como formas de agressão, uma vez que devido ao momento de urgência e a vulnerabilidade da gestante, tais procedimentos, muitas vezes, são mascarados como intervenções rotineiras, mesmo que extremamente invasivas (Silva et al , 2019).

De acordo com Medeiros *et al* (2018), constituiu-se como violência obstétrica, procedimentos como a episiotomia¹ (sem necessidade, anestesia ou avisar a parturiente), o uso de ocitocina² (sem necessidade), a manobra de Kristeller³ e a efetivação de atitudes negligentes por profissionais da saúde, tais como negar acompanhamento a parturiente, não permitir a mesma escolher a sua posição de parto ou a impedir de beber água ou se alimentar durante esse momento, fazer exames de toque sem o esclarecimento e consentimento da parturiente, além de praticar qualquer tipo de violência emocional, física e psicológica à gestante.

No artigo “Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães” escrito por Matos, Magalhães e Féres (2021) observam-se relatos de mulheres vítimas de violência obstétrica que

¹ Episiotomia é um corte feito entre a vagina e o ânus com objetivo de ampliar o canal de parto e facilitar a saída do bebê.

² Ocitocina é o hormônio que ajuda a causar contrações no útero durante o parto.

³ Manobra de Kristeller é a técnica obstétrica usada para ajudar no parto, aplicando pressão na barriga da mãe para empurrar o bebê para fora.

perpassam desde a negação de acompanhamento familiar às parturientes até a execução de agressões verbais, físicas e emocionais efetivas contra as gestantes durante o processo do parto.

Senti como se ele tentasse com força enfiar a mão dentro da minha vagina, eu reclamava muito e ouvia uns fora do tipo: “cala a boca, você quis parto normal agora aguenta” (Rebeca). “Eu sentia uma fome e uma sede absurda, estava tão fraca, a boca totalmente seca, me contorcendo de dor quando senti uma lâmina me rasgando. Imediatamente eu perguntei que porra era aquela, se ele tinha me cortado, porque eu senti uma dor absurda e parecia que era um mega talho da vagina até o ânus, essa era a sensação que eu tive na hora. Ele não respondeu absolutamente nada (Matos, Magalhães e Féres, 2012, p,7-8).

Por vezes, a urgência da situação associada ao violento discurso médico faz com que as gestantes se sintam encurraladas e inferiorizadas ao relatarem suas dores e sofrimentos. A dor do parto mistura-se à solidão vivenciada durante esse momento de falta de acolhimento e sentimentos violentos deixam de ser simbolizados e manifestados, levando a dores e sequelas físicas e emocionais que acompanham a gestante para além do parto (Cardozo, 2022).

Tal panorama é elencado por Cardozo et al (2022) como um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento de depressão pós-parto. A experiência traumática, por vezes, interfere na vivência da experiência materna e priva as gestantes de momentos significativos com o bebê após o parto, de forma que se vivencia uma falta de acolhimento profissional tanto no que diz respeito às necessidades das mães quanto dos bebês.

Ademais, observa-se que a violência obstétrica tende a ser efetivada com maior frequência com mulheres em situação de baixa renda, baixa escolaridade e/ou integrantes de grupos minoritários (Assis, 2018; Feitosa, Carvalho, Santos 2023). Isso porque, o acesso à informação por esse contingente populacional tende a ser ainda mais reduzido que os demais públicos, de maneira que as denúncias e reivindicações por direitos básicos da parturiente tendem a ser escassas, fortalecendo ainda mais a possibilidade de manutenção de condutas médicas autoritárias e criminosas sob a figura da gestante.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE PREVENÇÃO

Ao longo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram desenvolvidos diversos programas como forma de promover a prevenção e promoção à saúde, a determinadas populações. Através disso, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM),

Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (Fernandes Vilela, 2014; Medeiros et al., 2018).

O autor Fernandes Vilela (2014), destaca que através do programa Estratégia Saúde da Família, foi observado que mulheres grávidas que recebiam a assistência da ESF, conseguiam ter um maior acesso à saúde e buscavam mais os cuidados pré-natais. Apesar de algumas mulheres grávidas terem acesso aos programas de saúde do SUS para os cuidados pré-natais, é abordado em alguns estudos científicos que há uma falha no sistema de saúde quanto à orientação e preparação da mulher para protagonizar o ato de parir (Silva; Nakano; Bonan, 2021). Com isso, é necessária uma atenção maior à educação em saúde para essas mulheres.

A educação em saúde tem como objetivo conscientizar as pessoas para a emancipação e responsabilidade no cuidado com a saúde. Ela se baseia no diálogo, oportunizando a troca de experiências, sua prática possibilita a ampliação de perspectivas para o rompimento de paradigmas e estímulo para atitudes emancipatórias sobre as questões de saúde (Souza; Rodrigues, 2020). Segundo Alves (2004), a educação em saúde pode ser realizada tanto formalmente em espaços habituais dos serviços, através de palestras e material informativo, como panfletos, cartilhas e folders que podem ser efetuadas através de ações de saúde cotidianas, de maneira informal. A utilização desses métodos informativos de educação em saúde permite promover um conhecimento acerca do seu próprio corpo, da gestação e do seu parto. Por outro lado, a falta de informação e a ausência de conhecimento das gestantes e seus familiares abre brechas de vivenciarem uma possível violência obstétrica.

Segundo Santos et al (2019), o que ocorre durante a assistência pré-natal e no processo do nascimento da criança, pode interferir diretamente na relação materno-infantil. Portanto, salienta-se a importância de melhorar o tratamento oferecido às mulheres neste período, visando uma mudança nesse cenário atual. De acordo com Ragagnin et al (2017), conhecer sobre todos os aspectos relevantes da gestação, traz uma segurança na mulher durante esse período de gestação, sendo necessário informar seus direitos legais, a anatomia e fisiologia do corpo feminino durante a gravidez, parto e puerpério.

Dessa maneira, é importante oferecer uma escuta de qualidade, na qual é possível ouvir e validar os sentimentos de angústia, anseios e queixas trazidas no relato de cada gestante, elucidando que a dor é subjetiva, e esclarecendo todas as suas dúvidas quanto à gestação, parturição e pós-parto imediato e tardio, de modo que, a mulher possa se sentir segura durante sua gestação e orientada com todas as informações possíveis. Essas informações e orientações podem ser realizadas de forma

individual e coletiva, utilizando grupos de apoio, oficinas, jogos educativos e círculos de diálogo que possam promover informação e uma melhor segurança a essa mulher.

Com isso, observamos o importante papel da psicologia na educação em saúde durante o processo gravídico desde o início da gestação até o pós-parto, essa área da psicologia é nomeada como psicologia perinatal. A Psicologia Perinatal ainda é pouco conhecida no ambiente multidisciplinar, pois é uma técnica recente, surgiu com o nome de psicologia obstétrica ou da gravidez nos anos 70, e veio para o Brasil pelas palavras da Psicóloga Maria Tereza Maldonado nesse mesmo período. Sua intervenção prática foi na década seguinte pela professora e psicóloga Fatima Ferreira Bortoletti utilizando o atendimento terapêutico com o modelo de Psicoprofilaxia do Ciclo Gravídico Puerperal, o CGP (Schiavo, 2020 p. 16205).

A Psicoprofilaxia se refere a uma Prevenção de Transtornos Psicológicos e pode ser denominada como um “Pré-natal Psicológico”, que é uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada, indicada em toda e qualquer gestação, utiliza um protocolo padrão do curso natural do CGP, adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal e prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica (Bortoletti 2007 apud Soares et. al. 2021, p3).

Logo, o pré-natal psicológico é o responsável por nortear o andamento do atendimento na psicologia perinatal. Seu método é trabalhar com a gestante e seu companheiro(a), promovendo um diálogo para que sintam-se confortáveis em expressar seus medos, anseios, dúvidas, angústias desse período singular. Esse mecanismo é utilizado como um método preventivo, com intenção de trazer suporte emocional, informal e institucional através de uma ação multidisciplinar com grupo de gestante e familiares (Benincasa 2019, p. 240).

Diante do exposto, mostra-se a importância e a necessidade de promoção de ações em educação em saúde com mulheres gestantes como forma de prevenção da violência obstétrica e assim, proporcionar uma assistência qualificada e segura à gestante.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada, foi possível fazer um levantamento dos fatores históricos e atuais que permeiam a violência obstétrica. Também se realizou uma análise crítica sobre as possibilidades de atuação em prol da prevenção das violências contra a parturiente e da promoção

de saúde física e mental para as mulheres em um momento tão delicado e importante de suas vidas, o parto.

Ao longo da história, o parto tem sido marcado por práticas invasivas e desrespeitosas para com o corpo feminino, refletindo uma cultura de objetificação e desigualdade de gênero no tratamento às mulheres que, apesar das extensas discussões e reivindicações por direitos, perdura até os dias atuais. Ainda com os avanços científicos, a institucionalização e medicalização do período gestacional ao parto abriu espaço para diversas formas de violência institucional, incluindo a violência obstétrica, que impacta profundamente a saúde física e emocional das mulheres e de seus bebês, principalmente para as que se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Neste sentido, é imprescindível que haja ações e programas em prol da conscientização das gestantes, parturientes e sua rede de apoio com informações acerca de suas possibilidades durante sua gestação e de parto, além de promover a autonomia de escolha sobre intervenções em seu corpo. O diálogo aberto e empoderador, aliado a uma escuta atenta e acolhedora por parte dos profissionais de saúde, pode transformar a experiência do parto, criando terreno para uma assistência humanizada e livre de violência. Neste sentido, a educação em saúde é apontada como uma ferramenta para a redução dos índices de violência obstétrica e é um passo crucial na promoção do bem-estar das gestantes e na garantia de seus direitos reprodutivos.

Desta forma, ficou evidenciada a importância do papel das políticas públicas de saúde que priorizem a educação em saúde como parte integrante do cuidado pré-natal e do processo de parto, investindo em iniciativas que fortaleçam o respeito e o vínculo entre gestantes, profissionais de saúde e comunidade. Através de abordagens educativas que valorizem o conhecimento e o protagonismo das mulheres em relação à sua própria saúde, podemos construir um futuro onde as gestantes se sintam seguras, respeitadas e informadas durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim poderemos de fato combater a violência obstétrica e possibilitar uma maternidade mais digna e humanizada para todas.

Por fim, estima-se com esta pesquisa instigar mais estudos acerca da violência obstétrica, uma vez que são de suma importância para dar visibilidade a um assunto por muito tempo tratado com tabu e desprezo. Além disso, os estudos sobre as violências contra a mulher, incluindo a obstétrica, possibilitam formar profissionais mais capacitados em sua atuação multiprofissional, bem como embasam a criação e manutenção de políticas públicas que contribuem para a saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mayron Morais *et al.* Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, v. 11, n. 9, p. 3346-3353, 2017.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p. 39-52, 2004.
- ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, p. 547-565, 2018.
- AYRES, Lilian Fernandes Arial; HENRIQUES, Bruno David; AMORIM, Wellington Mendonça de. Representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3525-3534, 2018.
- BENINCASA, Miria *et al.* O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **PERIODICOS ELETRONICOS EM PSICOLOGIA (PEPSIC)**, São Paulo, v. 22, ed. 1, p. 238-257, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília**: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CARDOSO, Raquel Ferreira *et al.* Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e397-e397, 2019.
- CARDOZO, Mariah Marrara *et al.* O desenvolvimento de depressão puerperal após violência obstétrica: Uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e25011629176-e25011629176, 2022.
- COELHO, Júlia Araújo; ANDRADE, A. F.; ALMEIDA, Bruno Vasconcelos de. Violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, n. 9, p. 719-740, 2020.
- FEITOSA, Camilla Medeiros Cavalcanti; CARVALHO, Juliana Bezerra de; SANTOS, Alanny Elen Ribeiro dos. Violência obstétrica: relação entre a violação dos direitos das gestantes, pobreza e racismo. 2023.
- FERNANDES, Roberta Zanelli Sartori; VILELA, Maria Filomena de Gouveia. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4457-4466, 2014.
- PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016.
- PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1039-1061, 2018.
- MATOS, Mariana Gouvêa de; MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e219616, 2021.
- MEDEIROS, Moura Rafaela Costa *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em foco**, v. 9, n. 4, 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru: Manual Técnico**. – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e06500015, 2017.
- SANTIAGO, Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerlly Silva. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise das consequências. **RIOS - Revista Científica da FASETE**, v.11, n.13, p. 148 -164, 2017.

SCHIAVO, Rafaela. Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal. BRAZILIAN JOURNAL OF HEALTH REVIEW, [s. 1.], v. 3, ed. 6, p. 16204- 16212, 2020.

SOARES, Brunna et al. A Psicologia Perinatal e Sua Importância na Prevenção da Depressão Pós-Parto: uma revisão bibliográfica. REVISTA CIENTIFICA (RCBSSP), [s. 1.], ano 2021, v. 2, ed. 1, 16 ago. 2021.

SANTOS, Amanda Basílio Bastos *et al.* Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 3, 2019.

SOUZA, Fernanda Lavarda Ramos; RODRIGUES, R. A. Guia de práticas de educação em saúde. **EduCaps**, v. 1, p. 1-12, 2020.

SILVA, S. D.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Percursos de mulheres submetidas à cesariana no setor público de atenção à saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. jan/dez; 13:8-16, 2021.

SILVA, Wanessa Barros *et al.* Educação em saúde acerca da prevenção da violência obstétrica: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 14, p. e1163-e1163, 2019.

RAGAGNIN, Marcela Vestena *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma revisão narrativa. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 1177-1182, 2017.

ZANARDO, G. L. DE P. *et al.* VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement**. World Health Organization, 2014.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNO- INFANTIL

VANESSA SOUTO PAULO

Mestre em Saúde, Ambiente e Biodiversidade – UFSB, Teixeira de Freitas, BA

JULIANA CRUZ BARRETO

Graduanda de Medicina – UFSB, Teixeira de Freitas, BA

GABRIELA GARCIA DE CARVALHO LAGUNA

Graduanda de Medicina – IMS/UFBA, Vitória da Conquista, BA

LUDMILA LOPES LUZ

Mestranda em Saúde, Ambiente e Biodiversidade - Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, Teixeira de Freitas, BA

INTRODUÇÃO

A mortalidade materno-infantil é um dos indicadores mais críticos de saúde pública, refletindo as condições socioeconômicas, o acesso a cuidados de saúde e a qualidade dos serviços oferecidos a gestantes e recém-nascidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 295.000 mulheres morreram durante a gravidez e o parto em 2017, e muitas dessas mortes poderiam ter sido prevenidas com cuidados adequados e educação em saúde (OMS, 2019). Dessa forma, investigar como a educação em saúde pode contribuir para a redução desses índices é de extrema relevância, logo é necessário compreender como diferentes métodos educativos podem ser adaptados para atender às necessidades específicas das gestantes e suas famílias, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

A relevância da pesquisa reside na potencial contribuição para a formulação de políticas públicas mais eficazes e na melhoria dos programas de educação em saúde. Ao evidenciar os impactos positivos de estratégias educativas na saúde materno-infantil, esta revisão pode subsidiar ações governamentais e de organizações não governamentais voltadas para a redução da mortalidade materno-infantil.

Esta revisão de literatura propõe-se a investigar a importância da educação em saúde na redução da mortalidade materno-infantil, considerando que a disseminação de conhecimento e práticas preventivas pode influenciar positivamente os resultados maternos e infantis. A hipótese central é que programas educativos bem estruturados, direcionados a gestantes e profissionais de saúde, podem reduzir significativamente os índices de mortalidade materno-infantil. Objetiva-se, portanto, descrever estratégias de educação em saúde que têm se mostrado eficazes na redução da mortalidade materno-infantil, com foco em programas e iniciativas implementados no Brasil.

Acredita-se que, ao proporcionar uma visão detalhada e fundamentada sobre o tema, esta revisão não apenas enriquecerá o debate acadêmico, mas também terá implicações práticas significativas, oferecendo subsídios para intervenções mais eficazes e, conseqüentemente, para a melhoria da saúde materno-infantil em diferentes contextos. Por fim, espera-se que os resultados possam servir como base para o desenvolvimento de novos programas e para a aprimoração dos já existentes. A disseminação do conhecimento adquirido contribuirá para a sensibilização de gestores públicos, profissionais de saúde e a sociedade em geral sobre a importância da educação em saúde na redução da mortalidade materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, predominantemente qualitativa, abrangendo artigos científicos, relatórios de organizações de saúde e estudos de caso publicados nos últimos 20 anos. A delimitação do campo da pesquisa inclui tanto áreas urbanas quanto rurais, permitindo uma compreensão abrangente das diferentes realidades e desafios. Serão incluídos estudos que abordem a educação em saúde materno-infantil e sua relação com a redução da mortalidade. Esta abordagem permitirá uma análise profunda das práticas e estratégias educativas, bem como a identificação de fatores facilitadores e barreiras à sua implementação.

A pesquisa buscará responder a questões fundamentais como: quais são as práticas educativas mais eficazes na redução da mortalidade materno-infantil? Como essas práticas podem ser adaptadas a diferentes contextos socioeconômicos? E de que maneira os profissionais de saúde podem ser capacitados para atuar como agentes de educação em saúde? O estudo também abordará a importância da continuidade e da abrangência dos programas educativos, considerando que a educação em saúde deve ocorrer desde o pré-natal até o pós-parto. A integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e a participação ativa das comunidades serão pontos-chave na análise das estratégias educativas.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, e Google Scholar. Quanto as estratégias de busca, foram utilizadas combinações dos Descritores em Ciências da Saúde "educação em saúde", "mortalidade materno-infantil", "programas educativos", e "saúde pública" com o operador booleano AND. Além disso, foram consultados relatórios e documentos de organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados seguiu os seguintes passos cronológicos:

1. Identificação Inicial: Realizou-se uma busca preliminar utilizando as palavras-chave especificadas, resultando em um total de 850 artigos potenciais.
2. Triagem: Os títulos e resumos dos artigos identificados foram analisados para verificar a relevância com o tema da revisão. Nesta etapa, 500 artigos que não atendiam aos critérios de inclusão foram descartados.
3. Leitura Completa: Dos 350 artigos restantes, 150 foram selecionados para leitura completa após uma avaliação mais detalhada dos resumos e da metodologia apresentada.

4. Extração de Dados: Foram extraídos dados relevantes de 4 estudos, incluindo informações sobre a metodologia, população estudada, intervenções educativas, resultados e conclusões. Os outros 146 artigos foram excluídos nesta etapa por não fornecerem dados suficientes ou relevantes para a análise.
5. Análise e Síntese: Os dados extraídos foram analisados qualitativamente. Foram identificadas e agrupadas as principais estratégias educativas utilizadas, bem como seus impactos na mortalidade materno-infantil. A síntese dos dados permitiu a identificação de tendências, lacunas e melhores práticas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diversos estudos revisados destacaram a importância dos programas de educação pré-natal, que incluem orientações sobre nutrição, cuidados durante a gravidez, sinais de complicações e preparação para o parto. Tais programas mostraram-se eficazes na redução de complicações gestacionais e na mortalidade materna e neonatal. Por exemplo, Hong *et al.*, (2021) observaram que gestantes que participaram de programas de educação pré-natal apresentaram uma redução significativa na incidência de pré-eclâmpsia e parto prematuro.

A formação contínua de profissionais de saúde em práticas humanizadas e educativas foi apontada como crucial para melhorar os desfechos de saúde materno-infantil. Medeiros *et al.* (2018) relataram que a capacitação de enfermeiras e parteiras em técnicas de comunicação e atendimento humanizado resultou em melhores interações com as pacientes e uma redução na taxa de cesarianas desnecessárias.

Estudos demonstraram que a educação em saúde comunitária, incluindo campanhas de conscientização e grupos de apoio para gestantes e mães, teve um impacto positivo significativo na mortalidade materno-infantil, especialmente em áreas rurais e comunidades desfavorecidas. Maldonado *et al.* (2020) destacaram que programas comunitários de educação em saúde materno-infantil contribuíram para um aumento na utilização de serviços pré-natais e uma diminuição das taxas de mortalidade neonatal.

A utilização de tecnologias móveis e plataformas digitais para disseminar informações sobre saúde materno-infantil tem se mostrado eficaz. Aplicativos e mensagens de texto são ferramentas úteis para alcançar populações de difícil acesso e garantir que informações cruciais cheguem às gestantes. Haddad *et al.* (2019) evidenciaram que o uso de aplicativos móveis resultou em uma

melhoria na adesão aos cuidados pré-natais e no aumento do conhecimento sobre sinais de alerta durante a gravidez.

Tabela 1: Impacto dos Programas de Educação Pré-Natal

| Autores | População | Intervenção | Resultados |
|--------------------------------|----------------------------|---|---|
| Hong <i>et al.</i> , (2021) | Gestantes em áreas urbanas | Programas de educação pré-natal | Redução de 30% na incidência de pré-eclâmpsia |
| Maldonado <i>et al.</i> (2020) | Enfermeiras e parteiras | Capacitação em atendimento humanizado | Redução de 25% nas cesarianas desnecessárias |
| Medeiros <i>et al.</i> (2018) | Comunidades rurais | Campanhas de educação em saúde comunitária | Aumento de 40% na utilização de serviços pré-natais |
| Haddad <i>et al.</i> (2019) | Gestantes em áreas rurais | Aplicativos móveis para cuidados pré-natais | Melhoria de 50% na adesão aos cuidados pré-natais |

Fonte: Autoria própria (2024).

Os resultados desta revisão de literatura demonstram que a educação em saúde desempenha um papel vital na redução da mortalidade materno-infantil. Programas de educação pré-natal têm sido eficazes na preparação das gestantes para reconhecerem sinais de complicações e buscarem ajuda médica de maneira oportuna (Hong *et al.*, 2021). Além disso, a capacitação contínua de profissionais de saúde melhora significativamente a qualidade do atendimento prestado às gestantes, resultando em melhores desfechos de saúde (Medeiros *et al.*, 2016).

Quadro 1: Principais Estratégias Educativas Identificadas

| Estratégia | Descrição |
|---------------------------------------|--|
| Programas de Educação Pré-Natal | Orientações sobre nutrição, cuidados na gravidez e sinais de complicações. |
| Capacitação de Profissionais de Saúde | Formação contínua em práticas humanizadas e educativas. |
| Intervenções Comunitárias | Campanhas de conscientização e grupos de apoio. |
| Uso de Tecnologias | Aplicativos e mensagens de texto para disseminação de informações. |

Fonte: Autoria própria (2024).

As intervenções comunitárias são particularmente eficazes em áreas rurais e comunidades desfavorecidas, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado. A educação em saúde

comunitária não apenas aumenta a conscientização sobre os cuidados pré-natais, mas também fortalece os laços sociais e o suporte entre as gestantes (Maldonado *et al.*, 2020).

O uso de tecnologias móveis para disseminação de informações de saúde é uma estratégia inovadora que tem mostrado resultados promissores. Aplicativos e mensagens de texto permitem alcançar populações que, de outra forma, poderiam não ter acesso a informações cruciais sobre saúde materno-infantil. Estudos indicam que essas ferramentas aumentam a adesão aos cuidados pré-natais e melhoram o conhecimento das gestantes sobre sua saúde (Haddad *et al.*, 2019).

Os achados desta revisão são consistentes com a literatura vigente, que destaca a importância de abordagens integradas e multifacetadas na educação em saúde para a redução da mortalidade materno-infantil. A combinação de programas de educação pré-natal, capacitação de profissionais, intervenções comunitárias e uso de tecnologias representa uma abordagem robusta para enfrentar os desafios da mortalidade materno-infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou a importância da educação em saúde como uma ferramenta fundamental na redução da mortalidade materno-infantil. Mediante uma análise abrangente da literatura existente, foi possível identificar estratégias educativas eficazes que, quando implementadas de maneira adequada, têm o potencial de melhorar significativamente os resultados de saúde para mães e bebês.

A educação pré-natal se destacou como uma estratégia vital, capacitando gestantes com informações essenciais sobre nutrição, cuidados durante a gravidez e identificação de sinais de alerta. A capacitação contínua de profissionais de saúde também demonstrou ser essencial, garantindo que enfermeiras, parteiras e outros profissionais estejam bem preparados para oferecer um atendimento humanizado e de alta qualidade. As intervenções comunitárias, especialmente em áreas rurais e comunidades desfavorecidas, mostraram-se eficazes ao aumentar a utilização de serviços de saúde e promover práticas saudáveis. Por fim, o uso de tecnologias móveis emergiu como uma abordagem inovadora para disseminar informações de saúde e melhorar a adesão aos cuidados pré-natais.

Para futuras pesquisas, seria interessante explorar a integração de diferentes estratégias educativas, avaliando como a combinação de programas pré-natais, capacitação profissional e tecnologias móveis pode maximizar os benefícios para a saúde materno-infantil. Além disso,

estudos longitudinais que acompanhem gestantes e profissionais de saúde ao longo do tempo podem fornecer percepções valiosas sobre a sustentabilidade e o impacto a longo prazo dessas intervenções educativas. A pesquisa também pode se expandir para incluir a análise de políticas públicas específicas que apoiem e financiem programas de educação em saúde, examinando sua eficácia em diferentes contextos socioeconômicos e culturais.

A continuidade das pesquisas nesse campo é essencial para desenvolver e implementar programas educativos ainda mais eficazes e abrangentes, que possam contribuir de maneira significativa para a redução da mortalidade materno-infantil ao nível global. A colaboração entre pesquisadores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e comunidades será fundamental para alcançar esses objetivos e promover uma saúde materno-infantil melhor e mais equitativa.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternal mortality**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 21 jun. 2024.

HADDAD, Samira M.; SOUZA, Renato T.; CECATTI, José Guilherme. Mobile technology in health (mHealth) and antenatal care—searching for apps and available solutions: a systematic review. **International journal of medical informatics**, v. 127, p. 1-8, 2019.

HONG, Kwan et al. Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. **Women and Birth**, v. 34, n. 3, p. 219-230, 2021.

MALDONADO, Lauren Y. et al. Improving maternal, newborn and child health outcomes through a community-based women's health education program: a cluster randomised controlled trial in western Kenya. **BMJ global health**, v. 5, n. 12, p. e003370, 2020.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, p. 1091-1098, 2016.

Anais do II Congresso de Iniciação Científica da UFPE. Recife: UFPE, 1996. p. 21-24. (referência de anais de congresso/simpósio).

ALEITAMENTO MATERNO: BENEFÍCIOS VITAIS PARA A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ

ASHLEY CAYMMI DE ALBUQUERQUE LAURINDO

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, Recife PE

IASNAIA MARIA OLIVEIRA SILVA LIRA

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, Recife PE

MAURÍLIO DA SILVA CASTRO

Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, Recife PE

JAINE AMORIM ARAÚJO

Graduanda em Nutrição pela Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão - UNISULMA, Imperatriz MA

VITORIA STEPHANE DE SOUZA VALE

Residente Obstétrica pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA, Manaus AM

PEDRO HENRIQUE NASCIMENTO SANTOS

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe - UFS, Aracaju SE

BRENO MENEZES RODRIGUES

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Macaé RJ

YASMIM KAROLAINÉ GOMES DELGADO

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, Recife, PE

ADRIELY DE LIMA SILVA

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda - FACHO, Olinda PE

MATHEUS WILLIAM MEDEIROS DA PAZ

Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, Recife PE

INTRODUÇÃO

A amamentação é um ato de amor e cuidado, ultrapassando as barreiras culturais e geográficas. Nos primeiros momentos após o nascimento, o leite materno fornece não só o primeiro alimento do bebê, mas também nutrientes essenciais e anticorpos que ajudam a fortalecer seu sistema imunológico para garantir sua saúde enquanto se desenvolve. O ato de amamentar não só fortalece o vínculo emocional do binômio, mas também traz benefícios para a saúde física e mental da própria mãe (Keppler et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde enfatiza a importância da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do bebê, seguida pela complementação com outros alimentos até os dois anos. Isso é fundamental para reduzir a morbimortalidade infantil e fortalecer o vínculo entre mãe e filho. Além de água, vitaminas e minerais essenciais, o leite materno também contém imunoglobulinas, enzimas e hormônios que ajudam a proteger recém-nascidos contra infecções; estas substâncias são ausentes em fórmulas artificiais frequentemente usadas como substitutas inadequadas ao leite materno (Ministério da Saúde., 2018).

Por isso para a promoção do aleitamento materno foram implementadas políticas públicas, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1990, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS), além da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil de 2012, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, publicada na Portaria 1.130/2015 e a Lei 13.435/2017 que destacou o mês de agosto como o mês do Aleitamento Materno com o objetivo de estimular ações de conscientização sobre a importância do aleitamento materno (Ministério da Saúde., 2017).

Em um estudo de pesquisa, onde seu escopo foi baseado na dor aguda causada pelos procedimentos, a qual o neonato é submetido ao nascer, tal como, vacinas, monitoramento da glicose, injeção de vitamina K e outros, abordou o aleitamento como método não farmacológico para o alívio da dor em neonatos, uma vez que causa o efeito de "Gate Control", impedindo que a dor chegue ao sistema nervoso central, sendo importante ressaltar que o controle da dor é um dos oito princípios do cuidado neonatal, sendo o aleitamento o responsável não somente pelo alívio da dor, mas também estabelece vínculo entre a mãe e o bebê (Valete; Montenegro; Ferreira, 2024).

O processo de sucção, logo após o nascimento, é responsável por promover estímulos imunológicos, fisiológicos, hormonais, afetivos e emocionais, sendo o aleitamento materno precoce, uma estratégia para estabelecer vínculo entre o binômio mãe/bebê e estímulo a maior

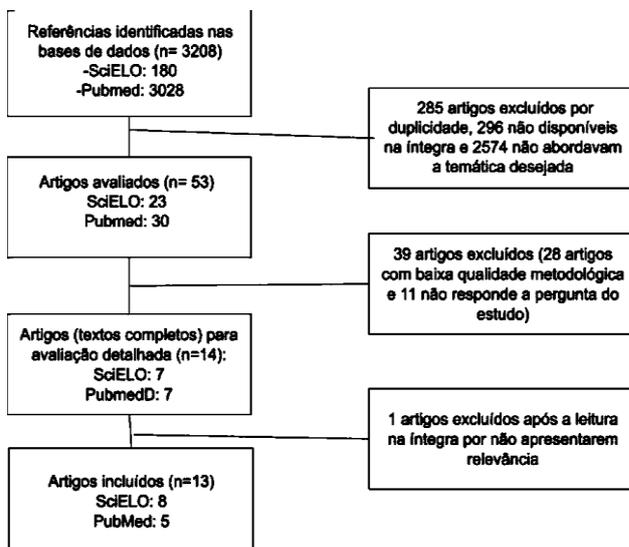
produção de leite (Huang et al., 2022). A literatura aponta uma relação entre a redução da mortalidade neonatal e o aleitamento materno, uma vez que o aleitamento está ligado a imunidade do bebê, sendo estabelecida de forma aguda prevenindo quadros de diarreia e doenças respiratórias e tardia contra a obesidade, leucemia e diabetes, havendo a passagem de anticorpos da mãe para o bebê (Hossain e Miharshahi, 2022).

Um dos aspectos que acrescentam benefícios ao aleitamento materno, é o contato pele a pele, podendo estabelecer melhor efetividade da primeira mamada, otimização do tempo para a sucção adequada, termorregulação e estabilidade cardiorrespiratória do bebê, já para a mãe, auxilia na dor causada pelo ingurgitamento mamário, sentimento de alívio, redução da ansiedade, liberação de ocitocina, prolactina e dentre outros aspectos, sendo importante ressaltar o papel dos profissionais de saúde como canal para um aleitamento materno bem sucedido, frisando a capacitação destes como meio para a prestação de assistência adequada. (Brimdyr et al., 2023).

Este capítulo de livro tem como objetivo principal destacar de forma clara e integrada a importância do aleitamento materno para a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê. Além de enfatizar os benefícios essenciais que o leite materno proporciona, busca-se promover uma compreensão mais profunda sobre como essa prática influencia positivamente não apenas o desenvolvimento físico, mas também o emocional da criança, bem como a saúde materna. Além disso, procura-se conscientizar sobre os aspectos emocionais do aleitamento, destacando a construção de um vínculo afetivo entre mãe e filho, fundamental para o desenvolvimento emocional da criança.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem descritiva, realizada por meio de um levantamento bibliográfico na base de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Control (Medline) via PubMed e SCIELO, utilizando os descritores “Skin to skin“, “Breastfeeding“, “Benefits“, “Mother and baby“, “Nutritional suction” retirados dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos publicados nos últimos 10 anos (2014-2024). Foram excluídos 3195 artigos que não atenderam às recomendações do estudo, como artigos incompletos e que não abordassem os temas principais. Por fim, foram selecionados 13 estudos para a elaboração do trabalho.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos para a coleta de dados.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• BENEFÍCIOS NUTRIZ

O aleitamento materno exclusivo (AME) é capaz de gerar impactos reducionais significativos no que tange o estresse na figura materna. Segundo Krol e Grossmann (2018), o ato da sucção libera o neurotransmissor fundamental para a ejeção do leite - Ocitocina -, que por sua vez tem efeito a nível sanguíneo, posto que esse neurotransmissor tem efeitos imediatos na resposta da redução dos níveis pressóricos do hormônio Cortisol, dessa forma, essa redução promove o estado de relaxamento, reduz os níveis de ansiedade e gera uma sensação de bem-estar capaz de impactar positivamente a qualidade do sono aumentando-o em 45 minutos a mais o tempo de descanso, que contribui ainda mais para a redução do cortisol e de seus efeitos.

A amamentação no que refere à saúde da mulher também traz benefícios fisiológicos importantes que devem ser ressaltados para estimular a adesão. Segundo Del Campio (2018), o período de lactação é capaz de reduzir as chances dessas nutrizes em desenvolver cânceres, como o de mama, uma vez que a redução nos níveis séricos de estrogênios reduz a diferenciação e proliferação celular que, conseqüentemente, contribuem para a redução das neoplasias mamárias. Dessa forma, é capaz de perceber como o estímulo ao aleitamento materno é capaz de gerar um efeito protetivo naquele que irá prover o leite humano (LM), havendo uma redução na mutação do tecido.

De acordo com o estudo conduzido por Ciampo (2018) a prática da amamentação está significativamente associada à ocorrência de amenorreia pós-parto, contribuindo para um prolongamento do intervalo entre gestações. Além disso, os resultados indicam que as mulheres que amamentam apresentam uma recuperação mais rápida do peso pré-gestacional e experimentam um menor sangramento uterino pós-parto, resultando em uma menor incidência de anemia. Esses achados sugerem que a rápida involução uterina, desencadeada pela maior liberação de ocitocina durante a sucção precoce do bebê, desempenha um papel crucial na promoção da saúde materna durante o período pós-parto. Esta pesquisa destaca a importância da amamentação não apenas para o desenvolvimento infantil, mas também para a saúde e o bem-estar das mulheres após o parto.

Em seu estudo observacional qualitativo Alves, Mota e Pagliari (2021) corroboram com a literatura existente que aponta a preparação e educação materna como fatores-chave para o sucesso da amamentação. A preparação pré-natal emerge como um ponto crítico de intervenção. Ensinar as mães sobre a fisiologia da lactação e fornecer-lhes as ferramentas para reconhecer e lidar com problemas comuns pode aumentar significativamente a confiança e a competência das mães na amamentação. Este conhecimento pode reduzir a ansiedade e o estresse associados ao processo, contribuindo para uma experiência de amamentação mais positiva e prolongada.

• BENEFÍCIOS LACTENTE

AME é capaz de promover a redução da mortalidade em quadros diarreicos. Mediante estudos de Paula e Pereira (2021), o lactente possui uma imaturidade imunológica que propicia o desenvolvimento de quadros diarreicos de origem infecciosa dados por alimentos contaminados e conforme Carvalho (2021), o leite materno (LM) possui ações anti-inflamatórias, antimicrobianas e moduladores do sistema imunológico que corroboram para uma proteção na mucosa intestinal. Nesse sentido observa-se a importância da exclusividade do aleitamento materno, haja vista que este propicia um ambiente favorável para colonização da microbiota intestinal prevenindo-os de doenças intestinais que produzem mortalidade infantil.

O AME também beneficia o lactente no que tange suas habilidades socioemocionais. De acordo com Krol e Grossmann (2018), evidenciou que bebês que tiveram a sua nutrição exclusivamente por meio do LM demonstraram mais afeições positivas, como expressões de alegria e menos expressões de medo, isso pode ser relacionados pela contato pele a pele e a sucção que oferece ocitocina de forma exógena ao bebê que é capaz de proporcionar um desenvolvimento sócio emocional nos lactentes, assim reduzindo níveis estresse e ansiedade, trazendo uma sensação de conforto, segurança e bem-estar.

Segundo Lucchese et al (2023) a composição do leite humano apresenta grande variação, influenciada por fatores como a individualidade genética, a nutrição materna e o período de lactação. No início da mamada, o leite anterior é mais rico em proteínas, vitaminas, minerais e água. À medida que a mamada progride, a concentração de gordura no leite aumenta, resultando no leite posterior, que é mais denso em energia (calorias) e proporciona maior saciedade ao bebê. Devido a essa variação na composição, é importante que a mama seja esvaziada completamente durante a amamentação para garantir que o bebê receba todos os nutrientes essenciais.

De acordo com Alves et al (2019), a amamentação estimula um exercício físico contínuo que propicia o desenvolvimento da musculatura bucal, promovendo o desenvolvimento facial adequado. Esse processo direciona o crescimento de estruturas essenciais, como o seio maxilar, que são cruciais para a respiração e a fonação. A amamentação assegura uma respiração correta para a criança e, associada ao mecanismo de sucção, contribui para o desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios e a articulação dos sons das palavras. Além disso, reduz a incidência de maus hábitos orais e patologias fonoaudiológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação representa um gesto de amor e cuidado que transcende fronteiras culturais e geográficas. Logo após o nascimento, o leite materno oferece ao bebê não apenas seu primeiro alimento, mas também nutrientes essenciais e anticorpos que fortalecem seu sistema imunológico, assegurando sua saúde durante o desenvolvimento. Além disso, o aleitamento materno alivia a dor neonatal e promove o desenvolvimento fisiológico e emocional do bebê. Para maximizar esses benefícios, é fundamental a capacitação de profissionais de saúde para fornecer suporte adequado às mães, garantindo uma experiência de amamentação positiva e prolongada.

Portanto, conclui-se que a amamentação exclusiva e precoce oferece múltiplos benefícios, como a redução da mortalidade neonatal, melhora da imunidade e fortalecimento do vínculo mãe-filho. Os componentes únicos do leite materno, ausentes em fórmulas artificiais, são essenciais na proteção contra infecções e doenças. Além disso, a amamentação reduz o estresse materno, diminui o risco de câncer de mama e facilita a recuperação pós-parto. Para os bebês, melhora a imunidade, o desenvolvimento socioemocional e as habilidades orofaciais. É essencial que profissionais de saúde sejam capacitados para apoiar e educar as mães, assegurando uma experiência de amamentação saudável e positiva para ambos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. et al. Características sociodemográficas relacionadas ao conhecimento dos benefícios do aleitamento materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, p. Maio, 2024.
- ALVES, Y. et al. Full term newborns in non-nutritive suction evaluation and their relation on feeding performance. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 621-630, 2019. Maio, 2024.
- BRIMDYR K, et al. Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. **Acta Paediatr.**; v. 112, n. 8, p. 1633-1643. Aug 2023.
- CARVALHO, A. C. A. DE et al. Risks and benefits of breastfeeding in COVID-19: Integrative literature review. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 05, p. 532–539, 2022.
- CIAMPO, L. et al. Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, p. 354-359, 2018.
- DE PAULA, LM et al. Eficácia do aleitamento materno contra a diarreia infantil: **uma revisão sistemática**, v. 12, n. 34, p. 5678917, Maio, 2024.
- HOSSAIN S. et al. Exclusive Breastfeeding and Childhood Morbidity: A Narrative Review. **Int J Environ Res Public Health**, v. 10. n. 22, p. 14804. Nov, 2022.
- HUANG JZ, et al. Evaluation of the Effects of Skin-to-Skin Contact on Newborn Sucking, and Breastfeeding Abilities: **A Quasi-Experimental Study Design. Nutrients**. v. 28, n. 9, p. 1846, Apr 2022.
- KEPPLER, K. A. et al. A Importância Do Aleitamento Materno Nos Primeiros Anos De Vida: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Higei - Revista Científica de Saúde*, v. 2, n. 4, Dez. 2020.
- KROL, K. M.; GROSSMANN, T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, v. 61, n. 8, p. 977–985, 2018.
- LUCCHESI, I. et al. Amamentação na primeira hora de vida em município do interior do Rio de Janeiro: fatores associados. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220346, 2023. Maio, 2024.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: **Editora MS**; 2017.
- VALETE, C. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo não farmacológico da dor neonatal em um alojamento conjunto no Brasil: estudo tipo survey com análise fatorial. **BrJP**, v. 7, p. e 20240025, 2024.

CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS GERAIS

MARIA SHELDA DE OLIVEIRA NERES

Graduanda em nutrição pela Universidade Federal do Piauí Pesquisadora do NUTRIGENON *research group* – UFPI / Bolsista de Iniciação Científica pela UFPI

RICARDO COSTA DA SILVA

Graduando em nutrição pela Universidade Federal do Piauí / Pesquisador do NUTRIGENON *research group* – UFPI

GILMAIRA DOS SANTOS SILVA

Graduanda em nutrição pela Universidade Federal do Piauí / Pesquisador do NUTRIGENON *research group* – UFPI

GILMARA PÉRES RODRIGUES

Doutora em Biotecnologia – Professora Adjunto do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Piauí – UFPI. / Coordenadora do grupo de pesquisa em Nutrição, Genômica e Oncologia – NUTRIGENON *research group* – UFPI.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama é o segundo tumor maligno mais incidente entre as mulheres, superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma. As estimativas para o triênio 2023-2025 indicam que ocorrerão 73.610 mil casos novos de câncer de mama, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2023).

A incidência de câncer de mama é elevada nas cinco regiões brasileiras, sendo a região Sudeste a de maior risco estimado (84,46 por 100 mil), seguida pela região Sul (71,44 casos por 100 mil), Centro-Oeste (52,20 casos por 100 mil), Nordeste (52,20 casos por 100 mil) e Norte (24,99 casos novos por 100 mil). No Piauí, a incidência estimada é de 860 casos novos, com taxa bruta de incidência equivalente a 50,31 por 100 mil mulheres (INCA, 2023).

De caráter multifatorial, a etiologia do carcinoma mamário inclui fatores endócrinos (relacionados ao estímulo estrogênico), história reprodutiva (primeira gravidez com mais de 30 anos ou nuliparidade), história de menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), uso de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona), terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona), fatores genéticos e ambientais (INCA, 2020).

Assim, conhecer os aspectos gerais desta patologia é importante para a prevenção e conscientização precoce. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é realizar um levantamento bibliográfico narrativo acerca dos aspectos gerais do câncer de mama, evidenciando o processo carcinogênico, os principais tipos histológicos e a classificação molecular.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada após diversas buscas exploratórias de artigos e livros, nas bases de dados PUBMED, WEB OF SCIENCE e EMBASE. Tais explorações prévias contribuíram para que, neste estudo, as buscas de artigos fossem realizadas na base de dados PubMed, utilizando-se uma combinação dos termos delimitadores de pesquisa “Breast cancer” e “Women”, intercalados pelo operador booleano “AND”. O critério temporal aplicado foi de artigos nos últimos 5 anos, com base no dia da busca.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARCINOGENESE

O processo carcinogênico no tecido mamário inicia-se a partir de uma disfunção no processo de divisão celular, causada pelo acúmulo de mutações irreversíveis no material genético. Esse

processo pode ser caracterizado por três etapas: iniciação, promoção e progressão (Britannica,2023). A iniciação é caracterizada pela exposição das células aos carcinógenos, com consequente mutação e formação de clones celulares atípicos. Na promoção, ocorre multiplicação desses clones celulares, mas, nessa fase, a supressão do contato com os carcinógenos pode interromper o processo. A progressão é a fase em que as células transformadas apresentam autonomia para proliferar e, pela perda da coesão e obtenção da mobilidade, tornam-se invasivas (Baptista et al.,2024).

Assim, as duas primeiras etapas fundamentam o desencadeamento da transformação celular e o terceiro estágio determina a transformação de tumor benigno em maligno, com a manutenção e evolução da malignidade (Baghban et al.,2020).

SUBTIPO MOLECULAR

O prognóstico clínico pode ser composto por vários achados biológicos, tipos histológicos, subtipos moleculares e comportamentos clínicos. Os tipos histológicos se dividem em subtipos. Os principais incluem os carcinomas ductais in situ, carcinomas ductais invasivos, carcinomas lobulares in situ e carcinomas lobulares invasivos (AMERICAN CANCER SOCIETY,2023). O carcinoma ductal in situ afeta os canais que conduzem o leite, chamados de ductos da mama, sem propagação para outros tecidos e, portanto, sem metástases. É o tipo histológico mais comum dentro da classificação não invasiva, e caracteriza-se pela presença de um ou mais receptores hormonais na superfície das células. O carcinoma ductal invasivo também acomete os ductos da mama; porém, possui potencial invasor e se caracteriza pela presença de um ou mais receptores hormonais na superfície das células (INCA, 2023).

O carcinoma lobular in situ se origina nas células dos lobos mamários, sem propagação para outros tecidos e, portanto, sem metástases. O carcinoma lobular invasivo também inicia nos lobos mamários e, assim como o ductal invasor, pode se estender para tecidos adjacentes, produzindo metástases. Geralmente, na superfície celular dos carcinomas lobulares invasivos há receptores de estrogênio e progesterona (AMERICAN CANCER SOCIETY,2023).

Além do tipo histológico, é importante avaliar os carcinomas mamários pelo padrão molecular e extensão do tumor. Os subtipos moleculares são classificados com base nos níveis de expressão gênica de mRNA (Zhao,2020). Os quatro principais subtipos moleculares intrínsecos são: luminal A, luminal B, HER-2⁺⁺ e triplo negativo, identificados segundo a natureza positiva ou negativa do RE (receptor de estrogênio) e RP (receptor de progesterona), em combinação aos marcadores HER-2 (receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2) e Ki67 (índice de

proliferação celular) (Tabela 1) (Nascimento,2020). Assim, cada subtipo molecular evidencia aspectos diferenciais relacionados à proliferação celular, agressividade do tumor, grau de resposta e/ou resistência à terapia.

Tabela 1. Classificação dos subtipos moleculares do câncer de mama, segundo St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early (2011).

| Subtipo | Padrão Molecular |
|-----------------|--|
| Luminal A | RE (+) e/ou RP (+); HER2(-); ki67 <14% |
| Luminal B | RE (+) e/ou RP (+); HER2(+) e/ou ki67 >14% |
| HER2+ | RE (-) RP (-); HER2(+) |
| Triplo negativo | RE (-) RP (-); HER2(-) |

RE: receptor de estrógeno; RP: receptor de progesterona; HER-2: Receptor 2 do Fator de crescimento epidermal humano.

O subtipo Luminal A possui melhor prognóstico, com taxas mais altas de sobrevivência e baixas taxas de recorrência. Tumores mamários do subtipo Luminal A apresentam RE e/ou RP positivos, não apresentam a expressão da proteína HER-2 (HER-2 negativo) e possuem crescimento mais lento das células. A positividade para RE e/ou RP nesses carcinomas mamários determinam o tratamento à base de terapia hormonal (Borunda et al.,2022).

O subtipo Luminal B possui prognóstico mais reservado em relação ao subtipo luminal A, devido ao maior nível de expressão do Ki67. A maior taxa de proliferação celular, aliada ao diagnóstico tardio resulta em tumores com estadiamento mais avançado e com linfonodos positivos, além de maior porcentagem de mutações na p53. Carcinomas luminais B possuem RE e/ou RP positivos, mas também podem apresentar HER-2 positivo (Rossing et al.,2021).

O terceiro subtipo molecular, HER-2⁺⁺, possui RE e RP negativos e a proteína HER-2 positiva. Em 75% dos casos, esses tumores contêm mutações na p53. Carcinomas HER-2⁺⁺ ocorrem quando a proteína conhecida como HER-2, localizada nas membranas celulares, aparece em excesso no tumor, independentemente de ter ou não receptores hormonais. Os cânceres enriquecidos com proteínas HER-2⁺⁺ crescem mais rapidamente do que os cânceres luminais e costumavam ter pior prognóstico (Borunda et al.,2022).

O quarto subtipo, denominado triplo-negativo, é aquele que não tem expressão da proteína HER-2, bem como de ambos os receptores hormonais (RE - e RP -). Ocorre com maior frequência em mulheres jovens e de descendência africana. Este subtipo molecular é o de pior prognóstico clínico, pois não podem ser tratados com terapia hormonal ou transtuzumabe, justamente pela ausência de receptores (Yin et al.,2020).

Ki67 E SISTEMA TNM

Sobre os critérios de avaliação para classificação molecular do câncer de mama, é mister destacar o marcador Ki-67, proteína nuclear não-histona, presente durante as fases ativas do ciclo celular e ausente durante as fases inativas do mesmo. Essa proteína representa a porcentagem de células tumorais positivas para coloração nuclear e tem demonstrado ser um fator prognóstico independente para cânceres de mama. Alto índice de Ki-67 ao diagnóstico geralmente está associado a uma história natural menos favorável e pior evolução da doença (Torsten et al.,2023)

No entanto, devido à ausência de um valor de corte padronizado e à variabilidade das metodologias laboratoriais utilizadas para avaliar o índice, o uso isolado do Ki-67 ainda não é uma prática padrão para determinar a proliferação de células tumorais. Além disso, a medida da proliferação celular deve ser sempre considerada no contexto do tipo histológico do tumor. Em geral, tumores de elevado grau histológico, negativos para receptores hormonais, têm altas taxas de proliferação, enquanto tumores de baixo grau histológico e positivos para receptores hormonais têm baixas taxas de proliferação (Finkelman et al.,2023).

Uma alta taxa de proliferação normalmente tem o valor oposto de um fator preditivo e geralmente está associada a uma resposta mais benéfica à quimioterapia adjuvante e neoadjuvante. Em combinação com outros fatores importantes, como tamanho do tumor e fatores hormonais, a taxa de proliferação pelo índice Ki-67 pode ser crítica para determinar quais pacientes são mais propensos a ter recidiva da doença ou doença progressiva e quais pacientes são mais propensos a responder a quimioterapias adjuvantes (Torsten et al.,2023).

Além da classificação molecular, a neoplasia mamária também é caracterizada quanto ao estadiamento anatômico, conforme sistema proposto pela American Joint Committee on Cancer (2010), o qual utiliza três critérios para avaliar o estágio do câncer (TNM): o próprio tumor (T), os linfonodos regionais ao redor do tumor (N), e a presença de metástases (M). Assim, o método TNM (tumor – nódulo – metástases) descreve aspectos anatômicos do tumor: tamanho, localização, disseminação e se afeta as funções de outros órgãos do corpo (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação do estadiamento anatômico, segundo American Joint Committee on Cancer (2010).

| Estádio | | Tumor | Linfonodos | Metástase |
|---------|----|-------|------------|-----------|
| 0 | | Tis | N0 | M0 |
| I | IA | T1* | N0 | M0 |
| | IB | T0 | N1 MIC | M0 |
| | | T1 | N1 MIC | M0 |

| | | | | |
|-----|------------|------------|----|----|
| III | IIA | T0 | N1 | M0 |
| | | TI* | N1 | M0 |
| | | T2 | N0 | M0 |
| | IIB | T2 | N1 | M0 |
| | | T3 | N0 | M0 |
| III | IIIA | T0 | N2 | M0 |
| | | T1* | N2 | M0 |
| | | T2 | N2 | M0 |
| | | T3 | N1 | M0 |
| | | T3 | N2 | M0 |
| | IIIB | T4 | N0 | M0 |
| | | T4 | N1 | M0 |
| | | T4 | N2 | M0 |
| | IIIC | Qualquer T | N3 | M0 |
| IV | Qualquer T | Qualquer N | M1 | |

Fonte: Adaptado pelo Instituto Nacional de Câncer e atualizado de acordo com a 7 Edição do Estadiamento Clínico-TNM-AJCCM, 2010.

Conhecer o estadiamento anatômico e a classificação molecular dos carcinomas mamários é importante para a definição do tipo de tratamento a ser instituído e conhecer o prognóstico clínico da paciente. Com base nesse conhecimento, pode-se estabelecer um protocolo terapêutico antineoplásico, que envolva cirurgia, quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante, diferentes tipos e combinações de fármacos, radioterapia, anticorpo monoclonal anti-HER-2 (trastuzumabe) e/ou hormonioterapia (Saini,2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os tipos histológicos ductal invasivo e lobular invasivo possuem potencial metastático, ao passo que os carcinomas ductal in situ e lobular in situ não apresentam. Os subtipos moleculares luminal A e luminal B possuem melhor prognóstico clínico em relação aos subtipos HER-2⁺⁺ e triplo-negativo. Além disso, elevado Ki-67 está associado a pior prognóstico clínico do carcinoma mamário, mas seu valor não pode ser utilizado isoladamente para determinar a proliferação de células tumorais.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY. Types of Breast cancer. **Atlanta: American Cancer Society**, 2023.
- Baghban, R., Roshangar, L., Jahanban-Esfahlan, R. *et al.* Complexidade do microambiente tumoral e implicações terapêuticas em resumo. **Cell Commun Signal** 18 , 59 (2020).
- Baptista C. V. J. *et al.* Carcinogenesis. **Encyclopedia of toxicology**. v. 4, Pages 597-618, 2024
- Britannica, The Editors of Encyclopedia. "carcinogen". **Encyclopedia Britannica**, 14 Dec. 2023,
- Finkelman, Brian S *et al.* "The Evolution of Ki-67 and Breast Carcinoma: Past Observations, Present Directions, and Future Considerations." **Cancers** vol. 15,3 808. 28 Jan. 2023.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- JERÔNIMO, Aline Ferreira de Araújo; FREITAS, Ângela Gabrielly Quirino; WELLER, Mathias. Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies. **Ciencia & saude coletiva**, v. 22, p. 135-149.
- Mei, J., Zhao, J. & Fu, Y. Molecular classification of breast cancer using the mRNA expression profiles of immune-related genes. **Sci Rep** 10, 4800 (2020).
- Orrantia-Borunda E, Anchondo-Nuñez P, Acuña-Aguilar LE, et al. Subtypes of Breast Cancer. In: Mayrovitz HN, editor. **Breast Cancer** [Internet]. Brisbane (AU): Exon Publications; 2022 Aug 6.
- Rossing, Maria *et al.* "Clinical implications of intrinsic molecular subtypes of breast cancer for sentinel node status." **Scientific reports** vol. 11,1 2259. 26 Jan. 2021.
- Saini, K.S., Twelves, C. Determining lines of therapy in patients with solid cancers: a proposed new systematic and comprehensive framework. **Br J Cancer** 125, 155–163 (2021).
- Torsten O. N., et al. Assessment of Ki67 in Breast Cancer: Updated Recommendations From the International Ki67 in Breast Cancer Working Group, **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, Volume 113, Issue 7, July 2021, Pages 808–819,
- Xinmin Zhang; Molecular Classification of Breast Cancer: Relevance and Challenges. **Arch Pathol Lab Med** 1 January 2023; 147 (1): 46–51.
- Yin, L., Duan, JJ., Bian, XW. *et al.* Triple-negative breast cancer molecular subtyping and treatment progress. **Breast Cancer Res** 22, 61 (2020).

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DETERMINANTES SOCIAIS, SAÚDE REPRODUTIVA E IMPACTOS NA PERINATALIDADE

ANNA KAROLINA GOMES DE SOUZA

Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife PE

GEOVANNA GABRYELE DOS SANTOS SILVA

Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife PE

ENELIC FERNANDA DOS SANTOS BARBOSA

Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife PE

RIAN RICARDO HENRIQUE DA SILVA

Graduando em nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife PE

GLÓRIA STÉPHANY SILVA DE ARAÚJO

Pós-graduanda em Saúde da Mulher pela DNA, Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Teresina PI

INTRODUÇÃO

A adolescência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. É uma etapa marcada por diversos conflitos, onde os jovens encontram-se em um momento de maturação psicológica e fisiológica, por exemplo, maiores mudanças nas emoções, organização e o início da puberdade (Simões, 2010).

Um dos aspectos que transformam a vida dos adolescentes é a sexualidade, o que estimula o início do exercício sexual, podendo acarretar na gravidez precoce, que está relacionada ao aumento de riscos maternos e fetais, como a prematuridade, mortalidade materna infantil e baixo desenvolvimento físico e mental do bebê (Mocelin et al., 2024). Entretanto, apesar desses riscos, pelos dados da OMS, cerca de 16 milhões de adolescentes dão à luz todos os anos no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2018).

Enquanto no cenário brasileiro a cada hora nascem 44 bebês de mães adolescentes (Brasil, 2023). Além disso, as chances de mortalidade materna nessa faixa etária relacionadas à gravidez ou parto é duas vezes maior do que nas mulheres de 20 anos ou mais (Brasil 2022). Com isso, verifica-se que a gravidez na adolescência é um desafio de saúde pública e momento de risco, principalmente para meninas que vivem em situações vulneráveis, pois apresentam desconhecimento sobre os perigos da gravidez precoce (Gama; Szwarcwald; Leal, 2002).

Denota-se, portanto, que a gravidez na adolescência é uma consequência multifacetada verificada pela omissão das discussões educativas em saúde pela família e escolas acentuadas pelo conservadorismo, como também pelos baixos investimentos em políticas públicas já existentes (Costa; Freitas, 2020). Assim, evidencia-se a necessidade de ampliar as discussões sobre a temática pela sociedade, visto seu significativo aumento a cada ano (Simões, 2010).

Nesse sentido, a gestação precoce requer uma compreensão holística dos determinantes sociais da saúde por desempenhar um papel expressivo nesse cenário. Diante do exposto, o presente trabalho consiste em uma revisão integrativa de literatura, possuindo como objetivo analisar a gravidez na adolescência e sua relação com os determinantes sociais e de saúde, bem como, seus desfechos obstétricos para as adolescentes brasileiras.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica de Literatura realizada de março a maio de 2024, que pretende entender os determinantes sociais, resultados perinatais e impactos na saúde sexual e

reprodutiva na gravidez na adolescência no contexto brasileiro. Nesse sentido, se obteve como pergunta norteadora: “Quais são os determinantes sociais da gravidez na adolescência e como esses fatores se relacionam com os resultados perinatais e quais são os impactos dessa gravidez na saúde sexual e reprodutiva nas gestantes?”.

A fim de responder essa pergunta foram realizadas pesquisas de trabalhos indexados nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/MeSH): “Pregnancy”; “Adolescence” e “Reproductive Health” combinados com o operador booleano “AND”. A seleção dos estudos ocorreu em três etapas: na primeira foram verificados os títulos dos estudos, na segunda foram lidos os resumos, e na terceira eles foram analisados na íntegra.

Os critérios de inclusão respeitados durante a coleta foram: estudos completos que tinham acesso livre, que tratassem do tema proposto no âmbito brasileiro, nos idiomas português, inglês e espanhol e que se encaixassem na linha temporal de 10 anos de publicação (2014 a 2024). Os critérios de exclusão estabelecidos foram: artigos duplicados, de revisão, monografias, dissertações e teses, assim como, os artigos que não contemplassem a temática.

Inicialmente foi encontrado um total de 40 artigos nas bases de dados, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para compor o presente estudo, 7 artigos, como demonstrado na tabela 1.

Quadro 1 - relação de artigos

| Bases de Dados | Artigos | Excluídos | Incluídos |
|----------------|---------|-----------|-----------|
| BVS | 13 | 6 | 7 |
| MedLine | 27 | 27 | 0 |

Fonte: Autores (2024)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 2 apresenta o total de 9 artigos que passaram pelos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, que contribuíram significativamente para a elaboração do presente estudo, fundamentando o papel dos Determinantes sociais da saúde (DSS) e as suas relações tal qual as repercussões saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

Quadro 2 - Síntese dos artigos incluídos ao estudo.

| Autor | Periódico | Estudo | Resultados |
|----------------------|--------------------------|------------------|---|
| Damasceno et al/2024 | Ciência e Saúde Coletiva | Estudo de coorte | Constatou-se que a pobreza, a primigestação, a baixa escolaridade e IMC pré-gestacional, o acesso insuficiente ao |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | | | pré-natal e o desenvolvimento de infecção urinária durante a gestação estão associados à gravidez na adolescência. |
| Muñiz-Luna et al/2023 | Rev. médica del Instituto Mexicano del Seguro Social | Estudo observacional, transversal, retrospectivo e analítico | Apurou-se que as mães adolescentes apresentaram duas vezes mais Recém Nascidos (RN) Pequenos para a Idade Gestacional (PIG), enquanto a prematuridade e a internação por presença de comorbidades foi maior entre as mães adultas. |
| Miura et al/2023 | Psicologia Escolar e Educacional | Pesquisa qualitativa e descritiva | Identificou-se que o apoio da família é um importante catalisador para a progressão dos estudos de adolescentes grávidas. |
| Melo et al/2022 | Revista de Enfermagem da UFSM | Pesquisa quantitativa, transversal e descritiva | Verificou-se um total de 2.405.248 adolescentes grávidas registradas no DATASUS e SINASC entre 2015 e 2019. Ademais, fatores raciais, econômicos, regionais, situação conjugal, escolaridade, acesso a assistência à saúde, em suma, DSS estiveram associados à incidência da gravidez na adolescência. |
| Figueiredo et al/2021 | Boletim do Instituto de Saúde | Artigo de revisão | Relatou-se a construção de imagem sobre a gravidez na adolescência como fator variado e associado aos preceitos sociais do momento histórico da vivência, porém sempre com características corroboradas até hoje como no caso do machismo e padrões de comportamento feminino do impulso/desejo pela maternidade. |
| Pereira et al/2021 | Boletim do Instituto de Saúde | Estudo de caso | Apresentou a forma limitada como o tema da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes vem sendo abordado e como os aspectos sócio-históricos interferem na temática, além de quando abordada a temática é focada apenas na gestação, que por sua vez é colocada como uma responsabilidade exclusiva da mulher. |
| Neiva-Silva et al/2018 | Ciência & Saúde Coletiva | Estudo transversal | Verificou-se que a prevalência da experiência de gravidez nas crianças, adolescentes e jovens em situação de rua foi elevada (29,3%), se comparada a estudos com adolescentes em desenvolvimento típico dessa faixa etária. |

Fontes: autores (2024)

Um estudo realizado em Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil com 1.525 puérperas, em que 400 (26,2%) eram adolescentes buscou comparar e analisar os fatores socioeconômicos e obstétricos das parturientes adolescentes e suas complicações sobre a saúde materna e neonatal. Dessa forma, evidenciou que as mães nessa faixa etária possuíam nove anos ou menos de estudo (56,7%), residiam com o companheiro (64,1%), não exerciam função remunerada (94%), não beneficiárias do programa bolsa família (53,7%), baixa condição econômica (31,4%), ser primeigesta (75,9%), não possuíam história de aborto (97,7%), gestação não planejada (65,7%), sem uso de métodos anticoncepcionais (63,6%), adequado Índice de Massa Corporal pré-gestacional (69,5%) e infecção urinária na gravidez (68%) (Damasceno et al., 2024).

Quanto às repercussões neonatais mais prevalentes foram identificadas prematuridade (10,8%), baixo peso ao nascer (10,5%) e microcefalia (9,6%) (Damasceno et al., 2024). Estudo semelhante mostrou 2.405.248 registros de gravidezes na adolescência com idade de 10 a 19 anos entre os anos de 2019 a 2015, destacando a prevalência dos casos região nordeste (33,7%) e sudeste (31,7%). Com isso, verificou-se que dessas 65,4% eram pardas, 64,9% solteiras, e possuíam de 8 a

11 anos de estudo. Quanto às características obstétricas observou-se prevalência de tipo única (98,7%), parto vaginal (61,2%), local de ocorrência hospitalar (98%), duração da gestação de 37 a 41 semanas (81,7%) e seis ou mais consultas de pré-natal (57%) (Melo et al., 2022).

Muñiz-Luna et al. (2023) visando compreender desfechos da saúde dos neonatais de mães adolescentes e adultas, empenhou-se num estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo em que por meio dos seguintes testes: qui-quadrado, de Fisher e Mann-Whitney, analisou 222 prontuários pertinentes a gestantes adolescentes, na faixa dos 12 a 19 anos, e adultas, na faixa dos 20 a 40 anos com mais de 20 semanas admitidas no setor de obstetrícia de um hospital de terceiro nível. Desta feita, apurou-se que, com desfechos perinatais, as mães adolescentes apresentaram duas vezes mais Recém-Nascidos (RNs) Pequenos para a Idade Gestacional (PIG). Por outro lado, as mães adultas apresentam mais comorbidades (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional) associadas à prematuridade e internação do RN.

Por sua vez, Miura et al. (2023) buscou refletir sobre experiências de vida escolar na gravidez na adolescência. Para isso, 14 adolescentes grávidas participaram de seu estudo, sendo que seis estavam com o ensino médio incompleto e dez haviam parado de estudar. O principal motivo que levou a desistência dos estudos foi à gravidez relacionada à vergonha ou a proximidade da data do parto. Quanto aquelas que continuaram estudando foi evidenciado que a escola era tida como ambiente acolhedor, mostrando-se entusiasmadas com a continuação após o nascimento de seus filhos, ainda, foi demonstrado o apoio familiar como principal motivação.

Em contrapartida, outra realizada em Porto Alegre no Rio Grande, RS, Brasil analisou a prevalência de experiência de gravidez e aborto e os fatores associados a adolescentes em situação de rua. Dessa forma, participaram 14 adolescentes predominantemente do sexo masculino, nunca estudou ou parou de estudar, com cinco a nove anos em situação de rua, idade da primeira relação entre 12 a 14 anos, parceiro fixo no último ano, portavam preservativo no último mês, já praticaram sexo em troca de favores ou benefícios, história de duas gravidezes, idade da primeira gravidez entre 15 a 17 anos e que passaram por aborto (Neiva-Silva et al., 2018).

Pereira et al. (2021) estrutura em seu estudo uma relação direta da construção sócio-histórica com a percepção da gravidez na adolescência como um quadro de saúde pública e que apresenta caráter epidemiológico, nesse contexto se aborda questões como a desigualdade social e o machismo que se apresentam nas falas dos trabalhadores de saúde municipais na contemporaneidade. Isso se reafirma no relato que o estudo traz referente às atividades no município de Franco da Rocha cuja proposta era discutir sobre a vida reprodutiva e sexual dos adolescentes, porém os tópicos e abordagem dos participantes foram apenas voltados ao aspecto negativo e seguindo os preceitos

sociais de relacionar o tema apenas com a gravidez na adolescência e atribuir somente ao gênero feminino a responsabilidade reprodutiva.

Além de essa culpabilidade ter o caráter machista foi pontuado que as falas que englobava os adolescentes de gênero masculino eram apenas pontuando sobre a atenção psicossocial no caso de uso de substâncias e dependência química, evidenciando um descaso com relação à saúde sexual e reprodutiva desse indivíduo, enquanto isso, a parcela feminina é inibida com relação à exploração temática haja vista a construção do tabu e estigmas sociais, assim, sofrendo pressões sociais de ter a responsabilidade sobre algo que é altamente inacessível e quando existe o alcance das políticas públicas tem-se o fator social que afasta essas temáticas tidas como ‘tabus’ (Pereira et al., 2021)

Associado a esses aspectos Figueiredo et al. (2021) discorre em seu estudo de âmbito nacional sobre como nas intervenções de saúde as discussões de cunho social são ausentes desse processo, corroborando para a manutenção da vulnerabilidade e uma assistência de saúde com deficiências, uma vez, que não explora as motivações e implicações da gravidez no contexto de vida daquele adolescente, comprometendo o cuidado da saúde integral do indivíduo, sendo assim se determina a necessidade da compreensão dos determinantes da saúde durante a assistência desses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo foi possível compreender que os aspectos sociais e saúde estão intimamente relacionados com os desfechos obstétricos para as adolescentes brasileiras grávidas. Reafirma-se, portanto, que tal condição é uma questão de saúde pública que engloba uma esfera de assistência multiprofissional, com uma evidente necessidade da atuação para a prevenção, como a ampliação dos serviços ofertados de educação em saúde no caso da educação sexual, mas também de promoção da saúde no sentido dos acompanhamentos de saúde materno-infantil, dentro dos diversos âmbitos da saúde pública, como o caso da Rede de Atenção Materno e Infantil (Rami).

Existe também a necessidade de políticas públicas mais efetivas para essa população, que se caracteriza por uma vivência de diversos contextos de vulnerabilidades que marcam iniquidades sociais e determinantes sociais de saúde que corroboram com a fragilidade do seu ambiente e qualidade vida se associando intrinsecamente ao distanciamento do desenvolvimento etário típico como nos casos de gravidez na adolescência.

Paralelamente, a investigação de determinantes sociais como as condições socioeconômicas, a educação e a cultura são essenciais para pesquisas futuras sobre gravidez na adolescência. Além

disso, é de suma importância a promoção de medidas preventivas, como educação sexual e acesso a contraceptivos, e os seus efeitos sobre a saúde reprodutiva das adolescentes. Portanto, a avaliação dos serviços de apoio pós-parto e orientação parental para adolescentes devem ser levados em consideração.

REFERÊNCIAS

- COSTA, M. M. M.; FREITAS, M. V. P. Gravidez na adolescência: quem são os verdadeiros culpados?. **Revista sobre la infancia y la adolescencia**, n.19, p. 62-78, 2020.
- DAMASCENO, A. A. A. et al. Adolescent pregnancy in Cruzeiro do Sul, Acre, Brazil: socioeconomic characteristics, prenatal and obstetric care. *Ciência &* **Saúde Coletiva**, v. 29, 2024.
- FIGUEIREDO, R. et al. Prática sexual de meninas, questões de gênero, preconceito e interesses na prevenção da gravidez na adolescência. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 16-26, 2021.
- GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.1, p. 153-161, 2002.
- MELO, T. A. S. et al. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico de adolescentes grávidas no período de 2015 até 2019. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, 2022.
- MIURA, P. O. et al. Gravidez na Adolescência e as Experiências da Vida Escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 27, 2023.
- MOCELIN, A. T. et al. Sexualidade e Gravidez na Adolescência – Um Fenômeno Perpassado de Complexidade e Continuidade. **RevistaFoco**, v. 17, n. 2, p. 1-18, 2024.
- MUÑIZ-LUNA, I. et al. Comparison of unfavorable perinatal outcomes in primiparous adolescents and adults. **Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 61, 2023.
- NEIVA-SILVA, L. et al. Experiência de gravidez e aborto em crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, 2018.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **América Latina e Caribe têm a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo**. 2018.
- PEREIRA, A. K. S.; LOPES, J. M. C.. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: seria a gravidez a única questão a ser debatida?. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 27-32, 2021.
- SIMÕES, A. R. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL DAS GESTANTES E PUÉRPERAS E FATORES ASSOCIADOS. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n.1, 2010.

VIVÊNCIAS MATERNAS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO CUIDADO COM O PREMATURO APÓS ALTA HOSPITALAR

CARINA GLEICE TABOSA QUIXABEIRA

Doutoranda em Enfermagem PPGENF - UFPE, Recife PE

ANA PAULA ESMERALDO LIMA

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem - UFPE, Recife PE

JOANA LIDYANNE DE OLIVEIRA BEZERRA

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, PPGSCA – UFPE, Recife PE

MARIA EDUARDA MARQUES MACHADO DA SILVA

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife PE

INTRODUÇÃO

Na última década (2010-2020) 152 milhões de bebês nasceram prematuros no mundo. De cada dez recém-nascidos (RNs), um é prematuro, e a cada 40 segundos, um desses bebês morre. No Brasil, o número chega a 320 mil a cada ano, o equivalente a 877 por dia. Apesar dos avanços da qualidade da assistência neonatal, a prematuridade representa ainda hoje a segunda principal causa de morte em menores de cinco anos (Brasil, 2017; OMS, 2023).

Durante o internamento do prematuro na Unidade Neonatal (UNN), os cuidados de rotina ficam concentrados à responsabilidade dos profissionais de saúde, entretanto, cabe a estes introduzir e instruir o manejo do cuidado do recém-nascido aos pais. Além da barreira física imposta pela necessidade da permanência em uma incubadora, os pais de prematuros enfrentam o medo e angústia devido as incertezas em relação ao quadro de saúde da criança (Brasil, 2017; OMS, 2023).

A inclusão da família no processo de cuidado favorece a construção de pertencimento à função de cuidador(a) e colabora com a autonomia e confiança após a alta hospitalar. O acolhimento da equipe deve ser precoce, desde a primeira visita à UNN, e continuado por meio do encorajamento no auxílio ou realização de tarefas simples que, gradativamente, ganharão maior complexidade, de acordo com a capacidade e instrução de cada um (Carvalho et al., 2021).

O parto prematuro é permeado por diversas expectativas frustradas em relação à imagem e interpretação da prematuridade. A percepção do corpo do filho prematuro constitui um fator importante no comportamento e práticas de cuidado, de tal forma que a mídia e a sociedade em geral impõem a visão de um bebê gordinho como o saudável, o esteticamente desejado; um traçado histórico fundamentado pelas inúmeras propagandas da indústria láctea na década de 90 (Bezerra et al., 2014)

Para se compreender melhor como os cuidadores percebem o cuidar de um prematuro em casa, faz-se necessário estudar as representações sociais da construção dessa imagem (muito frágil, difícil, perigoso) através de uma leitura crítica da Teoria da Representação Social (TRS), que ganhou alguns significados de diversos pensadores, como Max Weber, Durkheim, Shutz, Marx, Jodelet, Abric, porém, foi Serge Moscovici quem a fundamentou e tornou-se a principal referência para a teoria até hoje (Moscovici, 2009).

A construção da TRS é entendida pela necessidade humana de convencionalização, forçar-se ao igual, a uma imagem socialmente imposta. A teoria busca revelar as origens dos conceitos, suas possíveis mudanças em grupos específicos (Moscovici, 2009). Neste contexto, observa-se a

interferência das representações sociais do leite materno como insuficiente, como motivação para introdução precoce de alimentação complementar, de leite de vaca, de mingaus, dentre outros alimentos não adequados para a idade (Freitas et al., 2016).

Estudos revelam diversas dificuldades e falta de preparo de mães de pré-termos após alta hospitalar: nutrição/amamentação, vacinação, preparo e administração de medicamentos, fluxograma de rede de apoio e contrarreferência de serviços; com destaque para a amamentação, citado por vários autores como um dos principais desafios (Lima et al., 2019; Brassarola; Natarelli; Fonseca, 2023).

Os cuidados domiciliares após a alta são determinantes na manutenção da saúde e na prevenção de reinternações. O amparo à saúde do prematuro após a alta deve ser garantido pela Unidade de Saúde da Família (USF) encarregada de cada região e pelo serviço de referência, através de consultas ambulatoriais, para que se diminua a possibilidade de complicações e consequentemente, novas internações (Gomes et al., 2021). A alta hospitalar do filho prematuro é uma experiência complexa, que pode gerar nos pais inúmeros sentimentos, desde satisfação pela recuperação de sua saúde e retorno da família para casa, como medo e insegurança por ter de assumir o papel de principal responsável pelos cuidados à criança.

Diante deste contexto, emergiu a seguinte questão: Quais as representações sociais acerca do cuidado com o prematuro após a alta hospitalar? Nesta perspectiva, o estudo teve como objetivo compreender as vivências maternas e suas representações sociais acerca do cuidado com o prematuro após a alta hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo, realizado entre os meses de abril a agosto de 2017 no ambulatório de egresso de um hospital universitário de Recife, Pernambuco, referência estadual na assistência a neonatos de risco (Minayo, 2014).

A população foi constituída por cuidadores de RNs prematuros que tiveram alta da Unidade Neonatal (UNN) e que foram atendidos no ambulatório de egresso durante o período de coleta dos dados. A amostra se deu por conveniência e foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pais, mães ou responsáveis de menores que nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas, permanência na UNN de ao menos 48 horas e tempo de pós-alta hospitalar igual ou maior que cinco dias.

Foram excluídos aqueles pais ou responsáveis cujo prematuro possuía malformação congênita ou condição cirúrgica, por demandarem um maior cuidado em domicílio, histórico de transferência da mãe e/ou RN para outra instituição, óbito materno e tempo de pós-alta maior que 30 dias, por se considerar que neste período as influências de cuidado atribuídas por vizinhos e parentes são mais comuns ou frequentes. O contato inicial com a mãe foi feito pela enfermeira de forma presencial e nenhuma não houve casos de recusa à participação da pesquisa. Adotou-se o critério de saturação teórica para definição do tamanho amostral, 20 mães participaram.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas presenciais semiestruturadas mediadas por uma enfermeira, residente em saúde da criança e treinada para entrevista qualitativas, registradas por gravador de áudio. Todas as participantes receberam informações sobre o estudo (objetivo, motivação do estudo, riscos, benefícios e resultados esperados) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi realizada por meio de um instrumento de caracterização social e informações sobre cuidado domiciliar.

As participantes responderam abertamente a três perguntas condutoras: “Como tem sido cuidar do seu bebê prematuro em casa?”; “Como você acha que deve ser o cuidado com o prematuro?” e; “Quais fatores contribuíram ou dificultaram o cuidado de seu filho em casa?”. O roteiro do instrumento dispunha ainda de um diário de campo a fim de registrar percepções dos pesquisadores frente às questões dispostas.

Foi aplicado primariamente um piloto do instrumento com três genitoras e não houveram alterações em sua estrutura ou conteúdo. Ao final da entrevista com os participantes, foi entregue um folder educativo voltado a recomendações para o cuidado com o prematuro em casa.

As entrevistas foram transcritas manualmente e posteriormente reunidas em um corpus textual, a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi gerenciada por meio do software IRaMuTeQ (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0.7 alpha 2 (Camargo; Justo, 2013; Souza; Bussolotti, 2021). Foi considerado estatisticamente significativo o $p < 0,001$. A Teoria das Representações Sociais possibilitou um entrelace analítico que aprofundou a análise dos complexos processos velados no campo das percepções maternas em relação ao cuidado do recém-nascido prematuro.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife -PE sob o parecer N° 1.967.521 e atendeu aos aspectos exigidos pela

Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos entrevistados, todas os cuidadores principais das crianças eram a genitora, cuja idade média foi de 26 anos, variando de 15 a 35 anos de idade, com predominância de maiores de 18 anos de idade (90%). Quanto à escolaridade, 12 (60%) genitoras possuíam de 10 a 14 anos de estudo. Referente a renda, 19 (95%) afirmaram ter renda familiar de até dois salários mínimos, com média de quatro pessoas por residência.

Em relação ao estado civil, grande parte das genitoras eram casadas (40%) ou solteiras (40%) e quanto à paridade, 9 (45%) eram primíparas, sendo duas mães de gemelares. 7 (35%) já possuíam outro filho e 4 (20%) tinham três filhos ou mais, e destas, 3 já haviam parido prematuramente.

Quanto aos prematuros, a distribuição entre os sexos e tipo de parto foi semelhante. A maioria era prematuro moderado à tardio, seguido de quatro muito prematuros e três prematuros extremos. O peso do nascimento variou de 800 a 3035 gramas. O tempo de hospitalização do neonato variou de quatro dias a cinco meses e 17 dias, com mediana de 24,5 dias. Neste período, 15 (75%) das mães afirmaram ter realizado contato pele-a-pele.

O corpus sobre vivências das mães após a alta hospitalar foi constituído de 20 textos, separados em 358 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de (84,92%), equivalendo a 304 ST do total. Ao utilizar a ferramenta de gerenciamento de análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), emergiram classes das evocações que foram nomeadas de acordo com o vocabulário semelhante entre si e o vocabulário diferente de outras classes (Quadro 1).

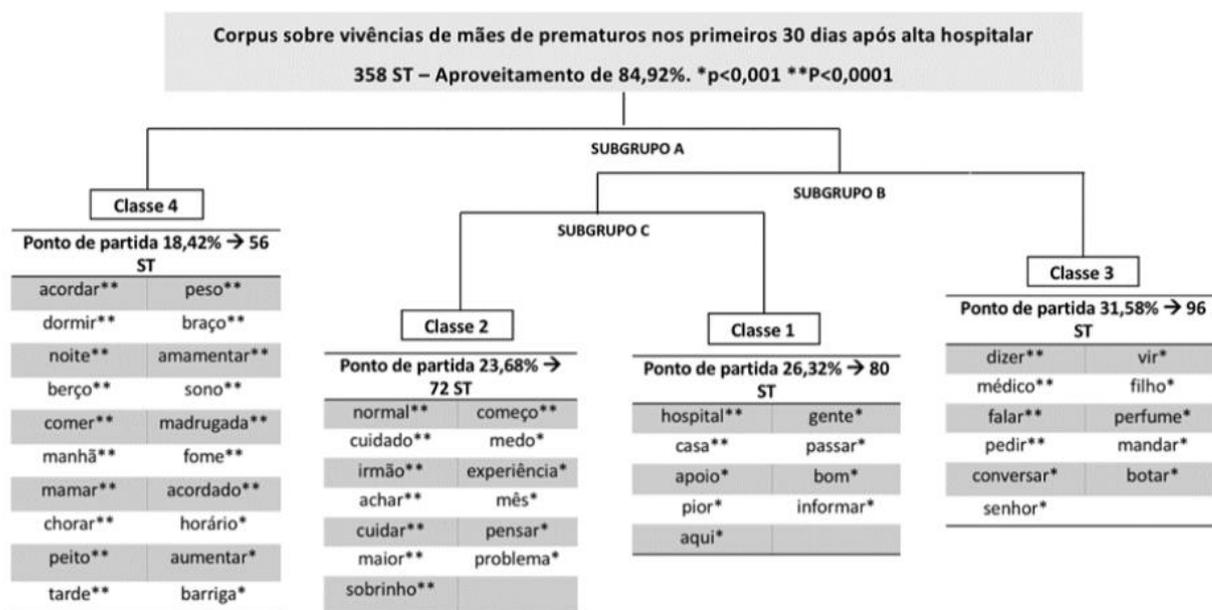
Quadro 1 - Classes geradas pela análise de Classificação Hierárquica Descendente através do software Iramuteq, Recife – 2018.

| Subgrupo | Classe |
|----------|---|
| A | Classe 4: Vivendo a chegada do prematuro em casa |
| B | Classe 3: Relação com os profissionais |
| C | Classe 1: Pontos e contrapontos da vivência no hospital |
| | Classe 2: Representações do cuidado com o prematuro |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

Para atingir uma melhor análise e exposição das classes, elaborou-se um organograma com as palavras de cada classe geradas a partir do p valor (*p<0,001 e **p<0,0001). A seguir, serão descritas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes emergidas na CHD (Figura 1).

Figura 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus sobre vivências de mães de prematuros nos primeiros trinta dias após alta hospitalar, Recife (PE) - 2018



Fonte: Dados da pesquisa

Vivendo a chegada do prematuro em casa

A Classe intitulada “Vivendo a chegada do prematuro em casa” representou 18,42% dos ST. Esta classe faz alusão às questões relativas à rotina e vivências após chegada ao lar. As mães relataram sobre as atividades que realizavam durante o dia, tanto em relação ao bebê quanto à casa, além de citar quem as auxiliava neste processo. Além disso, é possível observar expectativas das mães sobre a rotina, criadas ainda durante hospitalização, de modo que algumas perceberam que não aguardavam a realidade vivenciada.

Em relação aos sentimentos vivenciados pelas mães no pós-alta identificou-se tranquilidade (principal sentimento relatado), seguido de confiança, cansaço, insegurança, estresse, medo e felicidade; abaixo, observa-se alguns dos trechos das entrevistas:

[...] Acorda pra amamentar, dorme, acorda pra amamentar, várias vezes, e agora ele tá acordando mais, tá com mais fome, mas pra mim tá na medida do normal. Ele (marido) me ajuda muito, também minha sobrinha também me ajuda. [...] (E17).

[...] Uma experiência que eu nunca tive na vida. Tem sido como eu esperava. Tem sido cansativo, de noite ele só acorda pra comer, aí dorme três horas, de três em três horas acorda pedindo comida. Amamentar tem sido legal [...] (E2).

[...] Foi uma surpresa (adaptação ao lar), mas tem sido tranquilo [...] (E7).

[...] Difícil, difícil por conta que eu tinha medo de tudo [...] (E8).

Relação com os profissionais

A Classe denominada “Relação com os profissionais” representa 31,58% dos ST, que demonstrou relações diversas das mães com os profissionais de saúde, sendo citadas relações terapêuticas, aproximação da mãe do processo do cuidar de seu filho, instruindo no cuidado diário e ofertando orientações para promoção da saúde do prematuro, além de apoio. Por outro lado, algumas relataram relações conflituosas e/ou discordantes em relação à postura e condutas profissionais.

[...]Eles (médicos) falam como se você não estivesse {...} ela começou a falar baixo e a cochichar para os outros, eu só olhando, aí eu comecei a chorar de novo, eu disse: meu Deus do céu, não vou ter alta daqui nunca [...] (E9).

[...] Foi bom porque pelo menos eu aprendi a dar banho, antes eu não dava., O técnico me ensinou a tirar a temperatura, (Nome de técnica de enfermagem) me ensinou a trocar fralda, foi bom, pelo menos eu aprendi a cuidar de um bebê em casa [...] (E16).

[...] O tempo que eu passei na NEO, fui aprendendo as coisas, fui fazendo em casa e não tenho mais dúvida. E vendo lá esse tempo todinho e fazendo também na NEO, pronto. Eu fui, fiz em casa e achoque agora eu não tenho mais dúvida. Tá tranquilo. [...] (E18).

Verificou-se que algumas mães se sentiram prejudicadas com as condutas realizadas pelos profissionais de saúde, tanto destinadas a ela quanto à criança. Chegaram a discutir verbalmente dentro do próprio hospital, o que as deixavam estressadas e desconfortáveis com a situação.

Pontos e contrapontos da vivência no hospital

A Classe “Pontos e contrapontos da vivência no hospital” (26,32% ST) trata das vivências das mães durante a hospitalização e acompanhamento do filho, além da percepção dos pontos positivos e negativos desta experiência. É possível identificar que, em termos gerais, as mães conheciam a importância do período no hospital para promoção de saúde dos RNs prematuro e sua instrução para continuidade do cuidado.

[...] Aqui (hospital) tem todo apoio, profissional de saúde na minha cidade é bem precário a situação [...] (E14).

[...] Tipo, me fez amadurecer mais, por eu ser tão nova e passar por tudo isso. Minha mãe e a experiência da internação me ajudaram muito. [...] (E2)

[...] Experiência maior que eu passeios aqui (hospital) pois foi o dia a dia, foi onde eu presenciei muitas coisas, foi como eu perdi o medo. É como os enfermeiros falavam pra mim, que eu tinha que perder o medo pra não ir pra casa com dúvida [...] (E8).

Entretanto, estas mães verbalizaram diversos aspectos que a estressaram e dificultavam essa permanência, como por exemplo, o desconforto do espaço destinado ao apoio das mães acompanhantes “Cantinho Aprendendo a ser mãe”, insegurança, solidão, contextualizando o estresse vivenciado durante esse período.

[...] Aqui (hospital) estava sendo muito estressante. Eu estava me acabando, estava quase desistindo, deixar os meninos aí e ir pra casa, já estava endoidando já, querendo ir pra casa [...] (E1).

[...] A gente fica reservada, sozinha... principalmente quem mora longe [...] (E4)

[...] Não me sentia segura aqui no hospital [...] (E19).

Representações do cuidado com o prematuro

A Classe “Representações do cuidado com o prematuro” (23,68% ST) trata da percepção das mães sobre o cuidado com seu filho prematuro em casa. Muitas destas mães compararam a experiência do cuidado com outras crianças a termo, ou “de nove meses” “no tempo certo”, como citavam, podendo ser outros filhos, ou sobrinhos, irmãos, entre outros.

Diante da análise, observou-se alta significância ($p < 0,0001$) das palavras “normal”, “cuidado”, “irmão”, “achar”, “cuidar”, “maior”, “sobrinho” e “começo”, sugerindo duas faces da representação do cuidado com o prematuro, podendo ser representado pela percepção da necessidade de um cuidado maior, redobrado, maior atenção ou ainda similar a um RN termo.

Apesar da mesma significância, a palavra “normal” obteve maior frequência nos ST e maior valor qui-quadrado, comparado à palavra “maior”, demonstrando assim, que a maioria das mães deste estudo consideraram que o cuidado prestado ao seu filho em casa não tem sido diferenciado, fato este mais bem relacionado à realização de contato pele a pele durante hospitalização, período onde foi possível observar que os relatos concentravam-se principalmente na superação das dificuldades, incluindo o medo do cuidado do prematuro.

Referente às características da amostra estudada, esta apresentou em sua maioria, genitoras com nível socioeconômico baixo e nível de escolaridade mediano. Destaca-se que fatores

ambientais como o nível socioeconômico, vem sendo associados à prematuridade como contribuinte para um aumento nos distúrbios cognitivos, motores, de atenção e desenvolvimento infantil; neste sentido, fica claro que o seguimento ambulatorial é extremamente importante para promoção à saúde desta criança (OMS, 2012; Braga, Sena, 2017).

Ao analisar as classes geradas pela Classificação Hierárquica Descendente, foi possível elencar quatro categorias de eixos temáticos a partir das respostas obtidas pelas genitoras dos RNs que participaram do estudo. Em relação à classe “Vivendo a chegada do prematuro em casa”, verificou-se que apesar de ainda haver espaço para medo e inseguranças, os sentimentos positivos se sobressaíram. A autonomia dos cuidados com o prematuro é um reflexo do que fora aprendido durante o internamento, somada ao apoio de terceiros no novo ambiente.

Passada a necessidade de cuidados hospitalares, novos anseios e preocupações são despertados pela previsão de alta e transição de cuidados (Castro, Duarte, Diniz, 2017; Granero-Molina et al., 2019). Por isso, o estímulo à verbalização dos sentimentos da mãe sobre o cuidado que esta exerce e o cuidado que ela recebe da sua rede social é fundamental na avaliação de enfermagem. Além de desenvolver uma relação terapêutica com a puérpera, o profissional pode oferecer a oportunidade de treinamento de habilidades socioemocionais como o autoconhecimento e gestão de emoções. Dessa forma, também podem ser identificados precocemente indicadores emocionais de depressão, tristeza, pesar, baixa autoestima e ansiedade (Chang et al., 2016).

Esta avaliação deve ser rotineira e deve enfatizar o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Neste processo também deve ser inserido o companheiro e família, para que compartilhem os cuidados diários e amenizem o estresse; a escuta empática e solidária são essenciais para prevenir ou identificar dificuldades de adaptação e relacionamento com o RN (Soares, Bernardino, Zani, 2019; Mathioli et al., 2021; Araújo et al., 2023).

Refletindo-se sobre estes sentimentos verbalizados pelas mães, retoma-se a importância de ações que promovam as percepções positivas e intensas como os primeiros momentos de contato mãe-bebê, os quais são delineadores para a construção e consolidação do vínculo maternal e das representações sociais sobre o filho (Veronez; Borghesan; Corrêa, 2017). As representações sociais são instrumentos de objetivação e ancoragem, na tentativa constante dos indivíduos em contextualizar e aproximar algo que está na mente em algo que exista no mundo físico, perceptível; são influenciadas pelos diferentes contextos socioculturais e pelas interações individuais (Moscovici, 2009).

Essas “opiniões” originadas dessas percepções são dinâmicas e passíveis de mudança, a depender do contexto e experiências vivenciadas (Moscovici, 2009). O contato pele a pele foi

realizado em 15 das 20 mulheres entrevistadas e esse fato pode ter contribuído para que mais da metade delas manifestassem sentimentos positivos como tranquilidade e confiança.

A paridade pode ser um fator importante nas manifestações de pesar materno á que, normalmente, as primíparas tendem a apresentar maiores preocupações e dificuldades no cuidado com o RN, como evidenciado neste estudo por meio da significância de palavras evocadas em seu discurso, voltadas a dificuldades na adaptação ao lar (Veronez; Borghesan; Corrêa, 2017).

Em relação à classe “Relação com os profissionais”, verificou-se a importância dos profissionais de saúde no processo de educação em saúde das genitoras dos RNs prematuros, tanto com relação a aproximação com a criança, quanto nos cuidados a serem prestados no domicílio. Porém, em diversas situações no decorrer das entrevistas as mães expuseram situações em que se sentiram desconfortáveis com algumas condutas tomadas por alguns profissionais.

Estudos apontam que uma relação profissional-paciente prejudicada interfere negativamente sobre a autonomia da mãe, estando os profissionais se sobrepondo hierarquicamente e moralmente em relação ao cuidado e condução da criança durante período no hospital (Custodio et al., 2016; Lomotey et al., 2019).

Estas situações devem ser abolidas da rotina e substituídas pelo incentivo ao protagonismo da cuidadora contribuindo para a continuidade da atenção ao prematuro. (9) Diante disto e da premissa que alguns profissionais omitem informações à mãe por desconsiderar sua capacidade cognitiva, estas podem adotar uma postura de desconfiança e busca por outros meios de informação, inclusive a internet, podendo influenciar negativamente na educação em saúde devido à instabilidade e desconhecimento de fonte da informação (Custodio et al., 2016).

No ambulatório envolvido no estudo, pouco espaço era ofertado para integração da enfermagem com o cuidado às mães de prematuros. Este fato foi observado pelas consultas serem realizadas apenas pelos médicos, residentes e acadêmicos de medicina, barreira que poderia ser superada com a integração de uma equipe multiprofissional, visando atender a necessidade de educação continuada das famílias dos prematuros (Lomotey et al., 2019).

A partir desse engajamento dos profissionais, seria aberta a oportunidade de implementação de rodas de conversa, um meio interessante de estimular tais famílias a procurar a troca de experiências e fazer da atividade, um espaço para desabafos e fortalecimento do elo com os profissionais/hospital como meio de melhorar o interesse em continuar o seguimento ambulatorial corretamente (Castro, Duarte, Diniz, 2017; Quiñones-Preciado, 2023).

A interação entre as mães no ambiente hospitalar com os profissionais de saúde, contribuem de forma positiva na rejeição ou desmistificação social do prematuro doente; o compartilhamento

de novas ideias e conceitos no ambiente da UNN abre espaço para um melhor equilíbrio entre o que é real e o que é imaginado pela mãe, um desejo impregnado com aspectos sociais e culturais; essa é uma tarefa que se constrói de forma gradual.

É possível que a realização de um estudo anterior com as mesmas mães durante hospitalização, demonstrasse representações sociais mais negativas em relação ao prematuro, já que se inferiu que após a convivência hospitalar e orientações profissionais, as mães tendiam a visão de um cuidado normal como aquele necessário ao prematuro. É perceptível que as mães de prematuros lutam constantemente com suas representações da prematuridade pré-moldadas para poder enxergar melhora da saúde do seu filho, sendo esses preconceitos desconstruídos como forma de resiliência (Lomotey et al., 2019).

As limitações deste estudo referem-se à impossibilidade de generalização dos resultados, tendo em vista que é uma pesquisa com metodologia qualitativa, assim, os resultados encontrados estão relacionados à trajetória, experiência e significações das pessoas investigadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou os desafios e vivências de mães de RNs prematuros acerca dos cuidados pós-alta hospitalar. Verificou-se que as mães dos prematuros detêm o cuidado principal a estes indivíduos neste período. Estas cuidadoras podem experimentar diversos sentimentos (alegria, tristeza, medo, insegurança) desde o nascimento até a alta hospitalar; comemoram a alta e os desafios superados durante internação, verbalizam a vivência de experiências novas ou aplicam experiências prévias com outros filhos ou sobrinhos, não representando, em sua maioria, o prematuro como algo de difícil cuidado ou manejo.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde detêm um papel importante no comportamento da genitora em relação aos cuidados com o RN prematuro, de tal forma que sua postura e condutas, influenciam diretamente no conhecimento e comportamento da mãe no domicílio. É prudente, então, o planejamento dos setores envolvidos para alcançar uma educação em saúde eficiente e continuada que inclua a equipe de enfermagem durante hospitalização até seguimento do prematuro no ambulatório.

Recomenda-se novos estudos com o objetivo de identificar e comparar as representações sociais durante e após hospitalização, além de investigar rede social de apoio das mães de prematuros para dar continuidade do cuidado no domicílio.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. M. M. O. et al. Critérios relacionados à alta hospitalar segura do recém-nascido: Uma revisão integrativa. **Enfermeria: Cuidados Humanizados**, v. 12, n. 2, e3198 p., jul-dez, 2023.
- BEZERRA, J. L. O. et al. Percepção materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 293-9, 2014.
- BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós alta. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, e3070016 p., 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. 3 ed. Brasília, 2017.
- BRASSAROLA, H. G. M.; NATARELLI, T. R. P.; FONSECA, L. M. M. Uso do grupo de WhatsApp no acompanhamento pós-alta do bebê prematuro: implicações para o cuidado em enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 27, e20220205 p., 2023.
- CAMARGO B. V., JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-8, 2013.
- CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição** – UFSC, Brasil, 2013.
- CARVALHO, N. A. R. et al. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta paul enferm.**, v. 34, eAPE02503p. 2021.
- CASTRO, A, C. O.; DUARTE, E. D.; DINIZ, I. A. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 7, 2017.
- CHANG, H. P. et al. Factors Associated with Post-Traumatic Symptoms in Mothers of Preterm Infants. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 30, n. 1, p. 96-101, feb., 2016.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- CUSTODIO, N. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno [Interactions between health personnel and mothers of preterms: influences on maternal care]. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 1, e11659, 2016.
- FREITAS, B. A. C. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 34, n. 2, p. 189-96, 2016.
- GOMES, M. P. et al. Mothers' knowledge of premature newborn care and application of Kangaroo Mother Care at home. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 6, e20200717 p., 2021.
- GRANERO-MOLINA, J. et al. Experiences of Mothers of Extremely Preterm Infants after Hospital Discharge. **J Pediatr Nurs**, v. 45, e2-e8 p., mar- apr, 2019.
- LIMA, A. P. E. et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180406 p., 2019.
- LOMOTÉY, A. Y. et al. Experiences of mothers with preterm babies at a Mother and Baby Unit of a tertiary hospital: A descriptive phenomenological study. **Nurs Open**, v. 7, n. 1, p. 150-159, 2019.
- MATHIOLLI, C. et al. O cuidado paterno ao filho prematuro no ambiente domiciliar: representações maternas. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 3, e20200298 p., 2021.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: **Hucitec**; 2014. 416 p.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 6 ed. **Petrópolis**: Rio de Janeiro; 2009. 408 p.

QUIÑONES-PRECIADO, J. A. et al. Estrategias y necesidades educativas de padres de bebés prematuros en un hospital de tercer nivel de Cali, Colombia. **Interface (Botucatu)**, v. 27, e220537 p., 2023.

SOARES, N. C.; BERNARDINO, M. P. L.; ZANI, A. V. Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team. **Rev. paul. pediatr.**, v. 37, n.3, p. 283–90, Jul-Sep, 2019.

SOUZA, M. A; BUSSOLOTI, J. M. Análise de entrevistas em pesquisas qualitativas com o software Iramuteq. **Revista Ciências Humanas**, v. 14, n. 1, e25 p., 2021.

VERONEZ, M. et al. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, e60911 p., 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. **Geneva: World Health Organization**; 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preterm birth [Internet]. **Geneva: WHO**, 2018.