



UFC

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

LAIANNY LUIZE LIMA E SILVA

**SAÚDE INTEGRAL NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO:
INQUIETAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA.**

FORTALEZA

2020

LAIANNY LUIZE LIMA E SILVA

**SAÚDE INTEGRAL NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO:
INQUIETAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito á obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Desenvolvimento e Primeira Infância.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lima Correia

**FORTALEZA
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S581s Silva, Laianny Luize Lima e.
Saúde integral na primeira semana de vida do recém-nascido: Inquietação de uma enfermeira. / Laianny Luize Lima e Silva. – 2020.
85 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Luciano Lima Correia.
1. Atenção primária de saúde. 2. Recém-nascido. 3. Enfermagem. 4. Promoção da saúde. I. Título.
CDD 610
-

LAIANNY LUIZE LIMA E SILVA

**SAÚDE INTEGRAL NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO:
INQUIETAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito á obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Desenvolvimento e Primeira Infância.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lima Correia

Aprovado em: 01/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Lima Correia (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Maria do Socorro de Sousa
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

Como realizar um agradecimento a tantos queridos que estiveram ao meu lado durante esta minha caminhada, que temo não ser enfática e clara ao expressar. Ao meu orientador Prof. Dr. Luciano Lima Correia por aceitar o desafio e se mostrar tão calmo em meio as turbulências vividas. Prof. Dr. João Amaral obrigada por comprar meu sonho, por dividir seus conhecimentos e ser tão acolhedor com seus alunos. Aos meus colegas de mestrado por cada momento, experiências e dificuldades compartilhadas e a leveza de cada encontro, levo vocês para vida. Ao meu menino, Arthur, meu amor maior, que mesmo na sua inocência e pouco entendimento se fez a minha maior fortaleza e inspiração para continuidade da minha jornada, agradeço pela sua paciência nas minhas ausências e por me lembrar que nos pequenos gestos falamos muito. Aos meus familiares, Painho “Luiz Antônio”, Mainha “Maria da Cruz”, Odete e Shirley, vocês são minha base e porto seguro, o que seria de mim sem vocês? Sou o que sou porque vocês sonharam comigo, torceram por mim a cada obstáculo a ser vencido e comemoraram a cada vitória, foram e são base para Arthur na minha ausência, meu muito obrigada e esse mestrado também é de vocês! Ao Albanildo Filho, que mesmo sem perceber incentivou, ajudou e se fez presente nessa trajetória te agradeço imensamente por tudo. Regynara Rodrigues gostaria de ressaltar especialmente minha amiga, minha irmã de alma por ser minha base em Fortaleza, meu abrigo, minha fonte de inspiração e “minha consultora” em pesquisa, não tenho palavras para descrever o que você representou em cada processo, mas saiba que esse mestrado também é seu! E ao meu Deus, por não me deixar falhar e desistir nas inúmeras vezes que pensei, por sentir a sua mão me guiando e iluminando o meu caminho.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação sobre Primeira Semana da Saúde Integral é composta de três produtos, nos quais o 1º Produto traz a Importância da Saúde Integral na Primeira Semana de Vida em uma Revisão Integrativa na busca de compreensão e afirmação dos pontos levantados, no 2º Produto apresento o início de um projeto embasado na revisão integrativa composta por inquietações em responder as questões encontradas, analisando assim o conhecimento, atitudes e práticas da Enfermagem acerca da visita domiciliar na Semana da Saúde Integral, com proposição de instrumento de Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) sobre a Primeira Semana da Saúde Integral da Criança e no 3º Produto trago minhas produções acadêmicas durante o período do mestrado, composto de 4 artigos publicados em periódicos científicos: "O impacto das mídias digitais na saúde da criança", *in* Revista Primeira Infância, ISSN: 2595-1114; "Acesso e Acolhimento durante trabalho de parto e parto: percepção de puérperas", "O cuidado da família a pessoa renal crônica em diálise peritoneal" *in* Revista Enfermagem Atual, ISSN: 2447-2034; *in* Revista Prevenção e Promoção da Saúde, ISBN 978-85-7247-837-3, "Vivências acerca da Hospitalização: percepções de gestantes de alto risco", *in* Revista Ciência, Cuidado e Saúde, ISSN online 1984-7513.

Inicialmente apresentamos uma introdução geral sobre o tema "Primeira Semana da Saúde Integral e sua importância na primeira semana para redução da mortalidade infantil e materna", com revisão bibliográfica expandida, seguida da apresentação dos três produtos acima referidos.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	08
2. JUSTIFICATIVA.....	11
IMPORTÂNCIA DA SAÚDE INTEGRAL NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	13
1.INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVO GERAL.....	21
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 Desenho do Estudo.....	21
3.2 Estratégia de busca e seleção dos artigos.....	21
3.3 Coleta dos dados.....	23
3.4 Análise dos dados e Interpretação dos Resultados.....	24
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCURSÃO	29
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	34
REFERÊNCIA.....	35
INQUERITO CAP SOBRE A PRIMEIRA SEMANA DA SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA.....	38
1. INTRODUÇÃO.....	40
1.1 Hipótese do Estudo.....	41
2. OBJETIVO.....	41
3. METODOLOGIA.....	41
3.1 Tipo de Estudo.....	41
3.2 Local do Estudo.....	41
3.3 População e amostragem do Estudo.....	43
3.4 Variáveis.....	43
3.5 Coleta e análise dos dados.....	45
3.6 Aspectos éticos.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A.....	49
ANEXOS.....	53
PRODUÇÕES ACADÊMICAS.....	55
1. INTRODUÇÃO.....	56
1.1 Revista Primeira Infância.....	57
1.2 Revista Prevenção e Promoção da Saúde.....	59
1.3 Revista Enfermagem Atual.....	70

1.4 Revista Ciência, Cuidados e Saúde.....	75
REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO.....	84

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida são essenciais no processo de formação da saúde física e mental do ser humano, pois é na infância que o crescimento e o desenvolvimento ocorrem em ritmo intenso, do ponto de vista biológico, psicossocial e emocional, sendo esta fase vulnerável à influência tanto de fatores de risco, como de proteção. Por esse motivo, é necessário priorizar programas voltados para a promoção da saúde infantil no sentido de levar os profissionais a estimularem as famílias a participar ativamente do cuidado à criança e adotar estilos de vida saudáveis. Essas são ações efetivas, que podem diminuir o impacto de acontecimentos negativos que as crianças possam vir a sofrer (ERDMANN; SOUSA, 2009).

A atenção à saúde da criança vem passando por transformações em função da mudança de perfil epidemiológico dessa população, dos avanços científicos, da incorporação de tecnologias, da mudança dos modelos assistenciais, com apelo para a preocupação com a qualidade de vida e de defesa dos direitos humanos (MELLO et al., 2012).

No Brasil, em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente, assegurando legalmente a saúde como direito da criança e sua promoção como dever do Estado e da sociedade. Portanto, o acompanhamento do desenvolvimento infantil é direito de toda criança, o qual lhe assegura o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Entretanto, a realidade do País não reflete ainda essa consciência sobre os direitos das crianças, isso porque o Brasil ainda mantém uma grande parte de suas crianças vivendo em situação de vulnerabilidade e exclusão social (UNICEF, 2009; BRASIL, 1990).

Diante dessa realidade, a avaliação do RN pela equipe de saúde e orientação aos pais se torna imprescindível para prevenção da morbimortalidade infantil. Isso porque, as afecções perinatais, também denominadas causas perinatais, representam o principal grupo de causas de mortalidade neonatal (79%) e infantil (59%) no Brasil, além de responderem por 51% das mortes de menores de cinco anos em 2010 (MARANHÃO, 2012; WHO, 2013b).

As principais causas dessas mortes perinatais (asfixia, baixo peso ao nascer e prematuridade) são consideradas preveníveis. Destaca-se que a maior parte dos óbitos em recém-nascidos ocorre em países em desenvolvimento e a maioria dos recém-nascidos morre em casa. Cerca de 2/3 dessas mortes poderiam ser prevenidas se as mães tivessem recebido alguma orientação prévia dos profissionais de saúde, justamente com intervenção efetivas (WHO; UNICEF, 2009).

As mudanças ocorridas logo após o nascimento e a imaturidade do sistema imunológico do recém-nascido (RN), limitam a capacidade de uma efetiva proteção frente à interação com o meio ambiente e com as pessoas, o que torna o neonato susceptível ao desenvolvimento de agravos à sua saúde. Por isso, o cuidado ao bebê no período pós-parto por profissionais que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo estimulado, visando à redução da mortalidade infantil (SOUZA et al., 2011).

Dessa forma, faz-se necessário que o acompanhamento do RN por um profissional de saúde seja iniciado ainda na primeira semana de vida, preferencialmente na visita domiciliar, no sentido de se avaliar suas condições de saúde e o contexto em que vive para, assim, contribuir para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS) por meio da *Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade infantil* (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010; BRASIL, 2005).

A visita domiciliar (VD) se institui como um instrumento de baixo custo que possibilita ao profissional o seguimento do cuidado e promoção da saúde, conhecimento da realidade da população, promover intervenções precoces binômio mãe-bebê cuja relevância está no potencial para reduzir a morbimortalidade neonatal. Contudo ocorrem fragilidades nesta oferta de ações, principalmente a realização da visita domiciliar (VD) fora do período preconizado pelo MS e ausência da sistematização das ações, comprometendo a qualidade do cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde (APS) e assim aumentando os riscos de morbimortalidade nesse período (XIMENES et al, 2012).

Diante das taxas de mortalidade nesta fase da vida, o governo brasileiro assumiu o compromisso internacional de cumprir os objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Algumas das metas existentes fazem referência à redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde das gestantes (BRASILIA, 2012).

Considerando que a morbimortalidade na infância está relacionada a causas sensíveis à APS, a exemplo do baixo peso e prematuridade nos primeiros dias de vida da criança requer um olhar mais atencioso e qualificado da equipe de saúde, seja na Unidade de Saúde da Família (USF) ou na visita domiciliar, no intuito de atentar para as condições sociais, ambientais, econômicas e familiares do bebê. Nessa visita, deve-se oportunizar espaço de interação entre equipe-mãe-família, enfatizando que as intervenções domiciliares ao recém-nascido podem evitar entre 30% e 60% das mortes nesta faixa etária. (MOURA, 2011).

As intervenções domiciliares ao recém-nascido podem evitar entre 30% e 60% das mortes nesta faixa etária. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam visitas domiciliares na primeira semana de vida do bebê, para melhorar a sua sobrevivência (WHO; UNICEF, 2009).

Porém, apesar de as diretrizes voltadas para a saúde dos recém-nascidos evidenciarem que os cuidados a estes devem ser sistematizado e de forma integral e individualizada, executando e avaliando ações que colaborem para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, o que se vê frequentemente na prática dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) é que esses não se sentem aptos para atuar com segurança técnica e científica diante dos primeiros cuidados ao bebê (CAMPOS et al., 2011).

O Ministério da Saúde publicou em 2005 por meio do documento intitulado *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* ações estratégicas para todas as crianças menores de 2 anos que procuram à unidade de saúde, que visa a redução da morbimortalidade infantil, visita domiciliar primeira semana de vida, acompanhamento do desenvolvimento infantil, dentre essas ações. Reichert et al, 2016 em seu estudo observou que na prática profissional das enfermeiras em consultas de puericultura ocorre o despreparo e em alguns casos nem a realizam, principalmente a VD na primeira semana de vida.

A Primeira Semana Saúde Integral corresponde um protocolo de atenção que visa possibilitar cuidado integral e multiprofissional ao binômio mãe-bebê no seu contexto domiciliar, com a finalidade de identificar sinais de risco que possam vir a comprometer o crescimento e desenvolvimento saudável do recém-nascido, bem como contribuir para a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2005).

Esse documento é guiado por linhas de cuidado, com evidência para a atenção integral à saúde da criança, a redução da mortalidade infantil e ações na primeira semana de vida, denominada *Primeira Semana Saúde Integral* que está como princípios norteadores para o cuidado à criança, destacam-se o incentivo a participação familiar, informando sobre os cuidados à criança e a prevenção de agravos; desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção da saúde, e fortalecimento da integralidade da assistência com atuação direta de equipe, articulando os diversos saberes e intervenções (BRASIL, 2005).

Acredita-se que, com essa iniciativa, seja possível verificar o atual modelo assistencial à saúde ao recém-nascido, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, no sentido de potencializar o uso dos recursos existentes, visando qualificar a atenção prestada, na busca de

reduzir os problemas que surgirem na saúde da criança em tempo hábil. Para isso, é necessário que o cuidado à saúde da criança esteja pautado no princípio da integralidade, compreendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência aos agravos como objetivos para além da redução da mortalidade infantil, numa perspectiva que possibilite à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial (NASCIMENTO, MADUREIRA, AGNE; 2008).

A partir da revisão integrativa poderemos indicar qual a conjuntura frente a semana de saúde integral nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), porque, apesar de o modelo de atenção básica na saúde da criança estar em consonância com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possibilita à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção para além das curativas, um esquema metodológico de acompanhamento do desenvolvimento infantil adequado para o atendimento sistemático da criança na atenção primária à saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2009; MELLO *et al.*, 2009).

2. JUSTIFICATIVA

Surgiu à necessidade de verificar o nível de conhecimento desses profissionais de saúde que atuam na ESF, por ocasião da verificação da mestranda em seu ambiente de trabalho a falta da visita domiciliar ao RN na primeira semana de vida, como uma forma de evitar a ida das puérperas à unidade de saúde e reduzir os problemas que surgirem em relação aos cuidados com RN em tempo hábil. Acredita-se que, com essa iniciativa, seja possível aperfeiçoar o atual modelo assistencial à saúde ao recém-nascido, especificamente na Estratégia Saúde da Família, no sentido de potencializar o uso dos recursos existentes, visando qualificar a atenção prestada.

Diante do exposto, justifica-se a realização da revisão integrativa pela quantidade ínfima de literatura que trate do assunto em nível nacional e internacional, favorecendo na criação do instrumento CAP com base nos resultados e embasamento científico na busca de verificar o conhecimento, a atitude, a prática desses profissionais que atuam na estratégia saúde da família, considerando que as unidades de saúde da família representam a porta de entrada na rede de atenção à saúde, devendo estar preparada para acolher todas as demandas apresentadas durante as visitas aos recém-nascidos no pós-parto, a fim de atender integralmente suas necessidades e contemplar ao máximo possível as ações neste momento crucial para promoção da saúde e prevenção da mortalidade neonatal.

Ademais, poderá contribuir para a formação de um profissional com capacidade crítica e reflexiva para contextualizar a realidade local e as necessidades de saúde da população,

aplicando os princípios científicos na compreensão e solução de problemas no âmbito individual e coletivo.

1º PRODUTO:

**IMPORTÂNCIA DA SAÚDE INTEGRAL NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

RESUMO

Objetivou-se identificar e analisar as estratégias utilizadas pela enfermagem na atenção primária de saúde relacionados a promoção da saúde integral durante a Primeira Semana de Vida do Recém-nascido. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida por um revisor independente, com auxílio do orientador, nas bases de dados LILACS, Scielo, Web of Science, Scopus, Bdenf e PubMed. As buscas abrangeram o período de 2015 a 2020 e os idiomas português, inglês e espanhol. A estratégia de busca contemplou várias palavras-chaves, utilizando-se a abordagem PICO. Após uma vasta busca, com um quantitativo vasto de artigos (4.403), aplicação e utilização dos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos 09 artigos. Os resultados mostraram que apesar de existirem poucos estudos abordando as estratégias em si utilizadas na PSSI, os artigos buscam entender o conhecimento desses enfermeiros e criar instrumentos ou programas de melhorias acerca do assunto nesse período da vida, mesmo que de forma primária sobre a importância da atenção integral à saúde na primeira semana de vida, tanto a nível do RN quanto a puérpera. Portanto pode-se concluir a importância do PSSI ao binômio mãe-bebê garantindo uma assistência de qualidade de acordo com o preconizado pelo MS, favorecendo intervenções em tempo hábil, se necessário, e favorecendo o conhecimento dos enfermeiros sobre a Agenda de compromisso que contempla as ações da Primeira Semana Saúde Integral, contribuindo para futuros estudos e estratégias de ações.

Palavras - chave: Atenção Primária de Saúde, recém-nascido, Enfermagem, promoção da saúde

SUMMARY

The objective was to identify and analyze the strategies used by nursing in primary health care related to the promotion of comprehensive health during the First Week of Life of the Newborn. It is an integrative literature review, conducted by an independent reviewer, with the help of the advisor, in the LILACS, Scielo, Web of Science, Scopus, Bdenf and PubMed databases. The searches covered the period from 2015 to 2020 and the languages Portuguese, English and Spanish. The search strategy included several keywords, using the PICO approach. After a vast search, with a vast number of articles (4,403), application and use of the inclusion and exclusion criteria, 09 articles were included. The results showed that although there are few studies addressing the strategies used in PSSI, the articles seek to understand the knowledge of these nurses and create instruments or improvement programs on the subject in this period of life, even if primarily on the importance of comprehensive health care in the first week of life, both at newborn and postpartum levels. Therefore, it is possible to conclude the importance of PSSI to the mother-baby binomial, guaranteeing quality care according to what is recommended by the Ministry of Health, favoring interventions in a timely manner, if necessary, and the nurses' knowledge about the Commitment Agenda that contemplates the actions of the First Integral Health Week, contributing to future studies and action strategies.

Key words: Primary Health Care, Newborn, Nursing, Health Promotion

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-FLUXOGRAMA PRISMA DO PROCESSO DE BUSCA NA LITERATURA.....25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores dos assuntos empregados na busca dos Artigos.....	21
Quadro 2 - Resultado encontrado por termo de busca.....	23
Quadro 3 - Caracterização principais estudos incluídos.....	27
Quadro 4 -Identificação do estudo e detalhamento da estratégia desenvolvida; variáveis/ ferramentas de mensuração e principais resultados.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
USF	Unidades de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita Domiciliar
PSSI	Programa Semana Saúde Integral
RI	Revisão Integrativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVO GERAL.....	20
3. METODOLOGIA.....	21
3.1 Desenho de Estudo.....	21
3.2 Estratégia de Busca e Seleção dos Artigos.....	21
3.3 Coleta de Dados.....	21
3.4 Análise dos dados e Interpretação dos Resultados.....	21
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCUSSÃO.....	29
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	34
REFERÊNCIA.....	35

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde (APS) representa a porta de entrada para assistência e o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, essa assistência deve ser continuada e centrada na pessoa satisfazendo suas necessidades de saúde. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está embasada em ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de assistência e de recuperação com qualidade, portanto, é a principal ferramenta de organização do modelo assistencial proposto pela APS na tentativa de facilitar a aproximação entre o serviço e a população (MOTTA, 2015).

Para garantia da qualidade dessa assistência, dentre os diversos programas lançados pelo MS de forma individual e coletiva por grupo, na atenção à saúde da criança e mãe, binômio mãe-bebê o Ministério da Saúde desenvolveu a Agenda de Compromisso cujo o foco é promoção de saúde Integral da criança e desenvolvimento de ações para promoção e prevenção de agravos de saúde contribuindo para redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2005).

Dentro dessa assistência à criança encontra-se a consulta na primeira semana saúde integral realizada pela enfermagem, sendo mais efetiva, se forem estabelecidas rotinas e conhecimento prévio do que avaliar e orientar, desenvolvendo uma relação de confiança, paciência e carinho com a criança e sua família. Portanto, é fundamental que a enfermagem desenvolva essas ações e intervenções preconizadas e voltadas para a vigilância do desenvolvimento infantil, tendo em vista a fragilidade do atendimento às crianças menores de dois anos de idade e o impacto dessas ações na saúde da criança.

No sentido de aprofundar o conhecimento realizou uma Revisão Integrativa na busca da literatura pelos conhecimentos sobre o tema, o desenvolvimento das ações e as intervenções encontradas, pois com o conhecimento insuficiente da Enfermagem e a não devida importância a cerca da Primeira Semana da Saúde Integral da Criança influencia negativamente na prática e tomada de decisões. Após essa busca pode-se construir um instrumento para analisar esse conhecimento, atitude e prática na integra e ser posteriormente aplicado e avaliado no município de residência da mestranda como forma de contribuir na análise da assistência de enfermagem reforçando que as atitudes negativas levam à prática inadequada na Primeira semana de vida do RN. Demais produtos foram realizados como forma de enriquecimento sobre a influência dos temas no âmbito criança e mãe.

2. OBJETIVO GERAL

Investigar as estratégias da enfermagem na atenção primária de saúde relacionados a promoção da saúde integral durante a Primeira Semana de Vida do Recém-nascido.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho de Estudo

Trata-se de uma revisão Integrativa (RI) da literatura analisando quais estratégias da enfermagem na Atenção Primária para a promoção da saúde integral ao recém-nascido durante a Primeira Semana de Vida.

Para realização dessa revisão integrativa incluiu as fases de identificação do problema, busca na literatura, análise e avaliação dos dados e a síntese para reportar os resultados, utilizando a seguinte pergunta norteadora como eixo da revisão: quais as estratégias desenvolvidas pela enfermagem da atenção primária para a promoção da saúde integral do recém-nascido durante a primeira semana de vida? Levantados a partir do detalhamento dos componentes PICO (População, Intervenção, Controle e Desfecho), que Bernardo (2004) em seu estudo descreve como uma estratégia para elaboração da pergunta norteadora, estratégias de busca, escopo e os critérios de inclusão, ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1: Descritores dos assuntos empregados na busca dos Artigos. Teresina-PI, 2020.

Estratégia PICO	
P	Saúde da criança (RN)
I	Estratégias realizadas PELOS ENFERMEIROS na primeira semana de vida
C	NÃO SE APLICA
O	Promoção da saúde na primeira semana de vida.

3.2 Estratégia de busca e seleção dos artigos.

Foi realizada uma busca de estudos publicados nas seguintes bases de dados das bibliotecas eletrônicas em saúde: PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS, Bdenf e Scielo com os seguintes descritores, *Nursing/Enfermagem AND Newbord/recém-nascido AND Primary health care/Atenção primária de Saúde; Nursing/Enfermagem AND Newbord/Recém-nascido AND Primary health care/Atenção primária de saúde AND Health promotion/Promoção da saúde* escolhidos mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (Decs). Todos os resultados foram organizados, realizado análise e feita a remoção de duplicatas. Realizada em agosto e setembro de 2020.

A estratégia PICO facilitou a elegibilidade das publicações e facilita na descrição dos critérios, dessa forma optou-se por descrições restritas e limitadas a fim de restringir os critérios de inclusão, de contrapartida ciente das possíveis exclusões errôneas (viés), essa restrição ocorre com a intenção de responder à pergunta norteadora de forma clara e objetiva (SANTOS, *et al* 2007). A revisão incluiu estudos originais, publicados na integra em revistas científicas, com recém-nascidos na primeira semana de vida, 7dias, desde que abordassem uma estratégia de atendimento na primeira semana de vida. Foram considerados todos os delineamentos de estudos, ou seja, com abordagens quantitativas e qualitativas, a fim de abranger a diversidade de estratégias já utilizadas com RN na primeira semana de vida. Excluíram-se os artigos com recém-nascidos que não apresentavam separadamente os resultados relativos à recém-nascidos; aqueles que não incluíram diferentes estratégias e que não apresentavam separadamente os resultados relativos às estratégias na primeira semana de vida ou os que estavam fora da atenção primaria de saúde. Também foram excluídos livros, capítulos de livros, teses e dissertações e resumos publicados em anais de eventos.

Os estudos foram selecionados e utilizado um processo de duas etapas após as leituras de forma independente, para avaliar os resultados da pesquisa bibliográfica. O processo de avaliação de elegibilidade se deu pela primeira etapa, triagem dos artigos após a aplicação dos filtros, com a leitura dos títulos e resumos, a segunda etapa, triagem com a leitura dos textos na integra. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos (2015 a 2020), nos idiomas inglês, português e espanhol que continham estratégias voltadas para a primeira semana de vida do recém-nascido. Também foram verificadas as listas de referências dos artigos incluídos.

Os estudos que continham dados insuficiente para avaliar a elegibilidade foram excluídos após leitura profunda por não conter dados suficientes, mesmo critério para artigos repetidos.

Quadro 2: Resultado encontrado por termo de busca

DESCRITORES						
<i>Nursing/Enfermagem AND Newbord/recém-nascidos AND Primary health care/Atenção primaria de saúde</i>						
	Pubmed	Scopus	Web of Science	Lilacs	Bdenf	Scielo
Total	3.455	309	77	88	55	17
Após filtros	253	38	30	24	32	06
Após análise do título e resumo	12	08	05	04	04	04
Análise do artigo na integra	11 (2rep)	08 (3rep)	05 (2rep)	04 (1rep)	04 (2rep)	04 (3rep)
Ficaram	00	02	01	01	00	01
<i>Nursing/Enfermagem AND Newbord/recém-nascido AND Primary health care/atenção primária de saúde AND Health promotion/promoção da saúde</i>						
	Pubmed	Scopus	Web of Science	Lilacs	Bdenf	Scielo

Total	284	23	06	73	14	02
Após filtros	25	05	06	04	05	02
Após análise do título e resumo	06	02	03	01	01	02
Análise do artigo na íntegra	06	02	03 (2rep)	01	01	02 (1rep)
Ficaram	01	01	01	00	01	00
Total Geral	4.403					
Artigos por Base	3.739	332	83	161	69	19
Artigos excluídos por Filtros	3.444	289	47	122	32	05
Artigos selecionados após filtros para 1º Triagem	295	43	36	39	37	14
Total de artigos selecionados para 1º triagem (análise do título e resumo)	464					
Artigos selecionados por base na 1ª Triagem (títulos e resumos)	17	10	08	05	05	06
Total de artigos selecionados na 1º triagem para realização da 2ª triagem (análise do artigo completo)	51					
Artigos por base Selecionados após a 2ª triagem.	01	03	02	01	01	01
	09 artigos selecionados. 16 artigos foram excluídos por repetição. 26 artigos foram excluídos por fuga do tema, estudos de outros níveis de atenção, estudos de outra natureza, sem resumo disponível, não se tratava de enfermagem.					
Total de artigos excluídos após 2º triagem (análise do artigo completo)	42					
Total de artigos selecionados que atenderam os critérios após 1º e 2ª triagem para análise.	09 artigos selecionados para estudo.					

3.3 Coleta dos dados

As referências foram exportadas para no Microsoft Excel Office®, para fins de organização e verificação das duplicidades. Houve a leitura dos títulos e resumos dos artigos por um pesquisador independente, baseando-se nos critérios de elegibilidade da revisão.

Posteriormente, o pesquisador, de modo independente, realizou a leitura na íntegra dos artigos considerados relevantes para a inclusão nesta revisão. Utilizou-se o fluxograma do PRISMA para ilustrar os resultados da busca, triagem e processo de seleção para identificação dos estudos incluídos na revisão (MOHER, 2009).

A extração dos artigos foi agrupada em Tabelas feitas no Microsoft Word Office® independentes e norteados a fim de permitir uma melhor especificação dos dados. Apresentando a estratégia de busca utilizada em cada base de dados, respeitando as peculiaridades de cada uma delas, os artigos selecionados foram expostos para a caracterização dos Estudos incluídos na revisão: Base de dados, primeiro autor, ano, objetivo relacionado as estratégias, tipo de estudo, contexto da estratégia, população e amostra. Extraíram-se as seguintes informações: estratégias desenvolvidas, duração, variáveis e ferramentas de estratégias, principais resultados.

Não foi possível realizar uma meta-análise, devido à heterogeneidade dos estudos, e fez-se uma síntese narrativa. Os resultados da revisão foram estruturados em relação aos seguintes aspectos: descrição dos estudos, tipos de estratégias, objetivos e resultados das estratégias, explorando-se também a relação entre os estudos e seus resultados, na forma de facilitar a análise e a identificação da variabilidade dos mesmos.

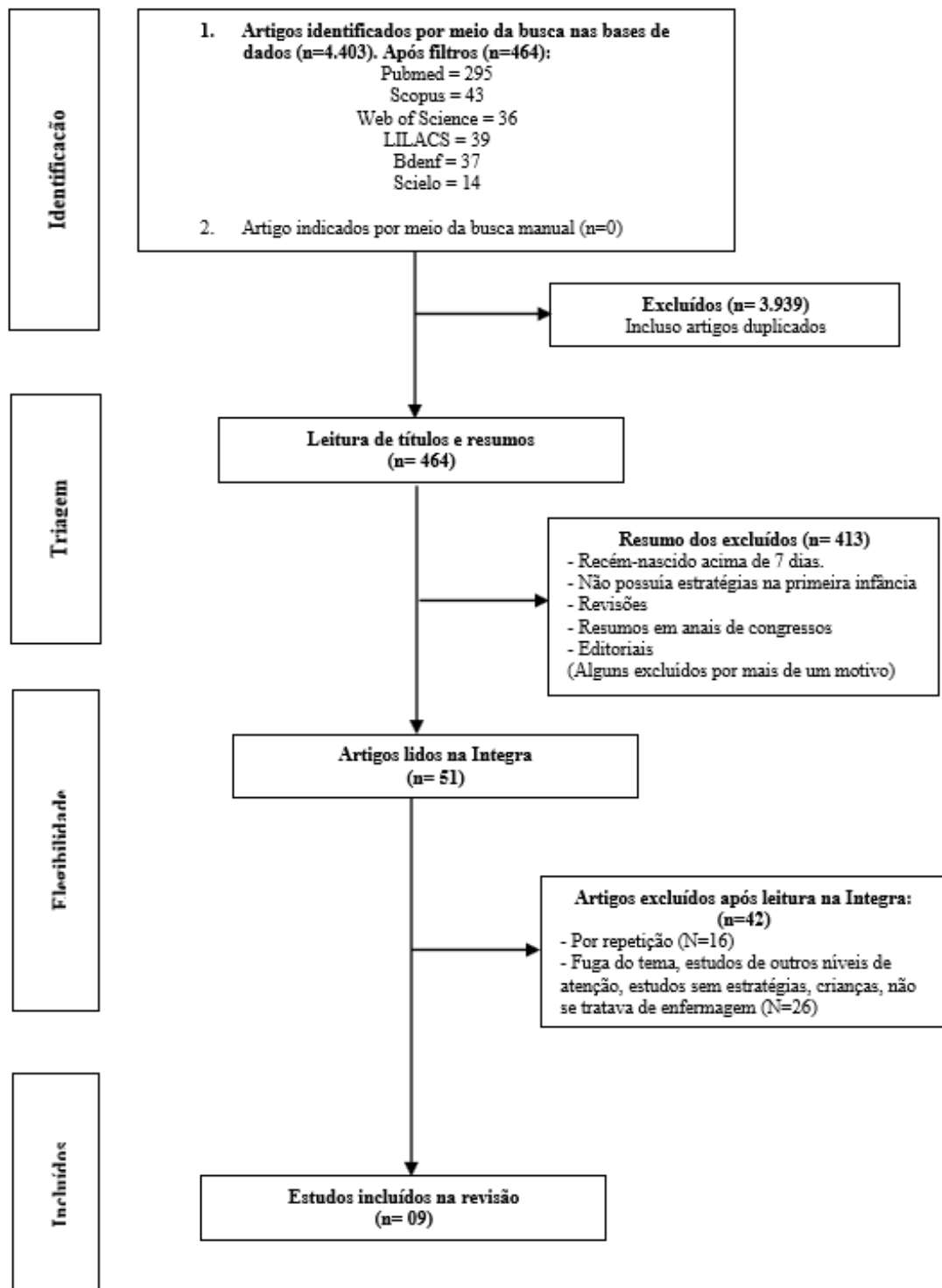
3.4 Análise dos dados e Interpretação dos Resultados

Com o objetivo de padronizar a coleta de dados e controlar futuros vieses, a pesquisadora apresentou os resultados em Tabelas e Quadros, com dados inseridos no Microsoft Excel Office®, de maneira padronizada seguindo as estruturas criadas, a maneira de permitir análise adequada.

4. RESULTADOS

Ao todo, foram identificados 4.403 estudos, 464 deles por meio das buscas nas bases de dados com aplicação dos filtros e nenhum pela verificação das referências dos artigos incluídos. Destes, 3.939 foram excluídos após filtros, prosseguindo a leitura de títulos e resumos de 464 artigos. Baseados nos critérios de elegibilidade, 413 artigos foram excluídos, o que resultou na análise amostral de 51 estudos para leitura na íntegra. Após essa leitura, 42 foram excluídos, dentre eles 16 por repetição e **26 artigos** por fuga do tema, estudos de outros níveis de atenção, estudos de outra natureza, sem resumo disponível, não se tratava de enfermagem. Ao final, 09 artigos foram incluídos nesta revisão. O processo de busca na literatura, baseado nas recomendações do PRISMA, está representado na Figura 1.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA PRISMA DO PROCESSO DE BUSCA NA LITERATURA



O Quadro 3 ilustra as características dos estudos incluídos (I ao IX). Eles foram realizados entre 2016 e 2020; a maioria das intervenções foram desenvolvidas no Brasil^(III, IV, VI-IX), três estudos na América do Norte^(I, II e V), destacando-se os Estados Unidos^(II e V) no desenvolvimento de programas de intervenções.

Dentre as metodologias utilizadas, seis apresenta abordagem qualitativo^(III-VIII) e os demais variados^(I,II,IX). Quatro artigos^(I, II, V e IX) analisaram as intervenções de programas implantados por meio de avaliação subjetiva da percepção das mães, recém-nascidos e enfermeiros e validação de instrumento^(II e V), dois analisaram a representação para os enfermeiros^(IV-VI). Somente dois trouxeram a Primeira Semana da Saúde Integral, um artigo relatou a importância da estratégia^(VII) e um artigo descrevendo as ações implantadas^(VIII).

As intervenções ocorreram em diferentes cenários, tais como Atenção primária de saúde^(III, IV, V e IX) onde artigo^(III) descrevia o ambulatório como parte da atenção primária, Estratégia de Saúde da Família^(VI,VII,VIII), domicílio^(I) e clínica de atenção primária^(II).

No que se refere à população, quatro artigos discriminaram somente enfermeiros^(IV, VI, VII e VIII), dois estudos com enfermeiros, médicos, mães e recém-nascidos^(II e V) e somente um artigo com mães e recém-nascidos^(I), prontuários^(III) e profissionais^(IX). Sobre o número da amostra os artigos apresentaram-se de forma variadas, da amostra extensa a mínima, tudo de acordo com seus achados e aceites.

Quadro 3: Caracterização dos principais estudos incluídos

Base de Dados	Primeiro autor, ano	Objetivo relacionado a estratégias	Tipo de Estudo	Contexto da estratégia	População e amostra
Pubmed	MARTINEZ, 2018(I)	Evaluar un programa de apoyo telefónico realizado por una enfermera de atención primaria pediátrica a madres que amamantan a sus hijos en los primeros 6 meses.	Ensayo - clínico	Compuesto por 2 grupos: control: recibieron entrevista durante la visita domiciliaria en los primeros días de vida y cuidados habituales. Intervención: Además de la visita, recibieron llamadas telefónicas semanales durante 2 meses y quincenales durante los meses restantes.	Madres y recién nacidos (hasta 6 meses) (n = 414)
Scorpos	WITT, 2019 (II)	Construction and evaluation instrument called "6-step needs" that informed the implementation of the model in a health center qualified by the federal government (FQHC). EAU.	Mixed method studies	Practice assessment included baseline data collection of the newborn's practice volume, intention to breastfeed, breastfeeding rates, provider survey and financial variables.	Nurses, doctors, mothers and newborns (400 visits)
Web of Science	COSTA, 2018 (III)	Descrever e analisar os diagnósticos de enfermagem estabelecidos em consultas de recém-nascidos num serviço de atenção primária à saúde em São Paulo.	Estudo descritivo, analítico e quantitativo	Análise dos prontuários de crianças atendidas no período neonatal no ambulatório da Atenção primária.	Prontuários de 37 crianças e 39 consultas de enfermagem

BDEF	AMORIM, 2020 (IV)	Compreender o significado da gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis/SC.	Estudo qualitativo	Entrevista com profissionais da enfermagem da atenção primária a cerca dos cuidados da enfermagem ao binômio mãe-bebê no período neonatal/puerpério e todo processo de acompanhamento na atenção primária.	Enfermeiras (n=11)
Scopus	OLSON, 2018 (V)	Describe how the Healthy & Home program has evolved over the past 25 years on primary care for mothers who have just been discharged from the hospital and offers suggestions to other organizations. Canadá.	Qualitative Study	Evaluation of the Healthy & Home program implemented 25 years ago, which aims at primary health care after hospital discharge and continuity of other care.	Nurses, mothers and newborns (n = 634)
Scopus	DANTAS, 2018 (VI)	Apreender as representações sociais de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado de enfermagem no pós-parto. Mossoró-RN.	Estudo qualitativo	Entrevistas com os enfermeiros da Estratégia de saúde da família sobre os cuidados de enfermagem no pós-parto como estratégia de compreender o conhecimento e percepções construídas socialmente dessa assistência.	Enfermeiras(n=31)
Web of Science	MEDEIROS, 2016 (VII)	Understand the importance given by nurses working in Primary Health Care to carry out home visits in the puerperal period. Caxias-MA	Qualitative study	Interview in two stages with the nurses of the family health strategy about the importance of performing the HV in the postpartum period.	Nurses (n = 38)
Lilacs	LUCENA, 2018 (VIII)	Descrever as ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da Primeira Semana Saúde Integral no cuidado ao recém-nascido. João Pessoa-PB.	Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa	Entrevista com os enfermeiros da Estratégia de saúde da família acerca das suas visitas domiciliares aos RN.	Enfermeiros (n= 9)
Scielo	ALPIREZ, 2018 (IX)	Validação de conteúdo de um instrumento de avaliação do recém-nascido baseado nas intervenções propostas pela Primeira Semana de Saúde Integral. Manaus-AM.	Estudo Descritivo	Validar um instrumento de avaliação das intervenções propostas durante a primeira semana da saúde Integral como forma de estratégia.	Profissionais atuando na Gestão da Saúde da Criança e da Rede Cegonha (n=10)

O Quadro 4 ilustra os aspectos abordados no processo de promoção da saúde dos recém-nascidos atendidos na atenção primária, utilizando a primeira semana de vida como foco. Sete estudos utilizaram a entrevista como coleta de dados. Em relação aos objetivos dos estudos, três buscaram a promoção da saúde e análise do conhecimento^(IV, V e VII), um estudo sobre avaliação de diagnósticos^(III), quatro estudos com aplicação de instrumento para avaliação de programas e validação^(I, III, V e IX) trazendo no contexto informações sobre estratégias utilizadas, avaliadas ou criadas. Somente um artigo apresentou estratégias aplicadas de fato voltadas para atenção a primeira semana da saúde integral do RN^(VIII).

Quadro 4- Identificação do estudo e detalhamento da estratégia; variáveis/ferramentas de estratégias e principais resultados.

Primeiro autor, ano	Estratégia Desenvolvida	Duração	Variáveis e ferramentas de estratégia	Principais Resultados
MARTINEZ, 2018(I)	Grupo de control y seguimiento: consulta en la primera semana de vida (7 a 15 días de nacimiento) y consulta de control 2, 4 y 6 meses. Grupo de intervención: consulta	Seguimiento durante 6 meses. En	Lactancia materna exclusiva o parcial, registro en el <i>Protocol d'Activitats Preventives i de</i>	La intervención telefónica no tuvo un efecto lo suficientemente significativo como para ser una medida útil y generalizable para mejorar las tasas de lactancia materna en ambos grupos relacionados con cualquier tipo de lactancia, pero se cree que además de

	primera semana de vida y control extra con llamada semanal los 2 primeros meses y quincenal entre 2 y 6 meses. Brindar orientación y problemas en la lactancia materna.	Barcelona .	<i>Promoció de la Salut a l'Edat Pediàtrica</i>	otro tipo de intervenciones, las promociones tendrían un efecto beneficioso.
WITT, 2019(II)	One of a 6-step needs assessment tool was built and applied that verified the viability of the strategy for implementing the team-based lactation support program in the EUA.	Research time, one year.	Practical 6-point assessment tool with justification and built questionnaires	It demonstrates the feasibility of introducing team-based care in heterogeneous practice environments and reinforces the need for continuous assessment of mechanisms to transform outpatient breastfeeding support into practice. Demonstrated financial benefit. It can also identify that PCP support is essential for the duration of breastfeeding and patients need support and guidance to overcome breastfeeding challenges. The project confirms the feasibility and positive impact of the implementation of the model to support the team's lactation in different practice environments
COSTA, 2018(III)	Na busca de promover a saúde da criança na perspectiva da saúde coletiva, assim reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, foram verificados os diagnósticos de enfermagem, identificados e analisados, buscando a estratégia de classificados em diagnósticos de enfermagem de fortalecimento ou de desgaste frente ao processo saúde-doença identificados na consulta de enfermagem de recém-nascidos.	Tempo da pesquisa, um ano.	Instrumento de elaboração dos pesquisadores	Estudo revelaram que os diagnósticos de enfermagem de fortalecimento frente ao processo saúde-doença tiveram uma menor diversidade e uma maior frequência em comparação com os diagnósticos de desgaste. Mostrando que em um dos pontos da interpretação dos diagnósticos de enfermagem segundo o referencial das necessidades essenciais das crianças permite ao enfermeiro planejar o cuidado visando enriquecer as oportunidades para o desenvolvimento das capacidades intelectuais, emocionais, sociais e físicas das crianças no ambiente domiciliar.
AMORIM, 2020(IV)	Buscar conhecer o entendimento sobre o significado da gestão ao cuidado da mãe e neonato na atenção primária, para melhorias no atendimento e estratégias de atendimento.	Tempo da pesquisa, um ano.	Observação e entrevista com roteiro semi-estruturado.	O estudo mostra que é necessário realizar mudanças no processo de trabalho e na oferta de serviços, incluindo ações de planejamento, educação em saúde e organização dos cuidados de enfermagem. Constatou que a qualidade da assistência pré-natal ainda apresenta lacunas, e as gestantes, embora tenham se mostrado satisfeitas, de modo geral, sugerem algumas de melhorias. Consideraram a atuação do enfermeiro mais humanizada no pré-natal porém apontaram fragilidades no puerpério. Quanto as visitas na primeira semana de vida as enfermeiras afirmaram que são necessárias mas enfrentam dificuldades e sobrecarga de trabalho e utilizando como estratégia para realização o atendimento na ida a UBS para outra finalidade.. Relataram também como dificuldade a amorosidade da gestão pública.
OLSON, 2018(V)	o present the strategies developed by nurses in the Healthy & Home program for the past 25 years.	Research time, one year.	Electronic questionnaire	96% of the interviewees were satisfied claiming that the nurses answered their questions and addressed their concerns; visited an adequate number of times; they supported their eating plan and left them feeling comfortable in their ability to care for their newborn.
DANTAS, 2018(VI)	Analisar o entendimento dos enfermeiros acerca do puerpério sobre todas as questões envolvidas nesse período e suas ações desenvolvidas.	Tempo da pesquisa, um ano.	Entrevista semiestruturada	Predominância de conteúdos relacionados à consulta de puericultura sobrepondo a consulta puerperal, o que pode gerar, ocasionalmente, negligência no que se refere à atenção às necessidades da puérpera. Faz-se necessário que o profissional leve em consideração os aspectos pessoais, sociais e culturais. Observou-se que, apesar de os enfermeiros descreverem a importância da visita domiciliar à puérpera logo na primeira semana após o parto, refere à dificuldade de transporte nas equipes de saúde e a visita domiciliar no puerpério tem sido realizada somente pelo ACS.
MEDEIROS, 2016(VII)	The interview aims to verify the knowledge of nurses from Caxias-MA on the importance of home visits in the postpartum period and their realization, as a way to subsidize and conduct future strategies.	Research time, one year.	Semi structured interview	Home visits are an important strategy for achieving comprehensiveness, incorporating integration practices with other services. It reveals that the idea that home visits facilitate assistance to women in the puerperium is unanimous among the nurses interviewed. Some report that it can occur only by the CHA, making it

				evident that there is a lack of scientific knowledge from some nurses, about the dimension of the benefits that home visits provide to puerperal women, in addition to the omission of this tool, which is the patient's right, including the puerperal women.
LUCENA, 2018(VIII)	Conhecer quais estratégias os enfermeiros da ESF de João Pessoa realizam durante a primeira visita domiciliar do RN.	Tempo da pesquisa, um ano.	Entrevista semiestruturada	Percebe-se nos relatos que há discrepância nos discursos, uma vez que há profissionais que realizam a visita domiciliar no tempo correto, no entanto, há também aqueles que descumprem o tempo preconizado. Tentando assim justificar suas falhas e condicionando a visita ao ACS.
ALPIREZ, 2018(IX)	Validação de um instrumento como estratégia de intervenção de uso na proposta da primeira semana da saúde Integral	Tempo da pesquisa, um ano.	Validação de conteúdo.	O instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, pode colaborar na qualificação do cuidado, perinatal, em todos os níveis de assistência, ao ponto de reconhecermos as situações de risco e a provisão de cuidados apropriados e resolutivos. E os resultados obtidos no estudo da confiabilidade e da validade do instrumento de avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral apontaram propriedades psicométricas aceitáveis à sua utilização nos serviços de saúde pública na atenção à criança na primeira semana de vida

5. DISCUSSÃO

Analisando os artigos científicos desta revisão os resultados evidenciam a importância de intervenções, estratégias, ações e demais abordagens como forma complementar à promoção da saúde do recém-nascido na primeira semana integral de vida, com propósito a redução do índice de mortalidade materno e neonatal e aprimoramento profissional dos profissionais.

Dentre as abordagens utilizadas nos processos de promoção da saúde do recém-nascido, somente um artigo^(VIII) destacou o Programa Primeira Semana Saúde Integral e suas intervenções como formas de estratégias, os demais artigos^(I,II,III,IV,V,VI,VII,IX) buscou entender e relacionar estratégias de intervenção ao recém-nascido. Uma abordagem relativamente recente, realizado nos últimos 3 anos, o artigo^(I) em seu estudo randomizado traz o uso do suporte telefônico no acompanhamento de recém-nascidos e puérperas em torno do aleitamento materno, o grupo controle recebia a visita domiciliar nos primeiros 7 ou 15 dias de vida e consultas de rotina mensal, já no grupo intervenção a estratégia há mais foi o suporte telefônico semanal nos primeiros 2 meses e quinzenal nos outros meses, sanando dúvidas referentes as atividades do dia-a-dia, aleitamento e demais dúvidas frequentes nesse período. O estudo mostra que mesmo não apresentando respostas esperadas, pode-se verificar que as estratégias de apoio e extração de dúvidas foi importante para enfermeiros e profissionais que ampliaram seus conhecimentos e verificaram falhas nas estratégias e principalmente aplicado em conjunto com demais estratégias.

Esses sistemas, originalmente projetados como forma de consulta complementar e apoio a distância, têm sido adaptados por clínicos também para fins estratégicos de promoção da saúde. Além disso, o uso do suporte telefônico se fez presente no estudo de Silva, 2020 sobre a visita domiciliar e o uso do suporte telefônico aos recém-nascidos prematuros, utilizado e verificado especificamente após 15 dias de alta hospitalar, onde favoreceu a visão de necessidades de saúde, presença de dúvidas cotidianas nos cuidados básicos, desta forma proporcionaram a resolução de problemas, como formas para prevenir danos e promover saúde infantil em situação de prematuridade.

Nessa mesma perspectiva de estratégias foi utilizada em relação a pandemia de 2020, Covid-19, o CONASS, Ministério da Saúde e demais órgãos lançaram Notas Técnicas, protocolos e Guias no sentido de orientar o enfrentamento ao Covid-19, um deles é o suporte telefônico como estratégia de assistência, promoção e prevenção a saúde dos profissionais e pacientes. Devido a Covid-19 ser uma doença de alta facilidade de contaminação e disseminação, na atenção Primária as ações voltada o programas de saúde da criança, mães e adolescentes se fez importante e necessário o uso do suporte telefônico, mantendo as consultas em puericultura na APS para crianças de Alto Risco, coleta da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) permanece entre o 3º e 5º dia de vida do RN; Ações da primeira semana saúde integral devem ser preferencialmente no domicílio ou agendadas com hora marcada e intervalos, a consulta do Enfermeiro deve ter foco na amamentação e ganho de peso, desta forma as crianças de alto risco o acompanhamento preferencialmente, de forma presencial ou por telefone ou WhatsApp e crianças de médio e baixo risco médio e baixo risco deverão ser monitoradas por meio de telefone e/ou WhatsApp, consulta presencial caso necessário. A pós passado o período crítico da pandemia as consultas nas UBS voltaram conforme a necessidade, seguimento elevas, ponderada a oportunidade terapêutica por imunização de rotina, vigilância do crescimento e desenvolvimento e orientações à família (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2020; BRASIL, 2020).

Em relação a programas criados como estratégias, dois artigos^(II,V) trazem a avaliação de programa implantado^(V) e programa em fase de avaliação^(II) sobre suas ações e estratégias em relação ao atendimento neonatal. No artigo^(II), desenvolvido nos EUA, o programa de apoio a lactação na atenção primária verificou além da importância da assistência na lactação na primeira infância como também o apoio do PCP (cuidador de cuidados primários: que é o profissional da atenção primária sendo fundamental para a duração da amamentação e apoio aos pacientes que precisam de orientação para superar os desafios. O projeto confirma a

viabilidade e o impacto positivo da implementação do modelo de apoio à lactação da equipe em diferentes ambientes de prática, afirmando que esse apoio deve ser realizado logo após a alta hospitalar na visita inicial do recém-nascido, como também verificou as questões financeiras para implementação do projeto, já que nos EUA o custeio é bem diferente de nossa realidade.

No artigo^(V) podemos verificar as estratégias realizadas dentro do programa Healthy & Home, na capital de Barcelona há 25anos; são ofertados acompanhamento a mães e recém-nascidos em visita domiciliares mensais, as mesmas mostrando-se bastantes satisfeitas com o atendimento prestado pela equipe de enfermagem, esclarecendo suas dúvidas e proporcionando conforto ao cuidar dos seus recém-nascidos. Portanto em ambos os artigos foi possível verificar que os programas implantados e desenvolvidos por enfermeiros e equipe trás a importância e o acompanhamento na primeira semana de vida independente de visita domiciliar ou não á puérpera e recém-nascido.

Os artigos mencionados apresentam estratégias na atenção primária desenvolvidas em outros países, observa-se que as experiências e estratégias utilizadas na América do Norte também se faz necessário atenção aos recém-nascidos, crianças e puérperas tanto na primeira semana de vida como em geral na atenção primária de saúde, proporcionando um desenvolvimento infantil sem intercorrências, caso tenha, solucionadas ainda na APS, contribuindo assim para diminuição da mortalidade materna e neonatal e na criação de vínculo mãe-bebê e profissional. Noronha 1995, ressalta que na America do Norte a saúde é regida por seguros de saúde, um exemplo privado é o Medicare, público é Medicaid, onde destacam que a atenção à saúde dos "pobres" o Medicaid é um programa do governo para pessoas de todas as idades com recursos insuficientes para ajudá-los a pagar por um seguro de saúde, administrada pelos estados, com coparticipação financeira do governo federal.

Verificar o conhecimento e identificar o entendimento predominou em três artigos^(IV,VI, VII) entre as estratégias baseadas na promoção da saúde do recém-nascido na primeira infância, permitindo mensurar os efeitos positivos da visita domiciliar na primeira semana de vida e no período neonatal, obtendo resultados favoráveis na questão do controle, visualização de possíveis problemas para o crescimento e desenvolvimento infantil, contribuindo na realizar intervenções, diagnósticos ou condutas de forma precoce aos indivíduos analisados, nessa mesma questão foi analisado a puérpera. Foi unanime nas falar dos enfermeiros, que a visita domiciliar facilita a assistência à mulher no puerpério, principalmente: fortalecimento do vínculo com a equipe, compreensão do cotidiano para

realização de orientações e ações, diminuição da mortalidade materna e infantil; mas também foi questionado a ausência dessas visitas domiciliares e suas justificativas, dentre essas justificativas foi a sobrecarga de trabalho, pouca disponibilidade de tempo, carência de recursos humanos, falta de apoio da gestão e ausência de transporte.

Como forma de amenizar essa falta da visita domiciliar, a enfermagem utiliza como estratégias a solicitação da visita do ACS verificando possível demanda de urgência e realizar o agendamento da primeira consulta na primeira semana de vida, ou então ocorre a captação dessa mãe-bebê no momento que se apresenta a UBS para realização do teste do pezinho e vacinas, se faz como estratégia principalmente por alegarem falta de tempo, mas não se pode ser transferida ou delegada essa função ao ACS pois o mesmo não possui conhecimentos técnicos e científicos para a realização. A predominância de conteúdos relacionados à consulta de puericultura sobrepondo a consulta puerperal, se fez presente, o que pode gerar uma sensação de negligência no que se refere à atenção às necessidades da puérpera, apresentando lacunas, embora as gestantes tenham se mostrado satisfeitas, de modo geral, sugerem algumas de melhorias, tornando-se mais humanizada. Portanto em ambos é verificado que é necessário realizar mudanças no processo de trabalho e na oferta de serviços, incluindo ações de planejamento, educação em saúde e organização dos cuidados de enfermagem em consideração os aspectos pessoais, sociais e culturais.

Sobre as visita ao RN na primeira semana de vida, como já citado, se mostrou unanime a importância, pois além dos pontos levantados e citados é uma estratégia importante para o alcance da integralidade, incorporando práticas de integração com outros serviços, mas é evidenciando que há carência de conhecimento científico por parte de alguns enfermeiros, sobre a dimensão dos benefícios que a visita domiciliar proporciona às puérperas, além da omissão desse instrumento, que é direito da paciente, inclusive das puérperas.

Vale ressaltar que o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre a importância da visita domiciliar na primeira semana de vida como preconizado pelo MS se faz necessário para o crescimento, desenvolvimento e acompanhamento da saúde da criança a fim de se avaliarem as estratégias e os planos de ações que estão sendo executados e a forma como estão sendo implantados, além de apontar e direcionar possíveis mudanças de condutas conforme a necessidade de saúde ao longo dos anos (STABÍLI, 2013).

O estudo que analisou os diagnósticos de enfermagem frente a consulta dos recém-nascidos^(III) do 1 ao 28dia de nascido não apresentou diretamente resultados favoráveis para a questão norteadora desse estudo, mas se fez importante por apresentar um ponto de atenção

para a estratégia da equipe de enfermagem, as necessidades do enfermeiro em planejar o cuidado visando enriquecer as oportunidades para o desenvolvimento das capacidades intelectuais, emocionais, sociais e físicas das crianças no ambiente domiciliar como o Ministério da Saúde preconiza.

Considerando a busca por estratégias da enfermagem ligadas a primeira semana de vida do recém-nascido, ligado diretamente a Primeira Semana Saúde Integral preconizado pelo MS o artigo^(VIII) em seu estudo traz diretamente essa análise no município de João Pessoa. A realização da visita domiciliar na primeira semana de vida do RN é realizada como preconizada pelo MS existindo algumas dificuldades, uma delas é a periodicidade, muitos enfermeiros além de realizar no tempo errado, alguns desconhece o que se é preconizado; outro ponto levantado é a dificuldade em relação as estratégias do ACS no agendamento da visita domiciliar no tempo correto, questionando o erro no agendamento, datas e horários não viáveis, a não ida do mesmo em verificar o retorno da puérpera para casa, ocorrendo muitas vezes de irem para casa da mãe passar o período puerperal, questão não vista pelo ACS prejudicando o atendimento; em relação ao aleitamento materno a falta da visita em tempo oportuno ocasiona o comprometimento da prática, mães relatam o desmame devido dificuldades no processo; orientações sobre cuidados básicos com o RN foi mencionado por todos os participantes do estudo, destacando a realização, mas a identificação dos fatores de riscos a saúde materna e a criação de vínculo se mostrou presente mas sem visão de importância, cada ponto mencionado foi apontados somente por um enfermeiro. Então pode-se perceber nas falas dos enfermeiros que a estratégia da visita domiciliar na primeira semana de vida com todas as suas intervenções envolvidas é aplicada de forma significativa e relevante.

O estudo^(IX) buscou como estratégia criar e validar um instrumento para avaliação do RN nas intervenções da Primeira Semana da saúde Integral, servindo de guia aos enfermeiros da APS na avaliação do RN, levando em consideração todos os pontos importantes e elegíveis prioritários na avaliação dos cuidados primários, seguindo o protocolo de intervenção do MS a PSSI. Foi considerado de alta confiabilidade após o julgamento dos juízes, sendo importante a aplicabilidade para verificação do mesmo. O conhecimento desse instrumento se faz importante por visar contribuir como estratégia futura no aprimoramento da assistência de enfermagem do recém-nascido. Rodrigues et al, 2011 e Reichert et al, 2017 reforçam em seus estudos que o uso de instrumentos como mediadores nos cuidados aos RN é importante para alcançar os objetivos previstos e propostos, favorecendo a assistência de enfermagem.

Apesar dos artigos mostrarem resultados de estratégias e possíveis estratégias para a atuação da enfermagem na promoção da saúde do RN na primeira semana de vida por meio da visita domiciliar, alguns foram obtidos apenas mediante a estratégias dentro de programas e de avaliação de conhecimento e diagnósticos ^(I,II,III,IV,V,VI,VII), não apresentando, portanto, comparação de estratégias já preconizadas pelo MS na Primeira Semana Saúde Integral ou criadas por eles. Além disso, o número de indivíduos incluídos nas pesquisas era, muitas vezes, reduzido, ou até mesmo estudos sem sujeito ^(III,VIII,IX).

Avaliar o impacto das estratégias com um maior número de indivíduos, utilizando metodologias robustas, como os estudos clínicos randomizados, poderá evidenciar mais que o uso das intervenções na Primeira Semana Saúde Integral influencia como uma ótima estratégia de melhora na assistência. No entanto, ampliar o conhecimento da enfermagem e a aplicação de estratégias para promoção da saúde do RN é um desafio, em virtude das especificidades do comprometimento de cada profissional. Isso também fortalece a necessidade de educação permanente em saúde com os profissionais para o desenvolvimento das estratégias binômio mãe-bebê na APS, principalmente sobre a ótica da PSSI visando tornar essa estratégia mais evidente, contribuindo para assistência precoce.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo conclui que os estudos analisados, embora importantes, reforçam a necessidade da assistência da enfermagem e equipe na primeira semana de vida do RN, binômio mãe-bebê, e o fortalecimento de pesquisas sobre o tema, principalmente por os resultados ressaltar que as mínimas ações e estratégias realizadas ao binômio mãe-bebê possui impacto significativo na sociedade para a redução da mortalidade materna e infantil. Desta forma é necessária uma melhor valorização pelos profissionais sobre a Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade infantil que inclui as ações na primeira semana da saúde integral prezando pela assistência estabelecida de acordo com as diretrizes, princípios e eixos norteadores. Desta forma podemos enumerar algumas recomendações para a melhoria da saúde do RN na 1ª semana de vida, como:

1. O conhecimento dos enfermeiros sobre a agenda de compromisso;
2. Organização profissional e equipe para execução das ações da PSSI;
3. Apoio da gestão local para prática das ações do PSSI;
4. Aumento de estudos reforçando a importância da PSSI;
5. Educação em saúde para a população sobre o seu direito na PSSI;

6. Utilização de indicadores como instrumento avaliativo e norteador das ações;
7. Conhecer a comunidade que a UBS está inserida;
8. Fortalecimento de vínculo profissional, equipe e famílias atendidas;
9. Elaboração de instrumento ou ficha norteadora da visita domiciliar;
10. Acompanhamento da primeira semana de vida como rotina das Unidades Básicas de Saúde.

Portanto nessa perspectiva após a leitura dos artigos, pude compreender que as estratégias fornecidas pelo Ministério da Saúde além de reforçar traz subsídios aos profissionais para um acompanhamento e fortalecendo das melhores estratégias e intervenções, portanto para que isso ocorra é preciso que esses profissionais busquem pelo conhecimento, trazendo o interesse comum para essa implantação e com base nesses resultados foi construído o segundo produto dessa dissertação, o Inquérito CAP, com a proposta de aprofundar o estudo, pesquisando sobre as possíveis ações que são realizadas nessa perspectiva pelos enfermeiros da atenção primária no PSSI por meio do Inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática), trazendo subsídios para posteriormente elaborar, construir e validar instrumento de trabalho para PSSI.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Tamiris Scoz; BACKES, Marli Terezinha Stein. Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza , v. 21, e43654, 2020.

ALPIREZ, Luana Amaral et al . Validação de conteúdo de instrumento de avaliação do recém-nascido. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 123-129, Mar. 2018 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Normas e Manuais Técnicos. 2 ed. Brasília, DF, 2005, 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS - **Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SarsCoV-2)**. Brasília, 05 ag. 2020.

BERNARDO, Wanderley Marques; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; JATENE, Fábio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as Evidências em Fontes de Informação. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 403-409, Dec. 2004.

COSTA, Priscila et al . Nursing diagnoses in primary health care consultations to newborns. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 6, p. 2961-2968, Dec. 2018 .

DANTAS, Sibebe Lima da Costa et al. Representações sociais de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre cuidado de enfermagem no pós-parto. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 3, aug. 2018. ISSN 2176-9133.

LUCENA, DANIELE BELTRÃO DE ARAÚJO ET AL. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 39, e2017-0068, 2018 .

MARTÍNEZ, J. V. B.; PÉREZ, I. V.; OJEDA, J. N. E.; GIL, A. H.; JIMÉNEZ, M. P. M.; ALBAREDA, M. B. [Apoio telefônico para amamentação na atenção primária: um ensaio multicêntrico randomizado](#). **Anales de Pediatría (Edição em Inglês)**, Volume 89, Edição 6, dezembro de 2018, Páginas 344-351.

MEDEIROS, L. S; COSTA, A. C. M; Postpartum period: the importance of home visits given by the nurse in Primary Health Care. **Rev Rene**. 2016 Jan-Feb; 17(1):112-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Br) **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília. (DF): Editora MS; 2004.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília, 2020.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015 .

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* [Internet] 2009;151(4)

Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, Ghosh S. Indo para casa com o bebê: suporte inovador e abrangente para novas mães [publicado online antes da impressão, em 27 de dezembro de 2018]. **Prim Health Care Res Dev** . 2018; 20: 1-6. doi: 10.1017 / S1463423618000932

REICHERT, APS et al. PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE O VÍNCULO COM ENFERMEIROS NA CONSULTA À CRIANÇA. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(2):483-90, fev., 2017

Rodrigues TMM, Vale LMO, Leitão RAR, Silva RMO, Rocha SS, Pedrosa JIS. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Rev Interd NOVAFAPI.* 2011;4(2):21-6

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 3, p. 508-511, June 2007 .

Silva RMM, Zilly A, Nonose ERS, Fonseca LMM, Mello DF. Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3308.

STÁBILI, A P et al. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 22(1):31-41, jan./abr., 2013.

WITT, A. M.; WITT, R.; LASKO, L.; FLOCKE, S. **Traduzindo o apoio à amamentação em equipe para a prática de cuidados primários.** *The Journal of the American Board of Family Medicine*, novembro de 2019, 32 (6) 818-826.

2º PRODUTO:

**INQUERITO CAP SOBRE A PRIMEIRA SEMANA DA SAÚDE INTEGRAL DA
CRIANÇA**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	38
1.1 Hipótese do Estudo.....	41
2. OBJETIVO.....	41
3. METODOLOGIA.....	41
3.1 Tipo de Estudo.....	41
3.2 Local do Estudo.....	41
3.3 População e amostragem do Estudo.....	43
3.4 Variáveis.....	43
3.5 Coleta e análise dos dados.....	45
3.6 Aspectos éticos.....	46
PRODUTO TÉCNICO.....	48
REFERÊNCIA.....	52
ANEXOS.....	53

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a realidade apresentada no 1º produto técnico, revisão integrativa, pode-se perceber a necessidade de aprofundar estudos e verificar no campo de prática o que esses Enfermeiros conhecem e realizam acerca da Primeira Semana de Vida. Contudo foi proposto estudo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) que têm contribuído para um repensar da prática profissional na atenção à saúde, na medida em que permitem identificar, junto aos usuários dos serviços de saúde, dimensões mais amplas do viver e conviver em determinadas situações da vida, segundo Kaliyaperumal (2004) o C (Conhecimento) é conjunto de entendimentos, conhecimento e da "ciência", conhecimento de um comportamento de saúde considerado ser benéfico, no entanto, não automaticamente significa que esse comportamento será seguido os esforços de educação continuam a ser exercidos; A (Atitude) é um modo de ser, uma posição, é um variável intermediária entre a situação e a resposta a esta situação; P (Prática) ações de um indivíduo em resposta a um estímulo.

A metodologia CAP ou estudos intitulados CAP são da categoria de estudos avaliativos, pois além de colher os dados, estes permitem um levantamento dados que proporcionam identificação possíveis caminhos para formulação de futuras estratégias intervencionistas mais eficazes para aplicar no grupo estudado. Este tipo de metodologia vem sendo empregada mundialmente e adaptados a diferentes contextos em estudos com as mais diversas populações, visando o planejamento estratégico de intervenções de promoção da saúde, medir o que se sabe, de que formam pensam e como agem frente a um determinado problema, além de permitir a avaliação de programas educativos (BRASIL, 2002; PORTUGAL, 2002).

Acredita-se que, com essa iniciativa, seja possível aperfeiçoar o atual modelo assistencial à saúde ao recém-nascido no município de Teresina, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, no sentido de potencializar o uso dos recursos existentes, visando qualificar a atenção prestada, evitando a ida das puérperas à unidade de saúde e reduzir os problemas que surgirem em tempo hábil. Para isso, é necessário que o cuidado à saúde da criança esteja pautado no princípio da integralidade, compreendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência aos agravos como objetivos para além da redução da mortalidade infantil, numa perspectiva que possibilite à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial (NASCIMENTO, MADUREIRA, AGNE; 2008).

Desta forma, a revisão integrativa realizada apresentou subsídios para o desenvolvido do questionário CAP, produto técnico, que visará como objetivo analisar o conhecimento, atitude e prática dos profissionais da enfermagem acerca da Primeira Semana Saúde Integral, de importante valor técnico científico para desenvolvimento de melhores estratégias de trabalho e assistência para esse público. A proposta de aplicação do Inquérito CAP (2º produto técnico) será apresentado posteriormente como projeto de Doutorado pela Mestranda, com todas as bases técnicas e científicas de sua elaboração, possibilitando continuidade a linha de estudo. Esse projeto foi qualificado durante o curso de mestrado.

1.1 Hipóteses do Estudo

O conhecimento insuficiente da Enfermagem acerca da Primeira Semana da Saúde Integral da Criança influencia negativamente na prática e tomada de decisões.

2. OBJETIVO GERAL

- Medir os conhecimentos, as atitudes e práticas dos enfermeiros atuantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Teresina-PI acerca da Primeira Semana Saúde Integral, com ênfase na Visita Domiciliar à criança.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Estudo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), de corte transversal e abordagem quantitativa. Estudos transversais são realizados em uma única ocasião ou em um curto período. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo para o ponto final, em uma sequência lógica de passos e analisa os dados obtidos através de números (HULLEY et al, 2015; POLIT; BECK, 2011).

A opção pela metodologia CAP ocorreu pela viabilidade de avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de uma população, permitindo um diagnóstico destes indivíduos, conhecendo o que sabem, sentem e como se comportam a respeito de um tema predefinido (KALIYAPERUMAL,2004).

3.2 Local do Estudo

O estudo será realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Teresina-PI que possui 814.230 habitantes, em relação à Saúde do Piauí para melhor organização em Teresina encontra-se dividida geograficamente por 11 Regionais de Saúde, dentre elas a Regional de Saúde de Teresina (RST). A seleção da área referida se deu em face

da Mestranda da pesquisa possuir atividades acadêmicas e residir no local, o que facilitará o processo de coleta dos dados desta pesquisa e das demais em andamento.

Os participantes do estudo serão os enfermeiros que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do sistema de saúde de Teresina-PI. Na Regional de Saúde de Teresina, que atuam 263 equipes da ESF, dentre elas 242 na zona urbana e 21 na zona rural (TERESINA, 2018).

Tais RST configuram-se como um modelo de organização para facilitar a gestão municipal. A oferta de serviços de atenção básica nessas RST guarda grandes similaridades, uma vez que seguem o critério nacional de implantação de equipes de ESF pelo parâmetro de áreas de risco e as ações de enfermagem devem ser priorizadas e desenvolvidas conforme recomendações do Ministério da Saúde para o âmbito nacional. Quanto ao quantitativo de Regionais de Saúde, tem-se:

Quadro 1 – Distribuição do número Regionais de Saúde no Estado do Piauí e municípios inseridos. Teresina-PI, 2018.

Nº ORD.	REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ	TOTAL DE MUNICÍPIOS INSERIDOS
01	TERRITÓRIO DA PLANÍCIE LITORÂNEA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE PARNAÍBA	11
02	TERRITÓRIO DOS COCAIS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE PIRIPIRI	22
03	TERRITÓRIO ENTRE RIOS /COORDENAÇÃO REGIONAL DE TERESINA	31
04	TERRITÓRIO CARNAUBAIS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE CAMPO MAIOR	16
05	TERRITÓRIO VALE DO SAMBITO/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE VALENÇA DO PIAUÍ	14
06	TERRITÓRIO DO VALE DO CANINDÉ / COORDENAÇÃO REGIONAL DE OEIRAS	14
07	TERRITÓRIO VALE DO RIO GUARIBAS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE PICOS	42
08	TERRITÓRIO DO VALE DOS RIOS PIAUI E ITAUEIRAS/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE FLORIANO	28
09	TERRITÓRIO DOS TABULEIROS DO ALTO PARNAIBA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE URUÇUI	05

10	TERRITÓRIO SERRA DA CAPIVARA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE SÃO RAIMUNDO NONATO	18
11	TERRITÓRIO CHAPADA DAS MAGANBEIRAS / COORDENAÇÃO REGIONAL DE BOM JESUS	23
TOTAL GERAL		224

3.3 População e Amostragem do estudo

A população fonte da pesquisa correspondeu aos 243 enfermeiros que compõem as Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Sistema de Saúde do município de Teresina inseridas na RST, zona urbana. A amostra probabilística foi representativa para o município, a qual foi determinada com base na fórmula a seguir, para cálculo de populações finitas, adotando-se o coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro amostral máximo de 5%, que no caso correspondeu a 156 enfermeiros (n=156) que atuam na ESF do município no período de estudo.

$$n = \frac{No^2 Zy/2^2}{(N - 1) E^2 + o^2 Zy/2^2}$$

Onde: n= tamanho da amostra; o = desvio padrão populacional; $Zy/2$ = é o grau de confiança obtido da tabela da normal padrão; E = é o erro amostral.

Objetivando-se a participação de todos, maneira proporcional, optou-se pela amostragem aleatória simples, no qual o número amostral foi estratificado entre as RS, escolhido a RST mais precisamente as “zonas urbanas”, correspondente ao seguinte quantitativo de enfermeiros: possuem 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo 18 destas unidades rurais, com 263 equipes de ESF, dentre essas 242 equipes são com saúde bucal/zona urbana e 21 equipes zona rural. Totalizando 263 Enfermeiro, 242 enfermeiros zona urbana atuantes, considerado que a zona rural fica de difícil acesso a mestranda e aumentando maior tempo de coleta, foi incluído somente as zonas urbanas da RST, após o cálculo amostral total de 156 enfermeiros serão convidados a participar da pesquisa, sendo suficiente para obter-se significância estatística.

Os critérios de exclusão: está de férias, afastado, ausente ou em substituição momento de aplicação do questionário CAP. Considerou critérios de inclusão: ser da zona urbana e está na UBS no momento da coleta.

3.4 Variáveis

Diversos estudos que aplicaram o CAP utilizaram diferentes formas de valorar as variáveis segundo as três categorias. No presente estudo o conhecimento, a atitude e a prática acerca da visita domiciliar na Primeira Semana Saúde Integral serão avaliados quanto aos critérios de maior força utilizando-se como base o modelo de inquérito o CAP na investigação de Casta (2012).

a) Conhecimento:

Com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros, os mesmos responderam da 9ª a 11ª questão do instrumento de coleta de dados.

- Adequado: quando o enfermeiro obtiver uma pontuação de no mínimo 7,0 pontos ao responder dezesseis assertivas, ou seja, aquele enfermeiro que acertar 11 questões ou mais;
- Regular: quando o enfermeiro obtiver uma pontuação entre 5,0 e 6,0 acertando entre 8 a 10 questões;
- Inadequado: quando o enfermeiro obtiver uma pontuação abaixo de 5,0, correspondendo a sete questões ou menos.

b) Atitude:

- Adequada; quando os enfermeiros afirmarem que as ações de educação em saúde e demais alternativas são sempre necessárias.
- Inadequada: quando os enfermeiros discordarem de pelo menos uma das assertivas ou não ter opinião sobre as questões.

c) Prática:

- Adequada: quando os enfermeiros relatarem que realizam pelo menos 8 das 13 ações citadas preconizadas pelo Ministério da Saúde.
- Regular: quando o enfermeiro relatar a realização de 6 a 7 ações citadas no questionário.
- Inadequada: quando os enfermeiros relatarem a realização de somente 5 ou menos destas ações.

O quadro abaixo resume as variáveis segundo as categorias dimensionadas:

Quadro 2 – Dicionário das Variáveis do estudo

Variáveis independentes

Variáveis	Descrição	Categorias
Sexo	Sexo	Masculino Feminino

Idade	Ano completo	Até 90 anos
Graduação	Níveis de escolaridade	Especialização, residência, mestrado, doutorado
Capacitação na Primeira Semana da Saúde Integral	Realização	Sim ou não

Variáveis Dependentes

	Valoração		
	Adequado	Regular	Inadequado
1. Conhecimento	11 ou mais respostas corretas	8 a 10 respostas corretas	7 a menos respostas corretas
2. Atitude	Adequada Concordar com todas as afirmações		Inadequada Discordar de pelo menos uma afirmação
3. Prática	Adequada 8 a 13 respostas corretas	Regular 6 a 7 respostas corretas	Inadequada 5 ou menos respostas corretas

3.5 Coleta e análise dos dados

A pesquisa será realizada utilizando como instrumento um questionário estruturado composto por questões abertas e fechadas (CAP), na qual será aplicado em ocasião programada, com objetivo de não interferir nas atividades dos enfermeiros.

O questionário é um instrumento que contém um conjunto de questões relacionadas a um problema central, o qual visa obter respostas às perguntas que o próprio informante preenche e os respondentes são solicitados a responder às mesmas questões, podendo ser

fechadas as quais são mais difíceis de elaborar, porém mais fáceis de administrar e analisar; ou abertas que permitem informações mais ricas e completas (POLIT,2011).

Destaca-se que o questionário será revisado por um grupo de 05 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, selecionados ao acaso, para confirmar a adequação do instrumento, visando à qualidade das informações obtidas e realizado as adaptações para melhoria do instrumento.

O instrumento utilizado contempla dados inicialmente referentes à caracterização demográfica e profissional. Em seguida, abordará questionamentos do inquérito CAP em relação à VD na Primeira Semana Saúde Integral sendo embasadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e Manual de Atenção à Saúde do Recém-Nascido (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014). Na avaliação da segunda parte do questionário, cada resposta será codificada em adequada, regular e inadequada seguindo os parâmetros listados acima (quadro 2) e os quesitos não respondidos que serão considerados inadequados.

Com o objetivo de padronizar a coleta de dados e controlar futuros vies, a pesquisadora que irá aplicar os questionários, portando autorização do CEP/FMS, apresentando-se aos coordenadores de cada UBS, por seguinte abordar os enfermeiros convidando-os a participar da pesquisa.

Os dados encontrados serão organizados e analisados por meio do programa SPSS-IBM e apresentados através de tabelas e gráficos com frequências absolutas e relativas. Para a comparação dos dados quantitativos com variáveis agrupadas, poderá ser utilizado o teste Mann-Whitney ou o Kruskal-Wallis, dependendo do número de categorias a serem comparadas. Para verificar a associação entre as possíveis variáveis categóricas utilizaremos o teste Qui-quadrado ou de Fisher, dependendo das frequências esperadas. Tais associações deveram levar em consideração estatisticamente significativas quanto ao valor de p (probabilidade) assumir um valor menor ou igual a 0,05 nos testes que serão realizados.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido primeiramente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina para autorização de acesso as UBS de Teresina, sendo aprovado, posteriormente será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para pesquisa em seres humanos. Será respeitado todos os preceitos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução n.º 466\12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2013). O estudo envolve risco

mínimo como desconforto de cada participante e como forma de contornar o risco no momento da entrevista a pesquisadora irá observar qualquer manifestação de desconforto sanando qualquer dúvida ou incomodo, garantindo que o estudo será mantido com sigilo, descrição, discernimento e ética. Os benéficos superam o risco previsto, pois o pesquisado se beneficiará no momento avaliando-se e também contribuindo para que se tenha uma pesquisa relevante e com retorno social ao respeito do tema estudado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Normas e Manuais Técnicos. 2 ed. Brasília, DF, 2005, 80p.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na Atenção Básica**. Brasília, 2014.

COSTA, C.C. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação/Camila Chaves da Costa. – 2012.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illuminations**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

NASCIMENTO, R.; MADUREIRA, V. S. F.; AGNE, J. E. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil em Concórdia. **Rev Neurociências**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 284-291, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTUGAL. Ministério Da Educação. **Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. Manual do aplicador do estudo CAP**. Pathfinder International. Lisboa, Jun.2002.

APÊNDICE A

INQUERITO CAP SOBRE A PRIMEIRA SEMANA DA SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___ Nº _____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____

SER: _____

I. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

1. Idade: _____
2. Sexo: 1() masculino 2() feminino
3. Instituição de Graduação: _____
4. Tempo de graduação: _____
5. Escolaridade: 1() Graduação
 2() Especialização
 3() Residência
 4() Mestrado
 5() Doutorado
 6() Outro: _____
6. Tempo de atuação na ESF: _____
7. Realizou alguma capacitação na Primeira Semana da Saúde Integral da Criança direta ou indiretamente? 1() Sim ou 2() Não
8. Qual a carga horaria da capacitação? _____

II. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA QUANTO A PRIMEIRA SEMANA DA SAÚDE INTEGRAL

CONHECIMENTO

9. Classifique a si mesmo quanto:

Alternativa	É sempre necessário	É desnecessário	É pouco necessário	Não tem opinião
Conhecimento sobre a Primeira Semana da Saúde Integral				
Capacidade de atender a demanda da Primeira Semana				

da Saúde Integral				
-------------------	--	--	--	--

10. Acerca da Primeira Semana da Saúde Integral, assinale com V(verdadeiro) ou F (falso) as opções abaixo:

() A Primeira Semana da Saúde Integral é uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança.

() Foca na atenção aos cuidados ao recém-nascido até menores de 1 ano.

() É preconizado pelo Ministério da Saúde e está inserida na Agenda de compromisso com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

() Uma das estratégias é a visita domiciliar para mãe e bebê.

() No acolhimento na Unidade Básica de Saúde checar os cuidados tanto para a mãe quanto para a criança é importante na primeira semana de vida e primeiro mês, pois é quando ocorre a maioria dos problemas

() O incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e a criança, agendamento da consulta de pós parto e planejamento familiar para a mãe, e o acompanhamento da criança são umas das ações realizadas na Primeira Semana da Saúde Integral.

() É importante o acolhimento referente a amamentação na primeira semana pois é quando os principais problemas e dúvidas surgem e com elas o desmame precoce.

() A equipe de cuidados deve estar atenta para ouvir a mãe ou seus familiares, evitando julgar o que por acaso esteja sendo feito de errado, devendo elogiar o que estiver sendo feito certo e sugerir formas de corrigir o errado, sem dar ordens.

11. Cite qual (is) é o momento correto para realização da visita domiciliar na Primeira Semana da Saúde Integral segundo o Ministério da Saúde. Pode-se assinalar mais de uma opção:

() primeiros 7º dias () até 15 dias () até 30 dias

PONTUAÇÃO: _____

Conhecimento: () Adequado () Inadequado

ATTITUDE:

12. As ações de educação em saúde voltadas para atenção a mulher e criança são:

() Sempre necessárias () Desnecessárias () Pouco necessárias () Não tem opinião

13. Eu acredito que a visita domicilia na Primeira Semana da Saúde Integral é:

() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião

14. Eu acredito que a Primeira Semana da Saúde Integral é:

É sempre necessário É desnecessário É pouco necessário Não tem opinião

15. Eu acredito no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança:

É sempre necessário É desnecessário É pouco necessário Não tem opinião

16. Em relação ao cadastro da gestante/puérpera e recém-nascido você acredita que:

É sempre necessário É desnecessário É pouco necessário Não tem opinião

Atitude: Adequado Inadequado

PRÁTICA:

17. As ações de educação em saúde quanto á importância da realização das consultas a puérpera e recém-nascido, como forma de controle da mortalidade são realizadas durante a consultas de pré-natal?

1 Sempre 2 às vezes 3 Nunca

18. Na sua prática você executa as ações de vigilância à saúde da criança, com busca ativa da criança faltosa?

1 Sempre 2 às vezes 3 Nunca

19. Marque a (as) ação(ões) que você realiza com o objetivo da Primeira Semana da Saúde Integral?

conhecer o número de puérperas e recém-nascidos da área de abrangência para programar as ações de saúde e realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto;

Verificar se é criança de risco ao nascer;

verificar Declaração de Nascido Vivo (DNV): peso ao nascer, idade gestacional, Apgar, endereço residencial, idade e escolaridade materna;

verificar no cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;

Avaliar o estado geral da criança (se está ativa, corada, se tem icterícia, cianose, febre, hipotermia ou outro sinal de anormalidade, verificar aspecto do umbigo, as eliminações (fezes e urina), entre outros);

avaliação da saúde da geral da puérpera (se está corada (pele e mucosas), se tem febre, se há corrimento com mau cheiro ou sangramento intenso, se a cicatriz cirúrgica está com bom aspecto, avaliar alterações emocionais no puerpério, avaliar a interação com o bebê);

Orientar sobre cuidados após o parto, higiene, alimentação saudável no puerpério e marcar consulta de puerpério e planejamento familiar para 1 mês após o parto;

Orientar, observar, avaliar e identificar cuidados na amamentação;

Aplicar ou orientar BCG e anti-hepatite B para a criança; Tríplice viral e dupla adulto (se necessário) para a mãe;

Realizar ou orientar o teste do pezinho;

20. Diante da puérpera que rejeita a realização da visita, acompanhamento o que você faria?

- Não realizaria a visita e acompanhamento e documentar a recusa no prontuário e no cartão da gestante e criança.
- Sensibilizá-la e orientá-la quanto á importância da realização do acompanhamento;
- Realizar a visita e acompanhamento sem a autorização da mesma;
- outra: _____

21. Quais as dificuldades enfrentadas que o impede de atuar efetivamente na Primeira Semana da Saúde Integral?

22. Você como Enfermeiro da atenção básica, recebeu no último ano algum treinamento sobre Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil voltado para Primeira Semana da Saúde Integral?

1() Sim 2() Não

Quantas? _____

23. Dentre as acompanhadas, houve algum caso de recusa?

1() Sim 2() Não

Prática: () Adequado () Inadequado

ANEXOS




DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **"IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO: SAÚDE INTEGRAL NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA"** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após a apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo aos pesquisadores: **LUCIANO LIMA CORREIA E LAIANNY LUIZE LIMA E SILVA** o acesso as Unidades Básicas de Saúde da zona urbana para entrevistar enfermeiros.

Teresina, 23 de agosto de 2019.



Maria Luci Esteves Santiago
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Maria Luci Esteves Santiago
Apostilado | Maria Luci Esteves Santiago
OAE/FMS
Matrícula 42587



Rua Governador Arthur de Albuquerque, nº 3025
Bairro Domíngos, Teresina - PI | CEP: 63020-500



06 3315 7700 | 04 3230 7700

AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSTRUMENTO.

Caixa de entrada

**Laianny Luize L e
Silva <laiannyluizelimaesilva@gmail.com>**

qua, 10 de abr 00:01

para anakelve

Boa Noite Prof. Ana Kelve,

Tudo bem? Me chamo Laianny Luize e sou Mestranda no mestrado profissional em saúde da Mulher e da Criança na UFC, orientada pelo prof. Dr. Luciano correia e Co-orientadora Profa.Dra. Silvana Santiago da UFPI. Paguei a disciplina de docência em seu departamento ano passado, junto com a aluna Fabíola Sá.

Em minhas buscas por artigos, dissertações e entendimento sobre o inquérito CAP encontrei a dissertação da aluna Camila Chaves, onde utiliza um instrumento de coleta CAP na avaliação do controle da sífilis na gestação, achei o mesmo muito bem construído e elaborado.

Após analisar-lo, verifiquei a possibilidade de poder utilizá-lo como base para construção do meu instrumento, portanto gostaria de saber se vocês como autores me autorizam utiliza-lo na estrutura do meu adequando-o ao estudo CAP na primeira semana da saúde Integral?

Ficarei muito honrada e feliz em poder referencia-las em meu estudo e utiliza-lo como base na minha pesquisa.

De já agradeço a atenção e fico no aguardo do mais breve possível!

Att,



Ana Kelve de Castro Damasceno

seg, 15 de abr 10:31

para milinha_ita@yahoo.com.br, eu

OLÁ LAIANNY NÃO VEJO NENHUM EMPECILHO, PODE FAZER BOM USO DO MESMO. VAI SER UM PRAZER SER UMAS DAS REFERÊNCIAS DE VCS.

ATT

Ana Kelve Damasceno, PhD, RN, CNM
Post-Doctoral (CNPq)/Visiting Professor at UBC
Faculty of School of Nursing
University of British Columbia, Vancouver, Canadá

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Professora Associado I do DENF/UFC
Coordenadora do Projeto: Enfermagem na Promoção da Saúde Materna

3º PRODUTO

PRODUÇÃO ACADÊMICA

1. INTRODUÇÃO

Estar inserida profissionalmente na área da saúde pública possibilitou visualizar questões que não são valorizadas e ausentes de melhorias, nesse contexto verificamos que a saúde da mulher e da criança necessita de um olhar diferenciado para estudos, pois o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento se faz importante a partir dos primeiros dias de vida, tanto para a formação física e mental quanto para o desenvolvimento emocional, psicossocial e a detecção de fatores de riscos, a primeira semana de vida é um período considerado crítico, de grande vulnerabilidade para o recém-nascido, contudo a preocupação com o período pré-natal e puerperal para redução da mortalidade materna na saúde da mulher é primordial para ambos.

Nesse contexto que os estudos realizados se fez importante, no percurso do curso do mestrado, mais precisamente na disciplina de Neurociências e Psicanálise na primeira infância, estudando as atualidades e suas influências no mundo moderno e futuro, as mídias sociais e seus impactos na educação infantil se destacou, assim a mestrande e parceiros de mestrado realizou uma pequena pesquisa sobre as influências das mídias sociais na saúde da criança, seus resultados contribuiu para o desenvolvimento do texto escrito para a Revista IPRED na Primeira Infância, o conhecimento adquirido possibilita formas de se adaptar a essa realidade.

O estudo sobre o processo do nascimento e acolhimento das gestantes ao trabalho de parto com objetivo de verificar nas suas falas possíveis dificuldades encontradas e conhecimentos dos diretos que as asseguram em todos os períodos na busca pelo atendimento, gerando um impacto positivo ou negativo para os primeiros cuidados e desenvolvimento infantil, foi realizado no Hospital Geral e Maternidade de Referência do Estado do Ceará, a mestrande foi convidada por uma aluna da Residência em obstetrícia pela Escola de Saúde

Pública do Ceará para contribuir com seus conhecimentos técnicos e científicos nos resultados encontrados. No mesmo sentido de contribuição com seus conhecimentos por sua especialidade em saúde da família e experiência em APS, foi convidada pelo aluno do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Piauí para contribuir no estudo sobre cuidados da família à pessoa renal crônica.



Laiany Luíze Lima e Silva

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e em Educação pela Fiocruz-Sírio Libanês. Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança pela UFC.

Para onde olharmos observamos crianças, jovens e os próprios adultos com celulares, tablets e joguinhos na mão, pais despercebidos com que o eles estão vivenciando e principalmente o que isso representa no seu desenvolvimento. As Mídias Digitais está presente cada dia mais cedo em nossas vidas, então vamos entender o que é essa mídia Digital? É tudo que passa informação por meio de aparelhos de comunicação, pode ser escrita, sonora e visual, exemplos importantes são telefone celular, computador, televisão, jogos eletrônicos, tablets, aparelho de som, etc.

Nos tempos de hoje não podemos fugir das tecnologias e nem dos benefícios que elas trazem, mas em relação as nossas crianças temos que ter alguns cuidados e principalmente desenvolver estra-

O impacto das mídias Digitais na saúde da criança



tégias para melhor uso, algumas perguntas são bem frequentes:

Qual a idade para uma criança começar a ter acesso online a jogos, vídeos ou filmes?

Não se tem uma idade correta, mas a criança de 0 a 3 anos ela sofre mais com a influência das mídias, pois a super estimulação pode prejudicar o que se chama "fenômeno de habituação" que é a capacidade do bebê/criança em aprender diferenciar o prazer e a dor, o que lhe amedronta (medo/

insatisfação). Então quanto mais tarde ocorrer esta estimulação, melhor ao desenvolvimento global da criança.

Qual a importância do "tempo de uso" e "supervisão" para crianças que estão na fase mais importante de seu crescimento e no início das descobertas do mundo à sua volta?

É importante colocar tempo, limite para o uso desses recursos, pelo menos 1 hora por dia, com supervisão de um adulto.



excesso atrapalha o convívio familiar, pessoal e social. Evitar o uso na hora de dormir, procurando sempre ler um livro, conversar, entre outros; Evitar na hora das refeições enfatizando a importância da boa conversa em família.

O smartphone pode ser considerado "brinquedo" ou ser usado como "distração"?

Ele pode ser utilizado como os dois, tudo vai depender de como esses pais, família, educadores estão fazendo uso desses apa-

rechos. Verificamos a cada dia que "a vida corrida" é uma desculpa para utilização dessas ferramentas como auxiliares na "distração", portanto temos que ficar tentos aos sinais, assim analisar o "por que desse uso" e buscar utilizá-lo da melhor forma possível. Enfatizo o cuidado em relação aos conteúdos inapropriados, por isso a importância da supervisão.

Quais são as consequências a curto e longo prazo no desenvolvimento cerebral e

mental de crianças que tem acesso às telas de televisões, computadores, notebooks ou celulares?

O super estímulo as mídias atrapalha o desenvolvimento psíquico, motor e social de crianças, jovens e adultos, principalmente quanto mais cedo o uso. Nas crianças tanto a curto e a longo prazo ocasionam problemas, a criança fica "vidrada" e ausente do mundo ao redor e do que está acontecendo; o corpo fica sem sentir sensações por falta de estímulos externos; dificuldade de aprendizagem; não aprende a dimensão de tempo e espaço; não interage; ocorre quebra de vínculo mãe/filho (a), pai/filho (a); bebê/criança ficam solitário; sedentários, insônia, compulsão, entre outros.

Essas são as principais perguntas dos pais. Também não podemos deixar de falar que a escola tem o papel fundamental e aliado nessa questão, devido exercer o papel de educadores na vida das crianças e jovens podendo identificar pontos positivos e negativos, levar a importância dessa ferramenta para a vida futura, buscando sempre a aprendizagem de forma educativa, sempre com acompanhamento dos pais. Por tanto não podemos deixar de lado essa nova era de crianças e jovens conectados, mas os pais, família, cuidadores e escola têm que procurar dar exemplo, conversar sobre o assunto,

supervisionar o uso e o que está sendo visto, e o principal enfatizar a importância de atividades em conjunto, atividades externas, temos um mundo lindo e enorme para ser visto e explorado longe das telas.

CAPÍTULO 3

ACESSO E ACOLHIMENTO DURANTE TRABALHO DE PARTO E PARTO: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS

Antonia Regynara Moreira Rodrigues

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós- Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem
Fortaleza- Ceará

Camila Santos Barros

Escola de Saúde Pública, Residência em Enfermagem Obstétrica
Fortaleza- Ceará

Aliniana Santos Silva

Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós- Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem
Fortaleza- Ceará

Ivana Rios Rodrigues

Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem
Fortaleza- Ceará

Laianny Luíze Lima e Silva

Universidade Federal do Ceará, Mestrado em em Saúde da Mulher e da Criança
Fortaleza- Ceará

RESUMO: Objetiva-se conhecer a percepção das puérperas sobre o acesso e o acolhimento na maternidade durante o trabalho de parto. Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em um Hospital Geral e Maternidade de Referência do Estado do Ceará com dez puérperas, que estavam no puerpério de

parto vaginal internadas no período de janeiro a fevereiro de 2017 no referido hospital. Os dados foram colhidos através de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise temática. A partir das falas das entrevistadas foram evidenciadas duas classes temáticas: Vinculação e acesso das gestantes às maternidades durante o trabalho de parto e Atendimento na maternidade durante o trabalho de parto e parto. Evidenciou-se que ansiedade, dificuldades de acesso, peregrinação, comunicação falha, ausência de informações, indisponibilidade de leitos e fragilidades no cumprimento dos direitos adquiridos e assegurados constitucionalmente às mulheres em trabalho de parto e parto e a necessidade de integração entre os serviços de saúde como situações enfrentadas pelas parturiente durante a busca por atendimento na parturição e nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidades; Trabalho de parto; Parto; Acolhimento; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT: The objective is to know the perception of the mothers about access and reception in maternity during labor. Descriptive study with qualitative approach conducted in a General Hospital and Reference Maternity of

the State of Ceará with ten puerperal women, who were in the postpartum vaginal delivery admitted from January to February 2017 in that hospital. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed by thematic analysis technique. From the speeches of the interviewees, two thematic classes were evidenced: Attachment and access of pregnant women to maternities during labor and Care at the maternity during labor and delivery. It was evidenced that anxiety, difficulties of access, pilgrimage, poor communication, lack of information, unavailability of beds and weaknesses in the fulfillment of rights acquired and constitutionally guaranteed to women in labor and delivery and the need for integration between health services. as situations faced by parturient women during the search for care in parturition and birth.

KEYWORDS: Maternities; Labor; Childbirth; Host; Access to Health Services.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um período de transformações fisiológicas que se inicia com a concepção, se estende por cerca de 40 semanas, e termina com o parto. É uma fase complexa, que envolve transformações físicas e psicológicas e também a preparação para o nascimento e para a parentalidade, necessitando de uma assistência humanizada, resolutiva e eficaz, que assegure o bem-estar da mulher e do bebê (CABRITA et al, 2015).

Dada a importância da atenção à gestante, estratégias e políticas públicas foram estruturadas para melhorar a saúde do binômio materno-fetal, reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil e qualificar a assistência oferecida, ocupando espaço prioritário nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), iniciativa que sucede os objetivos de desenvolvimento do milênio, cuja meta no Brasil consiste em reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos até 2030 (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha foi o empreendimento do Ministério da Saúde para melhorar a saúde materna, instituída em 2011 no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 1.459. Com o propósito de assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2012).

Contudo, os indicadores de mortalidade materna ainda são expressivos ao constatar que as taxas de mortalidade brasileiras continuam aquém das expectativas, 58,7% em 2017, com 1718 óbitos de mulheres por complicações durante a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2017), sendo tais índices representativos de graves violações aos direitos humanos das mulheres, por se constituir, na maioria das vezes, em mortes evitáveis pelo acesso, em tempo oportuno, ao serviço de saúde responsável e tecnicamente preparado para o atendimento.

Para além dos indicadores, situações vividas na residência em enfermagem obstétrica, possibilitaram perceber algumas dificuldades relacionadas ao acesso das gestantes na busca de assistência ao parto, o que suscitou o questionamento: Qual a percepção das puérperas sobre o acesso e o acolhimento na maternidade durante o trabalho de parto e parto?

Logo, em prol de compreender a dinâmica busca por atendimento durante o trabalho de parto e o parto, objetivou-se conhecer a percepção das puérperas sobre o acesso e o acolhimento na maternidade durante o trabalho de parto.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa sobre o acesso e acolhimento das gestantes durante o trabalho de parto em uma maternidade de referência do Ceará. A referida maternidade localiza-se na capital do estado, recebe gestantes de todos os municípios, conta com a assistência de equipe multidisciplinar e é campo de práticas para as residências médicas, de enfermagem e multiprofissionais e para os cursos de graduação na área da saúde. Para o acolhimento às pacientes, utiliza-se o protocolo de acolhimento com classificação de risco em obstetria. Dispõe de duas salas de parto denominadas Sala de Parto I (SPI) e Sala de Parto II (SPII), a primeira recebe as gestantes de alto risco com indicação de parto cesáreo e a segunda recebe gestantes que estão em trabalho de parto vaginal.

Participaram do estudo dez puérperas, maiores de 18 anos, que estavam no período pós-parto por via vaginal, na Sala de Parto II entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017, sendo esses os critérios de inclusão. A escolha da Sala de Parto II deu-se por ser o local onde são recebidas as gestantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto na maternidade supracitada.

Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas sobre como ocorreu o acesso e o acolhimento durante a busca pelo atendimento no trabalho de parto e no parto. As entrevistas ocorreram no leito da puérpera, com duração aproximada de 30 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Cessaram quando o material coletado foi suficiente para alcançar os objetivos estabelecidos e nenhum dado novo surgia nos relatos, atendendo ao critério de saturação teórica (FONTANELLAS, 2011). A coleta dos dados se deu após a aceitação das puérperas e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise das entrevistas, utilizou-se a análise temática de conteúdo, que se desdobra nas etapas de pré-análise, que compreende a leitura flutuante e a formulação de hipóteses e objetivos; exploração do material feita por meio da

categorização de expressões significativas; e o tratamento dos resultados obtidos. Em seguida, os resultados obtidos foram interpretados e discutidos tendo por base as diretrizes dos programas e políticas de saúde referentes à assistência à gestação e ao parto, bem como com a literatura sobre a temática.

A pesquisa foi conduzida de acordo com as recomendações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Obteve aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Geral Dr. César Cals com parecer número 1.898.562.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As puérperas do estudo foram caracterizadas pela idade, estado civil, escolaridade, procedência, número de gestações, paridade, idade gestacional no momento do parto e número de consultas no pré-natal. Para preservar a identidade das participantes foi utilizado a letra E seguido de numeral ordinal que identifica a ordem em que as entrevistas foram realizadas. O quadro 1 apresenta a caracterização das participantes.

ENTREVISTADA	CARACTERIZAÇÃO
E1	32 anos, solteira, procedente de Fortaleza, Ensino fundamental completo, G04 PN04 A00, IG (no parto): 38s3d, N° de consultas pré-natal: 05
E2	27 anos, casada, procedente de São Gonçalo do Amarante, Ensino fundamental incompleto, G02 PN02 A00, IG (no parto): 40s4d, N° de consultas pré-natal: 11.
E3	24 anos, união estável, procedente de Fortaleza, Ensino médio completo, G01 PN01 A00, IG (no parto): 38s5d, N° de consultas pré-natal: 09.
E4	23 anos, união estável, procedência de Pacajus, Ensino fundamental incompleto, G02 PN01 PC01 A00, IG (no parto): 24s5d, N° de consultas pré-natal: 05.
E5	32 anos, casada, procedência de Itapajé, Ensino fundamental incompleto, G03 PN03 A00, IG (no parto): 33s3d, N° de consultas pré-natal: 07.
E6	20 anos, solteira, procedência de Fortaleza, Ensino fundamental incompleto, G01 PN01 A00, IG (no parto): 37s3d, N° de consultas pré-natal: 09.
E7	19 anos, união estável, procedente de Pacajus, Ensino médio incompleto, G02 PN02 A00, IG (no parto): 35s5d, N° de consultas pré-natal: 05.
E8	43 anos, solteira, procedente de Quixerê, Ensino fundamental incompleto, G15 P13 A02, IG (no parto): 32s3d, N° de consultas pré-natal: 00.
E9	20 anos, união estável, procedência de Caucaia, Ensino médio incompleto, G01 PN01 A00, IG (no parto): 37s5d, N° de consultas pré-natal: 05.
E10	23 anos, solteira, procedente de Fortaleza, Ensino médio incompleto, G 02 PN02 A00, IG (no parto): 38s2d, N° de consultas pré-natal: 03.

QUADRO 1: Caracterização de puérperas em pós-parto vaginal. Fortaleza- CE, 2019

Fonte: Elaborado pelas autoras

As entrevistadas eram mulheres com idade entre 19 e 43 anos, que possuíam, em sua maioria, companheiro, sendo casadas ou vivendo em união estável. Eram provenientes do interior do estado, com escolaridade que variou entre ensino fundamental incompleto e médio completo. Com relação ao histórico obstétrico, eram multiparas e realizaram pré-natal, porém apenas 04 atenderam ao mínimo de consultas preconizado.

Na análise das entrevistas, identificou-se a presença de duas classes temáticas: **Vinculação e acesso das gestantes às maternidades durante o trabalho de parto** e **Atendimento na maternidade durante o trabalho de parto e parto**.

A primeira classe temática, **Vinculação e acesso das gestantes às maternidades durante o trabalho de parto**, versa sobre os aspectos que envolvem a busca, o acesso e a vinculação das gestantes às maternidades durante o trabalho de parto. A segunda classe temática, **Atendimento na maternidade durante o trabalho de parto e parto**, apresenta as percepções e a experiência das gestantes sobre o atendimento recebido no processo de parturição.

3.1 Vinculação e acesso das gestantes às maternidades durante o trabalho de parto

A Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha, no Sistema Único de Saúde, traz como diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco, ampliação do acesso e garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro com o objetivo de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

No município de Fortaleza, a rede assistencial para atenção ao parto foi desenhada baseada nas diretrizes da Rede Cegonha, com um objetivo principal de redução da morte materna e infantil e qualificação da atenção nos diferentes pontos de atenção (CEARÁ, 2016). Gestantes que buscam atendimento obstétrico em Fortaleza, pelo Sistema Único de Saúde, podem recorrer a nove hospitais/maternidades: três Gonzaguinhas nos bairros Barra do Ceará, José Walter e Messejana; o Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital Doutora Zilda Ams; o Hospital César Cals; o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), o Hospital José Martiniano de Alencar e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), porém mesmo com esses locais disponíveis ainda assim observamos a peregrinação das gestantes em busca de assistência ao parto.

Segundo as diretrizes clínicas da atenção a gestante do município de Fortaleza os objetivos da assistência a gestantes são garantir acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto, da gestante com queixas ou intercorrências durante

o período de gestação, da puérpera e recém-nascido em busca de assistência; evitar a peregrinação das gestantes por diversas maternidades, diminuindo sofrimentos desnecessários e riscos de morbidade e mortalidade materna e neonatal; referenciar e garantir transporte seguro caso a unidade não seja adequada ou não tenha, no momento, condições para prestar o tipo de atendimento necessário e integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (CEARÁ, 2016).

Quando indagadas sobre como ocorreu o acesso à maternidade após perceber o início do trabalho de parto as entrevistadas revelaram algumas dificuldades e peregrinação para o acesso à assistência, entre os fatores apresentados evidenciou-se a falta de vagas nas maternidades, como nos relatos das entrevistas a seguir:

[...] eu comecei a sentir as dores oito horas da noite e contração e perda de líquido, aí foi a noite todinha sentindo contrações por cima de contração, aí quando foi quatro horas da manhã pedi pra minha sogra me levar pro hospital Gonzaguinha da Barra, chegando lá não tinha leito e me mandaram procurar outra maternidade, porque lá não tinha vaga, [...], só que quando a gente chegou neste hospital não tinha leito também, mas como eu já tava com oito centímetros de dilatação aí eu fiquei o médico arranjou um leito. [...] (E03)

[...] aí quando cheguei aqui me disseram que não tinha vaga[...] [...] ter que andar nesses hospitais atrás de vaga, é horrível [...] é né, fazer o quê? Essa é a vida! (E02)

[...] aí quando cheguei aqui os médicos ainda "botaram um bonecozím" porque disseram que não tinha vaga [...] (E05)

Apesar da garantia das gestantes, em Fortaleza, serem vinculadas à uma maternidade, os relatos das entrevistadas apontam lacunas para a efetivação da vinculação e do atendimento conforme estabelecido no mapa de vinculação do município.

A falta de informação sobre a maternidade que deveria procurar para a assistência ao parto revelou-se como fragilidade: [...] Não, em nenhum momento fui informada sobre qual maternidade buscar assistência[...]eu vim por conta própria mesmo, porque é o mais pertinho [...] (E6).

Em outros casos, mesmo sendo informadas qual maternidade deveriam procurar para assistência ao parto, algumas parturientes relatam que não foram aceitas nestas unidades por diversos motivos, conforme falas das entrevistadas E3 e E10

Fui informada que deveria procurar Gonzaguinha (Hospital) ou aqui (HGCC) , por último aqui, porque o Gonzaguinha era mais perto da minha casa [...] só que o Gonzaguinha não me aceitou , infelizmente, disseram que lá era uma maternidade muito boa, [...] o médico ainda era muito abusado, disse: procure outra maternidade que aqui não tem leito não! [...] horrível se o posto que eu fiz pré natal era filiado de lá, era pra ter leito, eles não olharam como eu tava com quantos centímetros eu tava, só mandaram procurar outra maternidade [...] (E3)

[...]Fui informadas sim [...] Hospital Cura Ders, mas não me aceitaram lá[...] (E10)

Outro fator importante que dificultaram o acesso foi à questão das maternidades fechadas, conforme fala E3: [...] aí a gente passou pelo Fernandes Távora [...], mas lá não existe mais maternidade, aí a gente veio pra cá (HGCC) [...].

Essa deficiência na quantidade de leitos associada à super utilização dos serviços gera uma sobrecarga nas maternidades de alto risco, ficando assim, muitas vezes incapazes de atender gestantes de alto risco obstétrico (ALBUQUERQUE et al, 2011).

Dados obtidos na pesquisa Nascer no Brasil, constataram que entre as gestantes que foram informadas sobre qual hospital procurar, 14,5% peregrinaram, enquanto 15,2% das gestantes que não foram informadas onde buscar a assistência ao parto peregrinaram. Já estudo realizado com gestantes em Fortaleza, no Ceará, revelaram a peregrinação no ante parto, associadas as condições estruturais da unidade hospitalar, foram um dos principais fatores de preocupação entre as gestantes pesquisadas (SILVA et al, 2013).

A literatura aponta como principal causa para a não internação imediata a falta de leito na maternidade. Independentemente do local onde foram realizados os estudos, a falta de vaga foi apontado como o motivo mais frequente para ocorrência da peregrinação. Autores indicaram que aproximadamente 30% das gestantes que peregrinaram apontaram a falta de vaga como razão para não conseguir a internação para realizar o parto. Outros motivos foram destacados pela autora, como: falta de condições de atendimento, baixa qualidade de atendimento, relato de maltrato, entre outros motivos, menos frequentes (ALBUQUERQUE et al, 2011; SOUZA et al, 2011; VEILLAS, 2014).

O acesso imediato ao serviço de saúde no momento do parto é de suma importância para a garantia da saúde da gestante e do recém-nascido. Entretanto, aspectos como o desconhecimento a respeito dos sinais e sintomas do trabalho de parto também contribuíram para a peregrinação anteparto,

[...]Fui pra Santa Teresinha aí disseram que eu não tava em trabalho de parto só que eu já tava perdendo líquido, "cataminho" (tampão mucoso), aí não me aceitaram lá porque disseram que eu não estava em trabalho de parto, aí eu fui pra Maternidade Escola, aí me examinaram e tudo e me disseram que também não tava na hora e me mandaram pra São Gonçalo do Amarante pro hospital de lá [...](E2)

[...]Eu fui pro Gonzaguinha da Barra, aí não me aceitaram porque eu tava com três centímetro, ainda não estava em trabalho de parto [...](E1)

Essas falas revelam o nível de conhecimento das parturientes em relação ao trabalho de parto, conhecimento este que poderia ser empoderado durante a assistência pré-natal. Enfatizamos a importância de um acompanhamento gestacional de qualidade e que promova o empoderamento das gestantes sobre o conhecimento do seu corpo e sinais e sintomas que indiquem o trabalho de

parto ativo, evitando assim a ida dessas parturientes à maternidade no momento inadequado, o que poderá minimizar transtornos e diminuir a ansiedade dessa futura mãe.

Outro aspecto de destaque elucidado pelas entrevistadas foi relacionado à regulação e transferência das gestantes. Segundo as diretrizes clínicas da atenção a gestante do município de Fortaleza, em caso de lotação da unidade hospitalar ou de intercorrências que inviabilizem o atendimento/internação, a maternidade deve iniciar a assistência e acionar a Central de Internação. É de competência do hospital/maternidade referenciar e garantir transporte seguro caso a unidade não seja adequada ou não tenha, no momento, condições para prestar o tipo de atendimento necessário (FORTALEZA, 2016).

Porém em relação à referência à outro serviço com condições de oferecer o suporte necessário, as entrevistadas revelaram que:

[...] nem uma ambulância mandaram, mandaram eu vim andando, eu já tava com as contrações [...](E1)

[...] aí eu vim de carro próprio [...] (E3)

[...] foi horrível, a gente anda, anda naquela ambulância velha, balançando pra lá e pra cá, morrendo de dor [...](E2)

[...] aí me mandaram logo pra cá, e foi sorte né, porque não é sempre que tem ambulância [...](E5)

O Componente 4 da Rede Cegonha dispõe sobre o Sistema Logístico de Transporte sanitário e regulação – Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha; Implementação do sistema “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestantes ao local de ocorrência do parto (BRASIL, 2012). Apesar das diretrizes existentes percebe-se, nas afirmações das parturientes, que o sistema de transporte das gestantes é frágil.

3.2 Atendimento na maternidade durante o trabalho de parto e parto

Na realidade brasileira situações de desrespeito para com a mulher durante a assistência ao parto ainda são vivenciadas justificando, por este motivo, a urgente necessidade de repensar formas de melhor acolher e tratar as gestantes. Logo, para que o serviço de saúde adote práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e proporcionar autonomia, incorporando cada vez mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como por exemplo, acolhimento e vínculo.

Podemos observar nas falas a seguir a falta de empatia e vínculo dos

profissionais:

[...] aí vim, a enfermeira disse que a mulher não pode ficar sendo tocada muitas vezes, tinha que esperar mais um meia hora, aí fiquei esperando, vomitei de dor [...] eu pedindo pra me avaliarem mas não vinha aí quando eles foram fazer o exame de toque eu já tava com dilatação total eu já tava fazendo força eu esperando [...]quase que eu tava tendo a menina lá fora esperando [...] aí fui pra sala de parto e tive muito rápido [...](E10)

[...]eles deveria escutar mais a gente, porque não é com eles, não é eles que tão sentindo as dores eles não ligam muito não [...] eu tive que gritar lá, dizer que eu estava sentindo as dores pra poder eles virem me atender [...](E09).

Aspectos como a ambiência física inadequada e a demora no atendimento as suas demandas e da avaliação profissional foram mencionadas, conforme fala da entrevistada 05:

[...] elas diziam assim não tá perto ainda não, mas poderia ter uma pessoa pra chegar lá, olhar, examinar, porque daria mais um conforto pra gente né, a gente já tá aí com dor, sozinha, aí a pessoa chega pra gente e diz: não tá perto, a gente pensa assim: se tivesse ocupado a gente entedia [...] porque é um hospital grande, mas não tinha ninguém ocupado, tava todo mundo sentado [...], aí teve outra que olhou, eu chamei e ela olhou e viu que já tava perto e só deu tempo eu chegar na sala de parto, senão eu ia ter ali mesmo, na enfermaria as outras tudo olhando [...](E05)

Autores afirmam que a privacidade é necessária para a mulher no processo de parto, o qual envolve liberações hormonais, levando a mulher grávida amenizar a dor e diminuir o tempo de parturição (FERREIRA, 2015). Ademais, contrariando a ideia de humanização, a demora em prestar a assistência profissional contribui com o aumento da tensão na mulher, produzindo um contexto de insegurança e fragilizando o vínculo entre parturiente e profissional.

Quanto à ausência de um acompanhante, observa-se, nas falas a seguir a angústia e necessidade de ter uma companhia, provocadas pela ausência dos familiares após admissão no centro obstétrico:

[...] eu fui sozinha pra sala de parto, não tive acompanhante[...] (E3)

[...] não tive acompanhante né, por que como foi o primeiro filho, sozinha é ruim[...] (E02)

[...] fiquei lá sozinha sentindo dores, se pudesse ficar tinha alguém pra ficar comigo aqui [...] (E05)

[...] meu marido estava comigo lá, mas não pode entrar nem no toque e nem na hora da bebê nascer, até agora ele ainda não viu a bebê, vai ver só no horário de visita... pra mim eu me sentiria mais segura se ele tivesse entrado né...porque ele me deu muita forças lá fora quando eu tava sentindo a dor, eu tinha mais forças quando ele segurava a minha mão [...] senti que eu tava com menos forças sem ele lá comigo [...] (E10)

[...] seria bom o acompanhante, muito bom mesmo[...]meu marido não podia ficar aqui[...] teria sido melhor pra mim [...] a gente não pode ficar com celular , a

gente fica incomunicável aqui[...]Não pode falar com um familiar [...] (E08)

A Lei n. 11.108/2005, que alterou a Lei n. 8.080/1990, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O acompanhante escolhido pela mulher deve refletir um relacionamento de confiança, intimidade e apoio emocional, podendo ser seu parceiro, amiga, mãe ou outra pessoa de sua confiança. No entanto, mesmo com estas recomendações, algumas maternidades ainda não adotaram esta prática (BRASIL, 2005).

Sobre isso, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2005).

Estudos sinalizam a importância de um companheiro com a gestante no momento do parto (FERREIRA, 2013). Impedir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto viola o direito da mulher como cidadã brasileira. Além disso, viola sua própria autonomia, sua capacidade de escolha, de optar pela presença ou ausência de um acompanhante, de escolher a pessoa que ela deseja que esteja ao seu lado nesse momento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas evidenciou momentos de ansiedade, dificuldades de acesso, peregrinação, comunicação falha, ausência de informações, indisponibilidade de leitos e fragilidades no cumprimento dos direitos adquiridos e assegurados constitucionalmente às mulheres em trabalho de parto e parto e a necessidade de integração entre os serviços de saúde, especialmente entre o pré-natal e parto, como oportunidades de melhoria para a oferta de uma assistência segura ao binômio materno-fetal.

Acredita-se que esse estudo atingiu seu objetivo, pois possibilitou analisar a percepção das puérperas quanto a busca da assistência obstétrica no que se refere ao acesso e acolhimento na maternidade durante o trabalho de parto. As limitações residem no tamanho da amostra, que ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão, e por ter sido desenvolvido em única maternidade no estado do Ceará. Contudo, ressalta-se que a pesquisa contribui para a construção e ampliação de conhecimento acerca da temática, apresentando sugestões e estimulando outras produções a em outras maternidades e com maior amostra.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V N de; Oliveira, E.T AL. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Rev. pesquis. cuid. fundam.* (Online) 1 (2), pp. 1935–1948. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Dispõe sobre a criação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União [periódico na internet]. Brasília (DF): 2011.

BRASIL. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília (2005 Apr 8); Sec 1.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CABRITA, B.A.C et al. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p.1139-1148, 2015.

CEARÁ. **Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal / Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza.** Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

FERREIRA, RV F. **Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste do Nascer no Brasil.** Dissertação mestrado.2015.

FERREIRA AGn. Humanização do parto e nascimento: Acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(5):1398-405, maio., 2013.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-94, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

SOUZA, D O; Silva, ET AL. A trajetória da parturiente em busca de um lugar para parir em Maceió, Brasil. *Revista de Enfermagem UFPE.* (3), pp. 581– 588. 2011.

SILVA, TJP; ET AL. Cuidado à adolescente em parturição: acesso e acolhimento - estudo descritivo. *Online braz. j. nurs.*12 (4). 2013.

VIELLAS, E F. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica.* 30 (supl.1), pp. S85, 2014.

O cuidado da família à pessoa renal crônica em diálise peritoneal

Care of the family to the chronic kidney person in peritoneal dialysis

Daniella Marques Negreiros¹ • Angelina Monteiro Furtado² • Cristiano Batista Gonçalves³
Ítalo Arão Pereira Ribeiro⁴ • Laianny Luíze Lima e Silva⁵ • Anderson de Assis Ferreira⁶
Andréa da Silva Araújo⁷ • João Paulo da Silva Batista⁸ • Ranielly Alencar Barbosa⁹

RESUMO

Objetivou-se analisar as evidências científicas sobre o papel da família no cuidado a pessoa com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal. Estudo do tipo revisão integrativa, o qual foi utilizado as seguintes bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ambas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e biblioteca virtual: *Scientific Electronic Library Online – SciELO*. Para busca dos estudos utilizou da estratégia da descrição adaptada de PVO. Para essa pesquisa foram utilizados os seguintes descritores controlados: “Insuficiência Renal Crônica”, “Diálise Peritoneal”, “Tratamento domiciliar”, “Família”, “Resultado do tratamento”, “Eficácia”. Os artigos estudados foram agrupados em 3 categorias: na realização da diálise em si, no apoio emocional e social na colaboração financeira. A participação da família é marcada pelo envolvimento ativo no tratamento, pela responsabilização da qualidade de vida, adesão ao tratamento e incentivadora do esquema terapêutico.

Palavras-chave: Diálise Peritoneal; Família; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to analyze the scientific evidence on the role of the family in the care of the person with chronic renal failure in peritoneal dialysis. An integrative review study, which used the following databases: Nursing Database (BDENF) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), both via Virtual Health Library (VHL); and Virtual Library: Scientific Electronic Library Online - SciELO. For studies search used the strategy of adapted PVO description. For this research, the following controlled descriptors were used: “Chronic Renal Insufficiency”, “Peritoneal Dialysis”, “Home Treatment”, “Family”, “Treatment Result”, “Efficacy.” The articles were grouped into 3 categories: the participation of the family is marked by the active involvement in the treatment, by the accountability of the quality of life, adherence to the treatment and incentive of the therapeutic scheme.

Keywords: Peritoneal Dialysis; Family; Nursing.

NOTA

¹Enfermeira, Pós-Graduada em Saúde da Família pela Faculdade FAP, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: danimqnegreiros@gmail.com

²Enfermeira, Mestre em Ciências Clínicas em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Iguari, Fortaleza – CE. Especialista em Enfermagem Metabólica pela UECE. Professora de cursos Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil. E-mail: angelinamonteiro1@yahoo.com.br

³Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública pela Centro Universitário UNINASS, Teresina, PI, Brasil. E-mail: cristiano_batista@uninass.com.br

⁴Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela UFPI, Teresina, PI, Brasil. E-mail: italoarao@ufpi.edu.br

⁵Enfermeira, Mestranda em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – CE, Brasil. E-mail: laiannyluize@ufce.br

⁶Enfermeiro, Graduação pela Universidade Estadual do Piauí (UEPI), Pimenteiras, PI, Brasil. E-mail: andersonassis11@gmail.com

⁷Enfermeira, Especialista em Geriatria em Saúde Pública pela Universidade Federal do Alagoas (UFAL) – Maceió, AL, Brasil. E-mail: andreaaraujo@ufal.br

⁸Enfermeiro, Residente em Saúde da Família e Comunitária pela UFPI, Teresina, PI, Brasil. E-mail: joaopedrobatista@gmail.com

⁹Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário UNINASS, Teresina, PI, Brasil. E-mail: raniellyalencar@uninass.com.br

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma patologia que afeta os diferentes aspectos da vida do paciente. É de difícil tratamento, com sérias implicações físicas, psicológicas e socioeconômicas, não apenas para o indivíduo, mas como para a família e sociedade⁽¹⁾. Quando o indivíduo é diagnosticado com IRC faz-se necessário a utilização de algum tratamento que substitua a função dos rins. Dentre os tratamentos disponíveis estão: hemodíalise, diálise peritoneal (DP) e transplante renal. Apesar de a escolha ser do paciente ou responsável legal, muitas vezes não é possível ofertar todas as opções⁽²⁾.

A DP consiste na infusão, permanência e drenagem de solução na cavidade peritoneal, por meio de um cateter flexível implantado no abdome. Este processo promove a retirada de excesso de líquido corpóreo e de substâncias tóxicas, que seriam normalmente eliminadas por meio da urina. A DP é realizada em hospitais especializados ou no domicílio dos pacientes. Nesta terapia são realizadas quatro trocas diárias⁽³⁾.

Nessa modalidade é necessário avaliar não só o paciente, mas também seus familiares para identificar se estão aptos a realizar esse tratamento, visto que o cliente e a família serão os responsáveis diretos, uma vez que o mesmo poderá ser realizado no domicílio. É realizada uma capacitação, que consiste em aulas teóricas e práticas, com objetivo de qualificar o paciente e seus familiares para realizarem o procedimento técnico no domicílio com segurança⁽⁴⁾.

Quando se inicia a diálise peritoneal, todo processo pelo qual o paciente será submetido mudará os padrões de vida de toda família diante da nova realidade⁽⁵⁾. Fazendo-se necessário incluir os membros familiares dentro do processo de cuidado e no plano assistencial de enfermagem, os quais muitas vezes acabam sendo esquecidos.

Nesse sentido, a enfermagem não pode desconsiderar a problemática vivenciada pelas famílias que tem um familiar em DP. Muitas situações difíceis enfrentadas pela família, talvez sejam consequência de uma assistência de enfermagem que pouco corresponda às suas reais necessidades, uma vez que o enfoque ainda permanece essencialmente no indivíduo doente e nos aspectos técnicos para realização da DP⁽⁶⁾.

Considerando tais aspectos, esta pesquisa apresenta como objetivo analisar as evidências científicas sobre a participação da família no cuidado à pessoa com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, guiada por seis etapas de investigação: definição do tema e elaboração da questão de pesquisa; amostragem, busca na literatura e delimitação para a inclusão dos estudos; extração de dados; avaliação crítica dos estudos incluídos; análise e síntese dos resultados; e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento⁽⁷⁾.

Na elaboração da questão clínica utilizou-se a estratégia PICO, composta de 3 elementos básicos na confecção da indagação, contemplando a presença de fatores fundamentais, assegurando, assim, que todos os aspectos da incerteza clínica estejam incluídos na questão formulada. Tais elementos são: População (população, contexto e/ou situação-problema), Variáveis (quando houver) e Resultado - Outcome resultado (desejado ou indesejável); conhecidos pela sigla PICO⁽⁸⁾, resultando na seguinte pergunta: quais as evidências científicas sobre a participação da família no cuidado à pessoa com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal?

Para busca das produções científicas, foram utilizados os seguintes vocábulos controlados disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Insuficiência Renal Crônica", "Diálise Peritoneal", "Tratamento domiciliar", "Família", "Resultado do tratamento", "Eficácia", "Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções". Para esses descritores fora realizado o cruzamento utilizando os conectores booleanos AND e OR. Conforme a estratégia ilustrada no Quadro 2.

Quadro 1 – Descritores utilizados na estratégia PVO para busca de artigos sobre o papel da família da pessoa que realiza diálise peritoneal. Florianópolis, PI, Brasil, 2017.

ELEMENTOS PVO	DESCRITORES DECS
P – População Pessoa com IRC em diálise peritoneal AND	Insuficiência renal crônica OR Diálise peritoneal OR Tratamento domiciliar
V-Variável Presença da família AND	Família
O – Resultado O efeito da presença da família no tratamento	Resultado do tratamento OR Eficácia OR Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções

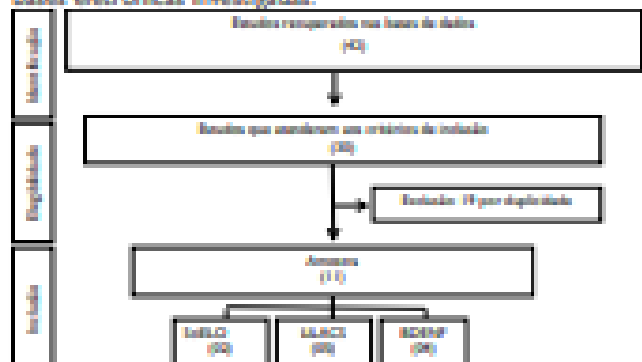
O levantamento da literatura foi realizado entre os meses de janeiro a março de 2017, nas seguintes bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ambas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e biblioteca virtual: Scientific Electronic Library Online – SciELO.

Foram incluídos estudos que se encontravam disponíveis on-line, sem restrição de idiomas e que respondessem a questão de pesquisa. Sendo excluídos os estudos duplicados, sendo considerados apenas uma vez. Não houve definição de recorte temporal, na tentativa de resgatar o maior número de publicações disponíveis sobre a temática.

Os artigos foram acessados por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a busca, seleção e inclusão realizada por dois revisores de forma independente que procederam com a leitura de títulos e resumos de modo a garantir maior rigor metodológico e fidedignidade dos resultados.

Foram recuperadas 42 produções, dentre as quais 30 atenderam aos critérios de inclusão, sendo selecionadas para o estudo. Destaca-se que, 19 artigos foram excluídos por duplicidade nas bases de dados, resultando na amostra de 11 publicações. A Figura 1 descreve o percurso realizado para identificação, inclusão e exclusão dos estudos, segundo base consultada.

Figura 1 – Percurso para identificação, inclusão e exclusão nas bases eletrônicas investigadas.



A coleta dos dados foi realizada com auxílio de um instrumento próprio que contemplou variáveis relacionadas à identificação dos estudos (autores e ano de publicação), aspectos metodológicos (delimitação e amostra), atuação da família, efeito da atuação da família e nível de evidência.

Os dados foram classificados de acordo com os níveis de evidências de acordo com os níveis de evidências citados pelos autores⁽⁹⁾, a saber: nível 1 - evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delimitamento experimental; 3 - evidências de estudos quase-experimentais; 4 - evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas.

A análise crítica e a síntese dos resultados foram realizadas de forma descritiva, o que possibilitou a classificação dos estudos por similaridade semântica e a construção de três grupos temáticos.

RESULTADOS

Dentre as 11 produções incluídas, todas tiveram suas publicações variando entre os anos de 2003 a 2016. Houve maior prevalência de publicações durante o ano de 2010 (3 artigos). Dessa forma, verificou-se que os pesquisadores incluídos nesse estudo começaram a publicar só nas últimas duas décadas, evidenciando uma produção relativamente recente dessa temática.

Ao fazer a análise dos níveis de evidência, constatou-se que os estudos são classificados com o nível 4 (9 artigos), nível 5 (1 artigo) e nível 6 (1 artigo), demonstrando a escassez e a necessidade da realização de maiores pesquisas com rigor metodológico mais forte. Entre a amostra estudada variou de 7 a 151 participantes por estudo, fazendo parte desses grupos adultos, crianças e adolescentes.

Tais achados podem ser observados no Quadro 3, apresentando a descrição dos estudos incluídos nessa revisão por Autor/ano de publicação, nível de evidência (NE), delimitação de pesquisa e amostra.

Quadro 3- Caracterização das publicações quanto o nível de evidência, metodologia e tipo de estudo. Florianópolis, PI, Brasil, 2017.

Autor/ano	NE	Delimitação de pesquisa	Amostra
Temes et al., 2015	4	Qualitativo descritivo e exploratório	15 pessoas (todas adultos)
Paula Nascimento; Rocha, 2008	4	Qualitativo	14 participantes (crianças e adultos)
Paula Nascimento; Rocha, 2009	5	Estudo de caso	4 famílias, totalizando 14 participantes
Temes, Lobato, 2015	4	Descritivo, com abordagem qualitativa	9 participantes
Temes et al., 2016	4	Descritivo, com abordagem qualitativa	19 famílias
Abraldia et al., 2010	4	Descritivo com abordagem quantitativa	30 pacientes, crianças e adolescentes

Abraldia, 2010	4	Descritivo com abordagem quantitativa	30 crianças e adolescentes
Simpson, 2006	4	Descritivo	11 membros familiares
Villarmal-Roa, 2014	4	Descritivo com abordagem quantitativa	151 pessoas
Correia/Marcon 2003	4	Descritivo-exploratório, método qualitativo	14 famílias
Lomba, et al, 2014	6	Revisão de literatura	7 artigos

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

A maior parte das citações sobre o papel da família na diálise, encontrada nos estudos incluídos nesta pesquisa, destaca o quão é importante esse papel na vida das pessoas que realizam DP como tratamento para mantê-los vivos. Sobre esse papel destacam-se as seguintes categorias: a realização da DP em si, o apoio emocional e social e colaboração financeira. É possível observar isso no Quadro 4.

Quadro 4- Categorização da produção científica quanto à atuação da família da pessoa com IRC em DP. Florianópolis, PI, Brasil, 2017.

AUTORIANO	ATUAÇÃO DA FAMÍLIA	EFEITO DA ATUAÇÃO DA FAMÍLIA
Temes et al., 2015; Paula; Nascimento; Rocha, 2008; Correia et al., 2014; Abraldia et al., 2010; Simpson, 2006, 2009.	Não realização da DP em si	Realização correta do sistema utilizado na diálise. Responsabilização pela adesão ao tratamento, principalmente nos casos de crianças com IRC. Sucesso obtido no tratamento mesmo com as dificuldades iniciais. Garantia de um plano integral e efetivo elaborado com a participação da família. Por outro lado, evidência inapropriada ao tratamento devido a insatisfação dos familiares por serem os únicos responsáveis pelo tratamento, técnica inadequada feita pelas mães devido o cansaço e falta de atenção.
Temes et al., 2015; Paula; Nascimento; Rocha, 2008; Paula; Nascimento; Rocha, 2009; Soares; Lobato, 2015; Soares et al., 2016; Correia; Marcon, 2003; Lomba, et al., 2014	Apoio emocional e social	Aumento do vínculo e comunicação familiar. Bem-estar psicológico da pessoa doente. Confirmação com a nova condição imposta. Melhorar a espiritualidade e as crenças religiosas. Motivação para seguir firme no tratamento. Sem apoio familiar, o paciente apresenta tristeza, depressão e sentimento de abandono. A dependência excessiva costuma para não adequação do tratamento.
Temes et al., 2015; Paula; Nascimento; Rocha, 2008; Villarmal-Roa, 2014; Abraldia, 2010; Correia; Marcon, 2003	Colaboração financeira	Mantém financeiramente a pessoa no tratamento. Diminui as preocupações geradas por não ter condições para arcar com despesas extras. Quando não há uma articulação para que ocorra essa colaboração, isso gera desconforto entre os membros familiares, interferindo no seguimento no tratamento.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A preocupação dos membros da família com a capacitação para realizar a DP de forma segura e eficiente no domicílio é organizada definindo o papel de cada membro, identificando aqueles que serão responsáveis pela DP⁽⁹⁾. Quando se trata



especificamente de famílias de crianças que realizam DP, as mães mantêm todos seus esforços focados no tratamento de seus filhos com objetivo de mantê-los vivos⁽²⁾, já outra pesquisa mostrou que apesar de todas as dificuldades encontradas no início do tratamento foram superadas com auxílio próprio ou com auxílio da equipe de enfermagem, possibilitando um resultado benéfico no tratamento do seu familiar⁽¹¹⁾.

Com o tempo, os familiares de crianças em DP conseguem lidar com as adversidades impostas pela doença, e a aceitação do tratamento reflete na disposição em auxiliar e cuidar do seu parente no domicílio⁽¹²⁾. Para a realização da DP, a pesquisa dos autores⁽²⁾ identificou que a mãe era a responsável exclusiva em 24 (80%) casos sendo que apenas 3 (10%) das mães podiam contar com o pai e/ou tia e em 1 (1/3) desses casos, com a própria paciente; em 2 (7%) casos o pai foi o responsável pela DP, em 1 (3%) a avó paterna do paciente.

Com as novas rotinas as famílias vivenciam em suas vidas o consumo de tempo e com relação a isso, as repercussões decorrentes das exigências da diálise peritoneal levam as famílias se sentirem aprisionadas e viverem em liberdade condicionada⁽³⁾. Estudo avaliou a qualidade da aplicação da técnica de DP, realizada por cuidadores em crianças e adolescentes assistidos, revelando a inadequação em 60% casos⁽¹³⁾. Pesquisadores⁽⁸⁾ verificaram que excesso de tarefas a serem desempenhadas, principalmente pelas mães, faz com que o cuidador tenha um grande cansaço físico e, até, psíquico, que pode originar falta no processo diálise e dano para o paciente.

Outra parte dos incômodos é associada à dificuldade na realização da técnica correta do tratamento, que se trata de algo nunca visto pelas famílias e podem gerar medo. Mas isto poderia ser sanado com o apoio da enfermagem na capacitação da família, esclarecendo as dúvidas e receios que possam surgir.

Estudos mostram o quão a família é importante nas relações sociais e no apoio emocional da pessoa com IRC que realiza DP. Após o adoecimento de um membro, os familiares se uniram mais, aumentaram a comunicação e tiveram seus vínculos fortalecidos, contribuindo para apoio emocional e afetivo não só doente como os demais⁽³⁾. Contar com o apoio de todos os familiares foi uma maneira que as mães e os pais de crianças com IRC encontraram para se tranquilizarem e se sentirem confortáveis⁽¹⁴⁾. Pesquisa realizada pelos autores⁽¹⁵⁾, revelou que, apesar de toda adversidade enfrentada, os familiares procuram manter-se unidos no propósito de cultivar relações familiares saudáveis apesar de qualquer dificuldade.

Quando não se pode contar com um membro ou ajuda familiar para solucionar algum problema, isso gera um sentimento de desamparo e potencializam as dificuldades para pessoa doente, além disso, a dependência do familiar doente pode gerar desconforto tanto para família quanto para o membro familiar envolvido no cuidado⁽³⁾. Nesse sentido, não receber ajuda ou apoio da família no tratamento, pode ocasionar sentimento de abandono, revolta e depressão, sentido por pessoas que fazem diálise peritoneal e sentem-se sem motivação para viver⁽¹⁶⁾.

Estudo feito por Carneira e Marcon⁽¹⁷⁾, buscou saber a importância do trabalho para os familiares e para os membros doentes em DP, sendo constatadas que 37,5% dos entrevistados experimentam sentimentos de dependência de outras pessoas e do tratamento traduzidas pela falta de liberdade. O cansaço do cuidador da pessoa em DP pode estar relacionado com a dependência do membro familiar doente, também sofre por esta nessa condição, causando sobrecarga

emocional e psicossocial, além de queixas pelo isolamento dos amigos tanto para cuidador, como também para o doente⁽¹⁸⁾.

São as famílias que dão suporte nas questões financeiras visando contemplar o orçamento e eventuais despesas como medicações, hospitalizações, alimentação e entre outros. Como muitas vezes os membros da família nuclear ficam sem trabalhar para poder cuidar do filho doente, eles ressaltaram a importância da família estendida na importância do apoio financeiro⁽⁶⁾. Pesquisa realizada no México identificou que o custo anual da DP para a família foi em média de US\$2.381,04. Esse gasto refere à medicação em sua maior parte, mas também estão incluso gastos com alimentação, transporte, internação⁽¹⁹⁾.

O fator financeiro tinha relação direta com a ausência das atividades laborais por parte dos familiares cuidadores⁽¹²⁾. O afastamento das atividades laborais e domésticas em função do adoecimento e da necessidade de realizar a diálise peritoneal no domicílio pode repercutir em sentimento de culpa no familiar doente⁽²⁾.

Quando a pessoa começa o tratamento dialítico na maioria das vezes ela deixa de trabalhar devido o tratamento, mesmo tendo direito a benefício social para ter condição de tratamento, muitas vezes esse benefício não é suficiente, a colaboração financeira por parte da família é de grande importância no tratamento. Além disso, podem ocorrer casos em que as famílias têm que diminuir as horas trabalhadas ou deixar o emprego para se dedicar a cuidar desse membro da família com DRC. Esse impacto financeiro pode refletir na moradia, alimentação, lazer entre outras coisas que depende de dinheiro⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Os artigos estudados nessa pesquisa mostraram o papel da família da pessoa com insuficiência renal crônica na DP. Contudo, a participação da família assume papéis como participação ativa no tratamento, de apoio emocional e social, contribuição financeira, responsabilização assim pela qualidade de vida e adesão ao tratamento, incentivadora do esquema terapêutico, estimuladora de auxílio e apoio ao doente renal.

Este estudo apresenta limitações devido à subjetividade do tema e pouca quantidade de estudos encontrados sobre esta temática e a classificação quanto os níveis de evidências, assim, considera-se importante estimular investigações acerca do papel da família da pessoa com insuficiência renal crônica na DP.

Ademais, importa salientar, que este estudo poderá contribuir com novas pesquisas acerca do tema, influenciando para elaboração de maiores investigações e da atuação da enfermagem perante o doente renal e sua família, agregando novos saberes e conhecimentos na oferta de um assistencialismo mais qualificado, holístico e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Lata AGB, Albuquerque JG, Carvalho LASBP, Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2008 [acesso em: 10 de jul. de 2019]; 21(sup): 160-163. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500004>.
2. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios



- hidroeletrólitos. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
3. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de Diálise. Tradução de Talma Lúcia de Azevedo Hennemann. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
 4. Barros E. et al. Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 5. Amaral TB. As Consequências Sociais relacionadas ao aumento de pacientes com Doença Renal Crônica em terapia Renal substitutiva. Caderno Saúde e Desenvolvimento. [Internet]. 2016 [acesso em: 10 de jul. de 2019]; 9 (5): 85-95. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/hsaude-e-desenvolvimento/article/view/445>
 6. Timm AMB, Beuter M, Girardon-Parlini NMQ, Pauleto MR, Santos Nodas, Bruinima JL. Liberdade condicionada: repercussões na família ao conviver com um membro em diálise peritoneal. Rev Rene. [Internet]. 2015 [acesso em: 10 de jul. de 2019]; 16 (4): 540-548. Disponível em: <http://www.periodicos.ufr.br/renal/article/view/2746>
 7. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: Updated methodology. J Adv Nurs. [Internet]. 2005 [acesso em: 10 de jul. de 2019]; 52(5): 546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
 8. Buriel EP. Transformando a pesquisa em estratégia de busca. I Oficina de psicologia baseada em evidência da USP. [Internet]. 2015 [acesso em: 12 de jul. de 2017]. Disponível em: http://www.psp.usp.br/Pereira_AL_Bachion_MM_Atualidades_em_revisão_sistemática_de_literatura_critérios_de_força_e_grau_de_recomendação_de_evidência_Revista_Gaúcha_de_Enfermagem_. [Internet]. 2006 [acesso em: 10 de jul. de 2019]; 27(4): 491. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>
 9. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2008 [acesso em: 10 de jul. de 2019]; 16(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400007>.
 10. Tavares JMAB, Lisboa MTL, Ferreira MdeA, Valadara GV, Silva PVC. Diálise peritoneal: cuidado familiar ao cliente renal crônico em tratamento no domicílio. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em: 11 de jul. de 2019]; 69(6): 1172-1178. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601172&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0262>.
 11. Lisboa MTL, Branco JMA. A família e o cliente em diálise peritoneal: repercussões do cuidado no domicílio. Seminário Nacional De Pesquisa De Enfermagem. [Internet]. 2013 [acesso em: 18 de mai. De 2017]. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br>
 12. Abrahão SS, Ricca J, Andrade DE, Pompeu FC, Chamahum L, Araújo TM et al. Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica. J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2010 [acesso em: 13 jul. de 2019]; 32(1): 18-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100004>.
 13. Abrahão SS, Ricca J, Andrade DE, Pompeu FC, Chamahum L, Araújo TM et al. Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. J. Bras. Nefrol. [Internet]. 2010 [acesso em: 13 jul. de 2019]; 32(1): 45-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100009>.
 14. Paula ESde, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2009 [acesso em: 13 jul. de 2019]; 62(1): 100-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100015>.
 15. Tavares JMAB, Lisboa MTL. Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar. Rev enferm UERJ. [Internet]. 2015 [acesso em: 13 de jul. de 2019]; 23(3): 344-349. Disponível em: <https://www-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5132>
 16. Carneira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2003 [acesso em: 13 de jul. de 2019]; 11(6): 823-831. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600018>.
 17. Silva HG, Silva MJ da. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. REE [Internet]. 2006 [citado 13 de jul. de 2019]; 5(1). Disponível em: <https://www.revistas.ufr.br/fen/article/view/774>
 18. Villarreal-Rico E, Cárdenas-Maldonado C, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L, Baca-Baca R. Institutional and familial cost of patients in continuous ambulatory peritoneal dialysis. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2014 [citado 13 de jul. de 2019]; 60(4): 335-341. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000400335&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.012>.

Recebido: 2019-07-16

Aceito: 2019-09-10





VIVÊNCIAS ACERCA DA HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÕES DE GESTANTES DE ALTO RISCO

Antonia Regynara Moreira Rodrigues*
Larisse Alves Fernandes Carvalho**
Lalanny Luize Lima e Silva***
Ana Egliny Sabino Cavalcante****
Ailinana da Silva Santos*****
Kellyanne Abreu Silva*****

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções de gestantes de alto risco sobre a hospitalização durante a gravidez. **Metodologia:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, com 32 gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade pública de referência no estado do Ceará. A coleta das informações ocorreu de julho a setembro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, e as falas foram submetidas à análise categorial temática. **Resultados:** os relatos das gestantes de alto risco revelam suas vivências e compreensão acerca do processo de hospitalização, realçando os procedimentos realizados, os sentimentos e as relações estabelecidas, discutidas a partir das subcategorias: Conhecendo a vivência da hospitalização na gestação de alto risco e Significado da hospitalização para a gestante de alto risco. **Considerações finais:** a vivência da hospitalização, embora responsável por despertar diversos sentimentos e sensações negativas na vida da gestante, também é percebida como um evento necessário para a atenção especializada e para a monitorização da gravidez.

Palavras-chave: Gestantes. Gravidez de Alto Risco. Hospitalização.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo natural que implica em alterações emocionais, sociais e fisiológicas no organismo da mulher, transcorrendo, comumente, sem intercorrências para a mulher e/ou o feto. Entretanto, em 20% das gestações incidem condições clínicas ou clínico-obstétricas capazes de ameaçar o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometer o desfecho da gravidez. Essas complicações podem ser ocasionadas pela gravidez ou estarem associadas a condições de saúde preexistentes que são agravadas pela gestação, caracterizando a gestação como de alto risco⁽¹⁾.

Os agravos podem se manifestar por meio de infecções, perda de líquido amniótico, sangramentos, alterações metabólicas e de níveis pressóricos⁽²⁻⁴⁾, afetam o desenvolvimento fisiológico da gravidez e expõem o binômio ao risco de parto prematuro, óbito materno, óbito

fetal, baixo peso ao nascer, más-formações e internações em leitos de terapia intensiva, tanto materna como neonatal⁽⁵⁻⁷⁾. Nesse sentido, os estudos⁽²⁻⁷⁾ mostram estreita relação entre gestação de alto risco e indicadores negativos de saúde materno infantil, por exemplo, os 8 mil óbitos maternos e os 130 mil óbitos neonatais ocorridos entre os anos de 2013 a 2017 no Brasil⁽⁸⁾ e os 303 mil óbitos maternos e os 2,7 milhões de óbitos neonatais registrados em 2015 no mundo⁽⁹⁾.

Gestantes de alto risco necessitam estar em contínua vigilância das situações de gravidade, requerendo atendimentos em serviços especializados de referência, tanto em nível ambulatorial como hospitalar, que possibilitem identificar os problemas e intervir de maneira a impedir resultados desfavoráveis. Logo, nos casos cuja iminência de agravos é maior, a hospitalização é o procedimento mais adequado para o acompanhamento dessa gestação⁽¹⁾.

*Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: regynaramoreira@yahoo.com.br; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-7495-2326>.

**Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica, Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: larissealves@hotmail.com; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-0999-0478>.

***Enfermeira. Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lalannyluizealmeida@gmail.com; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3553-8605>.

****Enfermeira. Mestre em Qualidade e Segurança, Hospital Regional Norte, Sobral, CE, Brasil. E-mail: eglynysabino@yahoo.com.br; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9081-1188>.

*****Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro Universitário Paralelo, Juazeiro do Norte, CE, Brasil. E-mail: enfa.ailinana@gmail.com; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1743-2758>.

*****Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: kellyanneabreu@gmail.com; ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1413-1113>.

A hospitalização inicia para as gestantes uma rotina nova, em uma convivência com outras gestantes e profissionais de saúde, com avaliações diárias por equipe multiprofissional, medicações, exames e procedimentos, que legitimam o risco para as gestantes. Além de certificar a condição de alto risco, acentua a fragilidade e a instabilidade emocional, podendo despontar sentimentos negativos, sensação de mal-estar, expectativas frustradas em relação à gravidez e dificuldades de aceitação do diagnóstico e da internação⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Diante das considerações apresentadas, questiona-se como gestantes de alto risco percebem a hospitalização durante a gravidez? Considera-se que conhecer as percepções dessas gestantes sobre a hospitalização poderá contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, instigando profissionais, gestores, docentes e discentes a qualificar o cuidado oferecido à mulher gestante em condição de alto risco hospitalizada, sustentando o seu fazer em bases científicas, éticas, seguras, respeitadas e sob o prisma das nuances, necessidades e realidades do ser cuidado, que vive, sente e interpreta o fenômeno investigado.

A temática converge também com os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que apontam para a necessidade de reduzir os elevados índices de morbimortalidade materno-infantil⁽¹³⁾, para os quais a gravidez de alto risco contribui significativamente, reforçando, portanto, a relevância da produção de conhecimentos nessa área. Assim, traz-se como objetivo conhecer as percepções de gestantes de alto risco sobre a hospitalização durante a gravidez.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa realizado com gestantes de alto risco hospitalizadas por condições que comprometem o desenvolvimento fisiológico da gravidez. As informações foram coletadas por uma pesquisadora com graduação em Enfermagem, com experiência prévia na coleta de informações por entrevista, entre os meses de julho e setembro de 2016, em uma maternidade pública de referência no estado do Ceará, por meio de entrevista semiestruturada que procurou conhecer as percepções das gestantes de alto risco durante o período de hospitalização.

A pesquisadora realizava seu curso de residência em Obstetrícia no local da coleta de informações, o que lhe permitia imersão no campo e estabelecimento de contato prévio com as 32 gestantes de alto risco participantes do estudo, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar gestante, em qualquer idade gestacional, hospitalizada por um período igual ou superior a 72 horas, em decorrência de fator risco para o desenvolvimento fisiológico da gestação, seja este um fator preexistente agravado pela gravidez ou surgido após a gestação. As motivações para realização do estudo foram apresentadas no início do contato com a gestante, antes da realização da coleta dos dados. Optou-se por realizar entrevistas com o universo de gestantes de alto risco hospitalizadas, que atenderam aos critérios de inclusão durante o período de coleta de dados, em busca de ampliar o conhecimento e a interpretação desse grupo específico perante o fenômeno da hospitalização.

As gestantes de alto risco hospitalizadas foram convidadas verbalmente para participar da pesquisa, sendo lhes explicado o objetivo do estudo e como seria a sua participação. As entrevistas aconteceram individualmente nos ambientes onde as gestantes estavam hospitalizadas, nas enfermarias ou nas áreas de estar, preservando a privacidade das entrevistadas. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciaram-se as entrevistas, gravando-as e, posteriormente, transcrevendo-as para interpretação sob a análise de conteúdo. Todas as gestantes abordadas concordaram em participar do estudo. Não houve recusa ou desistência à participação.

Para a coleta de dados não foi realizado piloto. O instrumento era composto por questões para a caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes e por uma pergunta norteadora para guiar a entrevista: para você, como é estar hospitalizada na gravidez? O roteiro era apresentado e entregue à participante antes do início da entrevista. Utilizou-se gravador de áudio conforme consentimento. O tempo de duração variou de 20 a 70 minutos. As notas de campo eram feitas ao fim de cada entrevista.

A organização e análise das entrevistas foram realizadas manualmente, sem uso de *software*. Utilizou-se como referencial a análise de conteúdo temática, que se desdobra nas etapas de pré-

análise, que compreende a leitura flutuante e a formulação de hipóteses e objetivos; exploração do material feita por meio da categorização de expressões significativas oriundas da coleta de dados: categoria 1- Conhecendo a vivência na hospitalização durante a gestação de alto risco e categoria 2- Significado da hospitalização para a gestante de alto risco; e análise dos resultados obtidos ⁽¹⁴⁾. Em seguida, procedeu-se à interpretação dos resultados obtidos e posterior discussão com a literatura referente à temática. As falas das gestantes estão identificadas pela letra G precedida por número de ordem de inclusão no estudo, pelo diagnóstico de internação (DI) e tempo de internação (TI) como fatores para contextualização da fala.

O estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 1.630.695, em 11 de julho de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação às características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das gestantes de alto risco, constatou-se que a maioria era procedente do interior do estado (21), com idade variando entre 18 e 41 anos, predominando a faixa etária de 26-35 anos (15), possuía companheiro (27), com prevalência da união consensual, cursou o ensino fundamental (13) e professava a fé católica (24).

A atividade laboral revelou-se um fator de risco, uma vez que as gestantes exerciam atividade remunerada (17), porém em alguns casos essas atividades não possuíam vínculo empregatício, restringindo o acesso à renda na condição de impossibilidade de trabalhar decorrente da hospitalização. As características obstétricas das gestantes deste estudo convergem com o perfil de gestantes de alto risco encontrado em estudos realizados em maternidades de outros estados brasileiros ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, bem como demonstram condições sociodemográficas desfavoráveis, como escolaridade, situação conjugal e ocupação, que predisõem fator de risco materno e contribuem para caracterizar a gestação como de alto risco.

Verificou-se também que eram multigestas (21), no terceiro trimestre da gravidez (27), com o tempo de internação variando entre 3 e 30 dias. Os diagnósticos responsáveis pela hospitalização foram rotura antecipada de membranas ovulares (9),

síndrome hipertensiva específica da gestação (5), placenta prévia (4), ameaça de parto prematuro (3), infecção do trato urinário (3), diabetes (3), restrição do crescimento intrauterino (3), distúrbios do líquido amniótico (2), confirmando, dessa forma, a existência de risco para o binômio e para a mortalidade materna e fetal, justificando a hospitalização para monitoramento e vigilância do desenvolvimento gestacional ^(3,8,15-17).

A partir da pergunta norteadora, emergiu a categoria temática “A hospitalização sob o olhar de gestantes de alto risco”. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias temáticas com base nas convergências das falas das gestantes entrevistadas. Na primeira subcategoria, Conhecendo a vivência na hospitalização durante a gestação de alto risco, abordam-se as vivências de gestantes de alto risco durante o período de hospitalização através dos procedimentos, sentimentos e relações experimentadas. A segunda subcategoria, Significado da hospitalização para a gestante de alto risco, revela a compreensão das gestantes sobre o processo de hospitalização a partir do cuidado e das informações recebidas e da correlação entre doença e prática curativa.

Conhecendo a vivência na hospitalização durante a gestação de alto risco

A hospitalização, tão comum quanto, por vezes necessária na gestação de alto risco, consiste em uma vivência capaz de provocar modificações estruturais, biológicas e emocionais na vida da mulher ⁽¹⁰⁻¹²⁾. Esta categoria elucida as vivências de gestantes de alto risco no decorrer de sua hospitalização, abrangendo os procedimentos aos quais foram submetidas, os sentimentos despertados e as relações estabelecidas entre as gestantes e os profissionais.

A gravidez de alto risco com necessidade de hospitalização insere as gestantes em um cenário intervencionista, assistida por uma equipe de profissionais e com a realização de diversos procedimentos para monitorar e acompanhar o desenvolvimento da gravidez. Nesse sentido, as gestantes elucidaram elementos representativos de suas vivências durante a hospitalização, como os exames, as medicações, os sinais vitais, a monitorização da vitalidade fetal e a ultrassonografia:

Aqui no hospital a gente está bem, está sendo cuidada, tomando os remédios. As enfermeiras sempre vêm ver a gente, vê a pressão e o coração do neném, dá os remédios. (G 05, DI: Síndrome hipertensiva específica da gestação, TI: 03 dias)

[...] eles estão todo tempo dando medicação, fazendo exame, verificando a pressão, perguntando como a gente está. (G 19 DI: Rotura anteparto de membranas ovulares, TI: 04 dias)

E hoje depois desse problema [síndrome hipertensiva específica da gestação] é mais motivo ainda para agradecer, porque todo dia eu faço um ultrassom para saber como é que ele está. (G 03 DI: Síndrome hipertensiva específica da gestação, TI: 06 dias).

Os procedimentos, os exames e a terapêutica medicamentosa pertencem a uma rotina implementada a partir da hospitalização, o que ganha destaque para essas gestantes, uma vez que essa vivência é associada ao diagnóstico de alto risco e à necessidade de hospitalização, fazendo com que a gestante mude sua dinâmica de vida para oferecer segurança e melhorar o prognóstico da gestação.

Para além dos procedimentos técnicos, outro ponto a ser considerado é que a gestação é responsável por despertar inúmeros sentimentos na mulher. Em condições especiais, como é o caso da gestação de alto risco, acentuam-se as alterações biológicas e emocionais vivenciadas e, a partir da hospitalização, agregam-se outras sensações devido às práticas inerentes à assistência em ambiente hospitalar, por exemplo, a terapêutica medicamentosa e os procedimentos invasivos, que causam desconforto e sofrimento:

Hoje, eu acho que eu tenho pânico, porque eu estou toda furada aqui, toda roxa. Eu choro, eu faço maior escândalo, porque esses remédios parecem que estão queimando minhas veias. Se fosse para eu ficar internada sem isso aqui na minha veia, eu ficava aqui uns 10 anos. (G 08, DI: Rotura anteparto de membranas ovulares, TI: 04 dias)

É ruim. É sério, só em ficar aqui todo tempo, sem sair, em repouso direto, porque eu não posso fazer nada, levando furada direto, retirando sangue, fazendo exame, colocando medicamento, ainda tem essa bomba, essa sonda. Eu não imaginava que ia ser assim. É muita dificuldade. (G 26, DI: Rotura anteparto de membranas ovulares, TI: 09 dias)

Aqui é muito bom, a gente é muito bem tratado, mas é um sofrimento pra gente. Eu acho um sofrimento

estar sendo furada, estar internada e estar longe de casa. (G 07, DI: Diabetes gestacional, TI: 03 dias)

Durante o período de hospitalização, a mulher passa por uma intensificação do cuidado, necessário para o desfecho favorável da gestação e paro o desenvolvimento do feto, o que, embora promova sensação de segurança e proteção, também desperta para a angústia, dor e medo oriundos das intervenções e procedimentos realizados, como elucidado nas falas acima.

A hospitalização é considerada um fator estressante adicional, pois conscientiza a grávida de sua condição de agravo, colocando-a em contato com um universo tecnológico e medicalizado, repleto de intervenções e procedimentos que contribuem para a redução da autonomia da mulher sobre a gravidez e o seu corpo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Essas práticas de cuidado oferecidas às gestantes são responsáveis por sentimentos ambivalentes, pois mesmo que aceitas e valorizadas pelas mulheres, por considerarem fazer o que está ao seu alcance para evitar complicações para seu filho, estão associadas a medo, ansiedade, temor, preocupação, culpa, incertezas e perigo, em que se lida com riscos reais ou potências de comprometimento da saúde materno-fetal^(10-12,18-19).

A Gestante 07 associou ainda a hospitalização ao afastamento da convivência familiar e à mudança na rotina de vida. Outras gestantes também expressaram esses aspectos como pontos negativos, revelando, ademais, que a ausência de um acompanhante potencializa a adversidade da hospitalização, conforme mostrado abaixo:

Eu acho péssimo, acho que só o inferno que é pior do que aqui, porque eu não posso ficar com acompanhante, preciso ficar pedindo as pessoas desconhecidas para me ajudar, para ir ao banheiro, para tomar banho. É um sofrimento só. (G 06, DI: Placenta prévia, TI: 05 dias)

Eu fiquei chateada, muito triste, porque a gente fica muito abandonada, sozinha, sem contato com ninguém, sem poder falar com ninguém, mas passou [esses sentimentos]. (G 05, DI: Síndrome hipertensiva específica da gestação, TI: 03 dias)

No discurso das gestantes, ficam claros o sentimento de dependência e as limitações acarretadas pela hospitalização em decorrência da gestação de risco, passando a se sentir desprotegidas e inseguras por estar um ambiente novo, rodeada de pessoas desconhecidas, por vezes, tendo suas atividades de autocuidado

realizadas por terceiros. A ausência do acompanhante foi percebida como fator desfavorável para a experiência da hospitalização, pois ele corresponderia a uma referência de elo e de confiança em um ambiente que não é familiar.

Para as gestantes desta pesquisa, a hospitalização gerou apreensão e sentimentos de angústia e solidão, pois representa um afastamento daquilo que lhes é habitual, dos laços afetivos e sociais. Adiciona-se que em estudos realizados sobre as experiências e sentimentos vivenciados em uma gravidez de alto risco a hospitalização foi considerada um evento frustrante e perturbador em decorrência do isolamento dos seus familiares e da ruptura da sua rotina diária⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Algumas gestantes compreendem que a passagem pela internação é um impedimento à vivência da gestação, visto que se encontram fora do seu ambiente e aconchego familiar, ausentando-se da preparação de enxoval, rotinas domésticas, familiares e trabalho:

Aqui você sente que você está fazendo um tratamento. Você sabe quem está no hospital é para se tratar e você não consegue curtir a gravidez. (G 10, DI: Rotura anteparto de membranas ovulares, TI: 30 dias)

Em contrapartida, a hospitalização é percebida como compensatória quando o bem-estar do filho é considerado, refletindo em tranquilidade e segurança:

Eu fico tranquila com meu bebê estando tudo bem, porque tem o tratamento e a segurança dele aqui. Está tudo ótimo. Eu fiquei nervosa no começo, aí depois passou. Mas agora está tudo tranquilo. (G 27, DI: Oligoâmnio, TI: 05 dias)

Em pesquisa realizada em hospital de referência para a saúde materno-infantil, destaca-se que os avanços tecnológicos conferem maior segurança para o desenvolvimento da gestação, entretanto desencadeiam aspectos de vulnerabilidade emocional, fragilidade psicológica, pensamentos negativos e quadros de tensão e medo para as gestantes, que devem ser ponderados e avaliados pelas equipes multiprofissionais⁽¹⁰⁾.

A rotina de cuidados, a atenção multidisciplinar e as relações estabelecidas com os profissionais foram elementos surpresa para algumas mulheres que se sentiram acompanhadas e atendidas em suas necessidades. Esses aspectos contribuíram para uma avaliação positiva acerca da assistência e da

hospitalização, como se identifica nos relatos a seguir:

Aqui eu achei muito bom, porque a gente tem cuidados. Aqui tem nutricionista, tem médico, enfermeiro, técnico, as refeições são nos horários certos, tem exame e tudo que a gente sente elas estão perto. Eu até me admirei, porque eu não pensava que ia ser assim. Eu já tinha ouvido falar nessa área para a gestante, mas eu não conhecia. (G 04, DI: Ameaça de parto prematuro, TI: 03 dias)

Eu achei bom da parte dos profissionais, eles tiveram muito cuidado, muita responsabilidade e me explicaram direitinho o que ia acontecer. [...] Eu gosto do atendimento daqui. As enfermeiras tratam a gente bem, são pacientes, não são enjoadas, estão sempre perto perguntando se a gente está bem. O atendimento é bom. (G 19, DI: Rotura anteparto de membranas ovulares, TI: 04 dias)

Hoje eu estou bem tranquila. A ansiedade passou. Eu atribuo isso ao ambiente, ao local, ao médico que me tranquilizou, porque ele veio conversar comigo e no momento que ele conversou comigo, mudou tudo, aquela angústia e desespero que eu estava sentindo passou. (G 16, DI: Restrição do crescimento intrauterino, TI: 06 dias)

As narrativas apontam que as potencialidades da hospitalização giram em torno do cuidado e da assistência dispensados pelos profissionais. O estabelecimento de relações, o acompanhamento diário por profissionais de saúde e o *feedback* da condição de saúde da própria gestante e do feto foram preponderantes para amenizar os impactos advindos da experiência, realçando a necessidade que as gestantes têm de serem acolhidas, de receber um atendimento individual, empático, seguro, que permita a formação de vínculos e garanta a expressão de sentimentos.

Como já demonstrado em estudo anterior, a comunicação entre profissionais e gestantes exerce significativa influência na experiência da hospitalização, além de representar um aspecto fundamental para a qualidade e satisfação das gestantes com a assistência recebida⁽¹⁹⁻²³⁾. Dessa forma, as orientações relacionadas a esclarecimentos sobre o quadro de saúde da gestante, o tratamento realizado, o seu estado de saúde e do filho no ventre foram referidas como elemento gerador de confiança, capaz de reduzir tensões advindas da internação, bem como oferecer segurança e tranquilidade. Torna-se, pois, valioso conhecer essas gestantes, seus hábitos e suas crenças, relacionando-as às mudanças advindas da

gestação de alto risco e da hospitalização para construir práticas e cenários assistenciais individualizados, seguros e qualificados.

Significado da hospitalização para a gestante de alto risco

Esta categoria versa sobre cuidado especializado, doença, prática curativa e informações insuficientes, nas quais se encontra enunciada a interpretação das gestantes sobre o processo de hospitalização durante a gravidez. A internação e todos os cuidados que dela fazem parte assumem-se como proteção à gestação e ao binômio mãe-filho, como um espaço de adoção de medidas que previnam complicações:

Agora eu já entendi que é para o cuidado, para o bem-estar tanto meu como do meu filho. O lado bom é que aqui você tem uma alimentação regulada, você não pode comer besteira, em casa você come tudo que dá vontade, tanto que em casa a minha glicemia dava alta e aqui ela já está normal. (G20) (G20, DI: Síndrome hipertensiva específica da gestação, TI: 06 dias)

Os resultados dos cuidados implementados durante a internação são descritos como algo que não seria alcançado em domicílio. As gestantes interpretam o hospital como um lugar para cuidados especializados, percebidos e sentidos nos diversos exames e medicamentos disponibilizados e na garantia da assistência recebida:

Ficar internada é diferente de ficar em casa, aqui tudo é controlado, tem mais cuidado e ainda tenho repouso, em casa a gente fica mais descuidada, porque o que dá na cabeça você faz. (G13, DI: Síndrome hipertensiva específica da gestação, TI: 04 dias)

Bom porque você está se cuidando. Eu preferi ficar por isso, porque lá em casa não vai ter ninguém para cuidar de mim, nem para verificar minha pressão, nem tem os medicamentos, nem os exames. (G11, DI: Infecção do trato urinário, TI: 04 dias)

Eu estou conformada, eu estou tranquila em saber que aqui eu vou ter assistência necessária para ele a qualquer momento. Em casa não eu vou ter, vou ter que me deslocar e corre o risco de não dá tempo de chegar e não ter vaga e aqui não já está garantido. (G19, DI: Rotura anteparto de membranas ovulares, TI: 04 dias)

Como evidenciado nas falas acima, as gestantes passam a associar a condição de gravidez de alto

risco a um processo de adoecimento que requer um tratamento, obtido por meio da hospitalização, que lhes assegura atendimento e recursos para monitorização e acompanhamento do bem-estar materno-fetal. A hospitalização é, então, percebida pelas gestantes como a responsável pela melhora do quadro clínico e a manutenção da vida do feto:

Ficar internada é ficar doente, quando eu cheguei eu me sentia doente, mas agora não, já estou melhor. O hospital foi uma coisa boa. Porque depois que eu vim para cá, eu estou melhorando. (G16, DI: Restrição do crescimento intra-uterino, TI: 06 dias)

A parte boa é a de ter um acompanhamento, saber que você vai ser tratada, saber que está dando certo, que seu quadro está evoluindo. (G02, DI: Placenta prévia, TI: 07 dias)

Porque eu fui internada é o porquê dela estar viva e isso eu tenho certeza. Internação foi dar mais vida a minha filha e para mim também, porque do jeito que eu estou aqui já poderia ter pego uma infecção. Então a internação foi uma salvação para nós duas. Então a gente pensa assim, que vai ser bem cuidada, vai ter o que precisa, a medicação, os profissionais, o tratamento. (G18, DI: Incompetência istmo-cervical, TI: 06 dias)

Eu vi a mudança, eu vi que com o tratamento que eu estou recebendo aqui eu estou melhor. Não foi ninguém que me disse, foi eu que vi, eu que senti que eu estou melhor. (G24, DI: Placenta prévia, TI: 05 dias)

Percebe-se que as referências ao atendimento especializado com seguimento diário e monitorização da vitalidade do feto são traduzidas pelas gestantes em satisfação. Nesse contexto, assim como em estudos realizados em duas maternidades públicas⁽¹⁰⁻¹¹⁾, nota-se que as gestantes consideram a hospitalização como um importante momento de recuperação da saúde e manutenção da gravidez, depositando no estado de saúde do feto e no cuidado materno todas as justificativas para a aceitação e compreensão acerca da hospitalização.

A informação foi um elemento fundamental na perspectiva das mulheres. Quando não há uma orientação sobre as condutas que serão tomadas durante a hospitalização, surgem dúvidas, insegurança e questionamentos:

Aqui a gente tem cuidado, só não é tanto, porque eles deixam a gente sem informação. Deixam a gente assim, jogadas, sem saber de nada. Cuidar eles

cuidam bem, agora está faltando eles darem informação. É muito ruim não saber das coisas, não saber quanto tempo vou ficar aqui, o que vai acontecer. A gente fica perdida. (G 01, DI: Placenta prévia, TI: 03 dias)

Faz tempo que gente fica esperando, esperando e eles não resolvem nada, nem despacha, nem resolve. (G14, DI: Rotura antecipado de membranas ovulares, TI: 06 dias)

As gestantes, em suas falas acima, referem que a ausência de informações e o seu distanciamento da discussão e decisão sobre a terapêutica adotada são responsáveis por despertar sentimentos negativos que são associados ao abandono e à impotência, o que é avaliado como aspecto desfavorável e prejudicial para a qualidade da assistência recebida. Opiniões semelhantes foram encontradas em estudo realizado em maternidade no Rio Grande do Sul, que considerou a carência de informações como uma relação deficiente entre mulheres e profissionais, o que contribuiu para aumentar a angústia e ansiedade das gestantes⁽²⁰⁾.

Em contrapartida, pesquisas desenvolvidas com gestantes hospitalizadas evidenciam que a orientação oferecida pelos profissionais contribui para a compreensão acerca do diagnóstico e para seu envolvimento e participação ativa nas decisões e nos cuidados necessários à sua saúde e de seus filhos⁽²⁰⁻²³⁾. Desse modo, a disponibilidade e a presença do profissional para orientar, esclarecer dúvidas e discutir os procedimentos são fatores que contribuem para a segurança, respeito e autonomia da gestante, além de ir ao encontro das políticas de saúde da mulher, que garantem à gestante o direito de receber informações completas quanto ao seu estado de saúde e tratamento proposto.

Assim, a hospitalização durante a gravidez de alto risco configurou-se como uma situação nova, que demandou adaptações, sendo relacionada ao adoecimento e à necessidade de cuidado, de tratamento e de cura. Provocou uma intensificação de sentimentos perante a confirmação da sua condição de alto risco e das complicações às quais mãe e filho estão expostos, porém também trouxe às gestantes sensações de alívio e descanso, justificadas pela segurança dos cuidados recebidos em unidades especializadas, bem como pela contínua vigilância do bem-estar fetal, na qual a relação estabelecida com os profissionais representa um elemento diferenciador na experiência das gestantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou conhecer as percepções de gestantes de alto risco sobre a hospitalização durante a gravidez. Por meio das falas e elucidações, desvelaram-se procedimentos, orientações, vínculos, relações e sentimentos vivenciados através dos quais as gestantes atribuem sentido e percebem a hospitalização durante a gravidez, interpretando esses aspectos como resultados do diagnóstico de alto risco e reconhecendo-os como estratégias de cuidado especializado e de monitoramento contínuo para a manutenção da gravidez e consequente realização do sonho da maternidade.

Observa-se que em decorrência das condições de risco apresentadas pelas gestantes a hospitalização foi uma conduta para o acompanhamento e monitorização da vitalidade fetal e do bem-estar materno, e com esta exames e procedimentos para sobrevida da mulher e continuidade da gestação foram oferecidos. Embora as vivências das gestantes no ambiente hospitalar tenham contribuído para o despertar de sentimentos negativos, a própria hospitalização foi responsável por confortar e tranquilizar as gestantes, reforçando a multiplicidade de sentimentos que envolvem a gravidez de alto risco.

No que tange às relações profissionais, surgem dois contextos divergentes: no primeiro, a atenção e a assistência oferecida, associada ao diálogo e às orientações, reforçam as sensações de ser cuidada e estar seguras; no segundo, a ausência de informações provoca nas gestantes a sensação de um cuidado deficiente e de não envolvimento no seu processo de cuidar, o que confere valor à comunicação e ao vínculo que deve ser estabelecido entre as gestantes e os profissionais.

Aponta-se como limitações a realização do estudo com gestantes de alto risco em apenas uma maternidade do estado do Ceará, o que não permite a generalização dos resultados, uma vez que estes traduzem características específicas do grupo estudado, surgindo, assim, perspectivas de ampliação para outras maternidades e para a escuta de familiares e profissionais, que assim como as gestantes também estão envolvidos pelo fenômeno da gravidez de alto risco no cenário hospitalar. Tal limitação sinaliza caminhos para a produção de novos estudos que ampliem as discussões sobre o tema, retratem esse contexto em outras realidades,

a partir de referenciais teóricos, e que possam aprimorar a qualidade do cuidado ofertado a essas gestantes.

Todavia, as discussões apresentadas por este estudo revelaram a importância de assistir gestantes de alto risco hospitalizadas, considerando suas vivências e percepções, envolvendo-as nas discussões sobre as condutas adotadas, respeitando e preservando sua autonomia, esclarecendo suas dúvidas, minimizando medos e angústias e favorecendo a sua aceitação, entendimento e adesão às recomendações.

Despontam, ainda, para a existência de lacunas relacionadas aos cuidados prestados às gestantes de alto risco hospitalizadas, enfatizando a premência de investigar as necessidades de cuidado dessas gestantes para favorecer o planejamento e as intervenções da equipe multiprofissional com caráter mais objetivo, seguro e resolutivo, perpassando a complexidade que a situação envolve, o que pode refletir nos serviços ofertados às mulheres em situações de complicações durante a gestação.

EXPERIENCES ABOUT HOSPITALIZATION: PERCEPTIONS OF HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

ABSTRACT

Objective: To know the perceptions of high-risk pregnant women about hospitalization during pregnancy. **Methodology:** Descriptive, exploratory study with a qualitative approach, with 32 high-risk pregnant women hospitalized in public maternity of reference in the state of Ceará. The information was collected from July to September 2016, through semi-structured interviews, and the statements were submitted to thematic categorical analysis. **Results:** The reports of high-risk pregnant women reveal their experiences and understanding of the hospitalization process, highlighting the procedures performed, the feelings and the relationships established, discussed from the subcategories: Knowing the experience of hospitalization in high-risk pregnancies and Meaning of hospitalization for high-risk pregnant women. **Final considerations:** Although responsible for several feelings and negative sensations in the life of the pregnant woman, the experience of hospitalization is also perceived as a necessary event for specialized care and for monitoring pregnancy.

Keywords: Pregnant women. High-risk pregnancy. Hospitalization.

EXPERIENCIAS ACERCA DE LA HOSPITALIZACIÓN: PERCEPCIONES DE GESTANTES DE ALTO RIESGO

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de gestantes de alto riesgo sobre la hospitalización durante el embarazo. **Metodología:** estudio descriptivo, exploratorio de abordaje cualitativo, con 32 gestantes de alto riesgo hospitalizadas en una maternidad pública de referencia en el Estado de Ceará-Brasil. La recolección de las informaciones ocurrió de julio a septiembre de 2016, por medio de entrevista semiestructurada y los relatos fueron sometidos al análisis categorial temático. **Resultados:** las narraciones de las gestantes de alto riesgo revelan sus experiencias y la comprensión sobre el proceso de hospitalización, destacando los procedimientos realizados, los sentimientos y las relaciones establecidas, discutidas a partir de las subcategorías: Conociendo la experiencia de la hospitalización en la gestación de alto riesgo y Significado de la hospitalización para la gestante de alto riesgo. **Consideraciones finales:** la experiencia de la hospitalización, aunque responsable por despertar diversos sentimientos y sensaciones negativas en la vida de la gestante, también es percibida como un evento necesario para la atención especializada y para el monitoreo del embarazo.

Palabras clave: Gestantes. Embarazo de alto riesgo. Hospitalización.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília; 2012.
2. Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Clinical and obstetric complications experienced by women in prenatal care. *Cogitare Enferm.* [on-line]. 2016 abr/jun. [citado em 02 jun 2017];21(2):1-8. Disponível em: URL: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604/28559>.
3. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *Sanare Sobral* [on-line]. 2017 [citado em 06 out 2017]; 16(Supl 01): 23-28. Disponível em: URL: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>.
4. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Interações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(1):e00188016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3113x00188016>.
5. Mattei F, Carreno I. Factors associated with mother and child health in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2017; 17: 539-549. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000300007>.
6. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration

towards 2030. *Lancet*. 2016; 387: 587-603. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5

7. Correa BVB, Benedito LSS, Santa-Cecília LV, Cavalho RN, Castro RS, Carvalho MAB. Estudo comparativo dos resultados perinatais de recém-nascidos em gestantes de alto risco atendidas na Santa Casa de Barbacena, Minas Gerais. *Rev Méd Minas Gerais* [on-line]. 2017 [citado em 06 ago 2018]; 27 (Suppl 1): 37-44. Disponível em: URL: <http://rmmg.org/exportar-pdf/2038/v27s1a07.pdf>.
8. Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71 (Supl. 1), 677-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>
9. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Atenção Básica. Mortalidade Materna e neonatal. Período 2014-2016. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 citado em 02 nov 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabegi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
10. Costa LD, Hoessel TC, Teixeira GT, Trevisan MG, Backes MTS, Santos EKA. Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. *Rev. Min. Enferm.* 2019; (23): 1199. DOI: 10.5935/1413-2762.20190047
11. Wilhelm LA, Alves CN, Demori CC, Silva SC, Meineke SMK, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online braz j nurs.* [on-line]. 2015 sept. [citado em 02 jun 2017]; 14(3):284-93. Available from: URL: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206>.
12. Gregorio SBG, Mariot MIDM. Care in high risk gestation in the perception of nurses, pregnant women and family: an integrative review. *Rev. Cuidado Enferm.* 2019; 5 (6): 1-18. DOI: <https://doi.org/10.26843/revce.v5i6.1433>.
13. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Brasília; 2017 [citado em 07 abr 2017]. Disponível em: <https://naoessunidas.org/pos2015/agenda2030>.
14. Minayo MCS, Deslandes PS, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
15. Azevedo RO, Ferreira HC, Silvino ZR, Christovam BP. Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. *Online braz. j. nurs.* [on-line]. 2017 [citado em 20 mar 2020]; 16 (2): 218-225. Available from: URL: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5541>
16. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm.* [on-line]. 2016 [citado em 05 dez 2019]; 21 (2): 01-08. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>.
17. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2018 sept; 18(3): 559-566. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>.
18. Cabral SAAO, Alencar MCB, Carmo LA, Barbosa SES, Barros ACCV, Barros JKB. Receios na Gestação de Alto Risco: Uma Análise da Percepção das Gestantes no Pré-Natal. *Rev. Mult. Psicol.* [on-line]. 2018 [citado em 20 mar 2020]; 12 (40): 151-162. Available from: URL: <https://online.emnuvens.com.br/rd/article/view/1051/1515>.
19. Pilo, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. Os significados do cuidado na gestação. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande* [on-line]. 2015 [citado em 12 fev 2020]; 7 (1): 74-81. Disponível em: URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso.
20. Piveta V, Bernardy CCF, Sodré TM. Percepção da gestação de risco por um grupo de gestantes hipertensas hospitalizadas. *Cienc cuid. saúde.* 2016 jan/mar; 15(1):61-8. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i1.28988>
21. Ferreira SV, Soares MC, Cecagno S, Alves CN, Soares TM, Braga LR. Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. *REFACS.* [on-line]. 2019 [citado em 20 mar 2020]; 7 (2): 143-150. Available from: URL: <http://seer.ufim.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3410/pdf>
22. Santos MB, Cardoso SMM, Brum ZP, Rodrigues AP, Machado NCB, Rocha LS. Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. *Scientia Tec.* [on-line]. 2016 jun/dez. [citado em 02 dez 2018]; 3(2): 25-38. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/ScientiaTec/article/download/1488/1344>.
23. Anorim TV, Souza IEO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enferm glob.* [on-line]. 2017 [citado em 2017 jul 05]; 46:515. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00500.pdf>.

Endereço para correspondência: Antonia Regynara Moreira Rodrigues, Rua Barão de Canindé, 1630, Bloco 2, Apt. 204, Bairro Montese, Fortaleza-CE, Brasil. CEP: 60425-542. E-mail: regynararodrigues@yahoo.com.br

Data de recebimento: 19/03/2019

Data de aprovação: 10/07/2020

REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Normas e Manuais Técnicos. 2 ed. Brasília, DF, 2005, 80p.
- BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASÍLIA. **Plano de ação da rede cegonha**. Brasília, DF, 2012. 98p.
- CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.
- ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-160, abr./jun. 2009.
- MARANHÃO, A.G. K.; VASCONCELOS, A. M. N.; PORTO, D. L.; FRANÇA, E. **Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: **Editora MS**, v. 1, p. 163-82, 2012.
- MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-9, 2012.
- MELLO DF, BARROS DM, PINTO IC, FURTADO MCC. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paul Enferm**. 2009; 22(6):748-54
- MOURA, L. F. A. **A “primeira semana saúde integral” no município de Mutum-MG**. [Monografia]. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Governador Valadares: Universidade Federal de Governador Valadares, 2011. 28p.
- NASCIMENTO, R.; MADUREIRA, V. S. F.; AGNE, J. E. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil em Concórdia. **Rev Neurociências**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 284-291, 2008.
- REICHERT APS, RODRIGUES PF, ALBUQUERQUE TM, COLLET N, MINAYO MCS. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciêñ saúde coletiva**. 2016; 21(8):2375-82
- SOUZA, M. H. N. et al. Estratégia acolhimento Mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro. **RevEsc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 671-77, 2011.

VASCONCELOS, E. N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do programa de saúde da família (PSF). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1225-34, 2009.

VITOLLO, M.R.; GAMA, C.M.; CAMPAGNOLO, P.D.B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, 2010.

WHO. World Health Organization. **WHO Recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. Geneva, 2013a.

WHO; UNICEF. World Health Organization. United Nations Children's Fund. **Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival**. Geneva, 2009.

XIMENES FRG, CHAVES ME, PONTE MAC, CUNHA ICKO. Trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família na visita ao lar da puérpera e recém-nascido. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. 2012