

A close-up photograph of laboratory glassware, including a pipette, several test tubes, and a large Erlenmeyer flask containing a liquid. A hand in a white glove is holding the flask. The background is a warm, orange-toned laboratory setting.

# Evidências científicas

PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR  
DE PESSOAS EM DIFERENTES  
CONTEXTOS E FASES DE VIDA



**Editora ABEn** 

ÓRGÃO OFICIAL DE PUBLICAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM



## ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Diretoria ABEn Nacional  
Gestão 2022/2025

### Jacinta de Fátima Senna da Silva

Presidente

### Sônia Maria Alves

Vice-Presidente

### Rosalina Aratani Sudo

Secretária Geral

### Aline Macêdo de Queiroz

Diretora do Centro Financeiro

### Livia Angeli Silva

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática Profissional e do Trabalho de Enfermagem

### Érica Rosalba Mallmann Duarte

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

### Cássia Barbosa Reis

Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem

### Célia Alves Rozendo

Diretora do Centro de Educação em Enfermagem

CONSELHO FISCAL – TITULARES

### Fidélia Vasconcelos de Lima

### Maria do Amparo Oliveira

### Keli Marini dos Santos Magno

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

### Sandra Maria Cezar Leal

### Lucília de Fátima Santana Jardim

### AGRADECIMENTOS

A construção desse *e-book* teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001; e da Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, CEP - 50670-901, Brasil.



ÓRGÃO OFICIAL DE PUBLICAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

### Érica Rosalba Mallmann Duarte

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social  
Conselho Consultivo da Editora ABEn

### Ivone Evangelista Cabral

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil  
Coordenadora Executiva

### Márcia de Assunção Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil  
Editora Científica

### Editoras Associadas

### Candida Caniçali Primo

Universidade Federal do Espírito Santo. Brasil

### Maria da Graça Oliveira Crosseti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil

### Elizabeth Teixeira

Universidade do Estado do Pará. Brasil

### Renata de Moura Bubadué

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil

### Conselheiros Editoriais

### Kênia Lara da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil

### Luciana Puchalski Kalinke

Universidade Federal do Paraná. Brasil

### Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Universidade Federal do Ceará. Brasil

### Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil

### Maria Márcia Bachion

Universidade Federal de Goiás. Brasil

### Cristina Lavareda Baixinho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal

### Isabel Alvarez Solorza

Universidad Autónoma del Estado de México. México

### Jocelyn Ramon Rojas

Universidad Nacional Mayor de San Marcos: LIMA. Peru

### Julia Maricela Torres Esperón

Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba



ABEn • BRASÍLIA • 2024

Permitida a distribuição, remixagem, adaptação e criação, mesmo para fins comerciais, desde que seja atribuído o crédito pela criação original.



Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

#### PRODUÇÃO EDITORIAL

**Paulo Roberto Pinto** | Projeto gráfico e diagramação  
**Magdalena Avena** | Assistente editorial

S255 Evidências científicas para a promoção do bem-estar de pessoas em diferentes contextos e fases de vida / Organização Cleide Maria Pontes; Geisily Raquel da Cruz Aguiar; Luciana Pedrosa Leal; Tatiane Gomes Guedes – Brasília, DF : Editora ABEn, 2024.

87 p.  
ISBN 978-65-89112-23-5

e-Book (PDF)  
Texto de vários autores.

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde da Criança. 3. Educação em Saúde. 4. Saúde do Idoso. 5. Revisão. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. Cleide Maria Pontes (Org.); III. Geisily Raquel da Cruz Aguiar (Org); IV. Luciana Pedrosa Leal (Org); V. Tatiane Gomes Guedes (Org).

CDU 618  
CDD 618

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663

2024.v1

**Editora** **ABEn**

Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn

L2 Norte, SGAN 603, Conjunto B, Asa Norte  
Brasília/DF • CEP 70830-102  
Telefone: +55 (61) 3226-0653

[abennacional.org.br](http://abennacional.org.br)

[abennacionaloficial](https://www.facebook.com/abennacionaloficial)

[abennacional](https://www.instagram.com/abennacional)

[@abennacionaltv](https://www.youtube.com/@abennacionaltv)



## APRESENTAÇÃO

Os grupos de pesquisa Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família e Cuidando da criança e família, compostos por pesquisadores e discentes da pós-graduação e graduação em Enfermagem da UFPE, contribuem para a busca de evidências que desvendam lacunas no conhecimento referentes a temas de interesse para o cuidado, como também norteiam conteúdos para o desenvolvimento de tecnologias educacionais voltadas à promoção da saúde de pessoas vulneráveis. Esses grupos populacionais têm demandado atenção prioritária das nações, com maior ênfase após as consequências advindas da pandemia da covid-19 que agravou a situação de acesso aos sistemas de saúde, à moradia e alimentação.

A estratégia de cooperação do país assinada pelo Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em 2022, define como uma das cinco prioridades estratégicas, proteger e promover a saúde da população, centrada nas pessoas, famílias e comunidades, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade. O *e-book* intitulado **“Evidências científicas para a promoção do bem-estar de pessoas em diferentes contextos e fases de vida”** retrata a preocupação do grupo de pesquisadores do PPGEnfermagem da UFPE na realização de estudos alinhados às ações estratégicas nacionais.

Os temas apresentados nas produções científicas que compõem esse *e-book* estão articulados às prioridades estratégicas traçadas pelo Brasil, junto com a OPAS/OMS que se baliza em uma visão global do direito à saúde em todas as fases da vida, assim como atendem aos objetivos de desenvolvimento sustentável, agenda 2030 da ONU, em especial ao terceiro objetivo que propõe assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável afirma que as pessoas que estão vulneráveis devem ser empoderadas. As pesquisas apresentadas envolvem diferentes populações alvo: gestantes, puérperas, neonatos, crianças, idosos e pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Essa coletânea de estudos colabora, também, para o avanço do conhecimento na ciência da enfermagem por abordar o cuidado em várias de suas possibilidades, como os estudos de análise de conceito que fortalecem o nível de evidência dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e favorecem o seu aperfeiçoamento e atualização; o cuidado às crianças direcionado por instrumentos de medição; desafios na inclusão escolar e o cuidado à saúde sexual e reprodutiva.

As diferentes dimensões que envolvem o cuidado fazem deste *e-book* uma referência para profissionais da saúde, da educação, pesquisadores e estudantes que reconheçam, como assinalado nas prioridades estratégicas nacionais, que investir na saúde em determinada etapa de vida implicará em qualidade de vida, bem-estar e capacidade produtiva das pessoas e comunidades.

**Luciana Pedrosa Leal**  
**Cleide Maria Pontes**  
**Tatiane Gomes Guedes**  
**Geisielly Raquel da Cruz Aguiar**



## PREFÁCIO

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.  
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.  
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.  
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,  
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”*  
Leonardo Boff

O cuidado, fenômeno que faz parte da constituição do ser humano, como define Boff, transpõe o enredo de execução de uma tarefa ou ação específica. O cuidado habita também nas decisões que precedem práticas assistenciais e gerenciais nos contextos da vida. Por isso mesmo, esta obra disponibiliza evidências científicas, que possibilitam a avaliação e seleção das melhores práticas cuidativas para a saúde da mulher e da criança.

As autoras adotaram a revisão integrativa como método de pesquisa para delinear as produções que compõem este e-book. Esse tipo de revisão é instrumento importante para ampla compreensão dos fenômenos de saúde, visto que agrega estudos com abordagens metodológicas distintas, apresenta resultados teóricos e empíricos, a partir de questão pré-estabelecida, e revela lacunas na literatura. Esta produção oferece, assim, possibilidade de contato com a melhor evidência científica disponível na área – elemento estrutural de um dos pilares para a prática de cuidado da mulher e da criança baseada em evidências.

O conteúdo favorece a abordagem de múltiplas dimensões do cuidado à mulher e à criança. Na área da saúde da mulher são apresentadas evidências que englobam desde os fatores predisponentes ao comportamento sexual e reprodutivo de risco, até evidências de atributos, antecedentes e consequentes de conceitos holísticos que envolvem o parto, pós-parto e o cuidado materno.

A abordagem que sustenta a análise de conceitos pode trazer repercussões diretas nas taxonomias de enfermagem e consequente benefício na prática clínica do enfermeiro. Ademais, apesar dos avanços na área, as autoras problematizam a predominância do cuidado tecnicista na assistência obstétrica e destacam imperiosa necessidade da assistência humanizada. No campo da educação em saúde, incorporam-se ao conjunto de capítulos as tecnologias educacionais para pessoas idosas. Essas ferramentas são produzidas em diferentes formatos e, a partir da avaliação da certeza das evidências disponíveis, podem ser adotadas para instrumentalização da prática do cuidado educativo com esse público.

No que concerne à saúde da criança, são disponibilizadas evidências de cuidado individual e coletivo. Avaliaram-se os instrumentos que mensuram o cuidado à criança sadia por sua rede social, quanto aos aspectos teóricos e metodológicos. Essa avaliação pode contribuir diretamente na escolha do instrumento a ser adotado no cuidado à criança em diferentes contextos e personalização da assistência. Investigaram-se, também, as evidências acerca da associação entre alterações climáticas e mortalidade neonatal, o que pode auxiliar na elaboração de intervenções de cuidado para prevenção e redução das taxas de mortalidade por essa causa. O e-book ressalta, ainda, a perspectiva dos familiares sobre desafios na inclusão escolar de crianças com necessidades especiais de saúde. As autoras discutem o cenário complexo dos constantes obstáculos para inclusão e apresentam elementos que possibilitam suscitar esforços gerenciais para superação dessas dificuldades.

Ao considerar que a ciência é geradora de dúvidas, e que estas instigam a movimentação científica para explicação dos fenômenos que trazem repercussões às múltiplas dimensões da vida, é primordial valorizar que ao longo do e-book são declaradas as lacunas do conhecimento identificadas nas evidências. Isso possibilita que pesquisadores das áreas da saúde da mulher e da criança reconheçam os espaços investigativos ainda descobertos e os contemplem em novos estudos.



É necessário, porém, lembrar aos leitores que a prática baseada em evidências não significa apenas considerar os resultados de estudos para tomada de decisão. É muito mais além. Não cabe ao enfermeiro implementar uma prática sem expertise ou perícia clínica no assunto, bem como não considerar as preferências ou expectativas do paciente. Logo, faz-se necessário contemplar esta obra como importante fonte de evidências, que devem ser ponderadas a partir dos outros dois pilares da prática baseada em evidências: a experiência do profissional e as preferências do paciente. As práticas que irão emergir das evidências aqui apresentadas devem ser, portanto, propulsoras de mudanças no paradigma de cuidado.

Por fim, deve-se dizer que o cuidado é pungente nesta obra. A concepção deste e-book reflete uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com as mulheres e crianças. Ora, se estes são atributos de cuidado pensados por Leonardo Boff, devemos considerar, enquanto leitores, que também somos cuidados pelas autoras.

Que a leitura instigue novas atitudes de cuidado!

**Guilherme Guarino de Moura Sá**

Docente do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)



## SUMÁRIO

### 7 CAPÍTULO I

#### **ANÁLISE DO CONCEITO “SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA” EM MULHERES DURANTE O PARTO NORMAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

### 16 CAPÍTULO II

#### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO**

### 27 CAPÍTULO III

#### **ANÁLISE DO CONCEITO “VÍNCULO” ENTRE A MULHER COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEU BEBÊ: REVISÃO INTEGRATIVA**

### 38 CAPÍTULO IV

#### **DESAFIOS NA INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

### 50 CAPÍTULO V

#### **A INFLUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS NA INCIDÊNCIA DO ÓBITO NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

### 58 CAPÍTULO VI

#### **INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS À CRIANÇA SADIA: REVISÃO INTEGRATIVA**

### 70 CAPÍTULO VII

#### **FATORES PREDISPOANTES AO COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE RISCO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA**

### 80 CAPÍTULO VIII

#### **TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**



<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c1>

# ANÁLISE DO CONCEITO “SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA” EM MULHERES DURANTE O PARTO NORMAL: REVISÃO INTEGRATIVA

**Fernanda Rocha Apolônio<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2930-3374

**Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7554-2662

**Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6403-7505

**Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4934-1335

**Suzana de Oliveira Mangueira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0931-8675

**Francisca Márcia Pereira Linhares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9778-5024

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Fernanda Rocha Apolônio

E-mail: [fernanda.apolonio@hotmail.com](mailto:fernanda.apolonio@hotmail.com)



## Como citar:

Apolônio FR, Mendes RCMG, Frazão CMFQ, et al. Análise do conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal: revisão integrativa In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 1-15. <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c01>

Revisora: Valquíria Farias Bezerra Barbosa.  
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE).  
Abreu e Lima, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A palavra impotência, do latim *impotentia*, significa falta de poder, falta de força, insuficiência e impossibilidade física ou moral. Esse sentimento é definido pela Taxonomia da NANDA-I como uma “experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado”<sup>(1-2)</sup>.

O sentimento de impotência pode estar relacionado à ansiedade, ao apoio social insuficiente, à baixa autoestima, ao conhecimento insuficiente de controle de situações, à dor, à estigmatização, às estratégias de enfrentamento ineficazes e às interações interpessoais insuficientes. Ademais, pode estar presente nas mulheres durante o parto normal<sup>(2-3)</sup>.

O parto normal é um momento que gera expectativas e tensões nas mulheres. Apesar de culturalmente ser visto como um processo pragmático, o nascimento aflora emoções, a exemplo do sentimento da impotência, que pode transformar o parto em uma experiência insatisfatória e traumática<sup>(3-5)</sup>. Esse sentimento é construído ao longo da gestação em decorrência de informações repletas de contradições repassadas por profissionais de saúde, mídia e comunidade, pois por vezes, o nascimento é visto como uma situação desconhecida e amedrontadora às mulheres<sup>(5)</sup>.

Assim, o momento de reafirmação da capacidade da mulher, durante o parto, passa a ser permeado pelo sentimento de impotência, demonstrado por uma postura ignara e submissa. Conseqüentemente, as emoções como o medo, a ansiedade e a incapacidade oportunizam uma conduta intervencionista que surge como a solução do problema<sup>(4-5)</sup>.

A impotência é um sentimento subjetivo e exige um entendimento ampliado, uma vez que pode influenciar



a fisiologia do parto<sup>(4)</sup>. Compreender esse fenômeno e identificar os antecedentes e os consequentes desse conceito, contribuirá para a assistência de enfermagem, sobretudo para a implementação de intervenções que promovam o protagonismo e o empoderamento da mulher.

A Taxonomia da NANDA-I recomenda que estudos de análise de conceito sejam realizados no intuito de fortalecer o nível de evidência dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e de contribuir com o seu aperfeiçoamento e atualização, visto que permitem a revisão da definição e dos elementos dos diagnósticos. Nesse contexto, observa-se a necessidade de realizar pesquisas que forneçam informações acerca do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal, a fim de gerar conhecimentos de como o enfermeiro obstétrico pode identificá-lo e evitar a ocorrência deste, com vistas a melhorar a qualidade da assistência às parturientes.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar o conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, fundamentada na Análise Conceitual proposta por Walker e Avant<sup>(6)</sup>. A análise de conceito refere-se à primeira etapa de estudos de validação de DE e foi realizada em sete etapas, a saber:

1. Seleção do conceito: O conceito escolhido para análise foi “sentimento de impotência”.
2. Determinação dos objetivos da análise conceitual: O objetivo desse estudo foi analisar o conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal;
3. Identificação dos possíveis usos do conceito: Nesta etapa, foi realizada uma Revisão Integrativa com a finalidade de verificar o uso do conceito “sentimento de impotência”.
4. Determinação dos atributos críticos ou essenciais: Nesta etapa, a partir da Revisão Integrativa, foram identificadas as palavras ou expressões que apareceram repetidamente na literatura, as quais mostraram a essência do conceito.
5. Identificação de antecedentes e consequentes do conceito: Nesta etapa, a partir da Revisão Integrativa, foi realizado o levantamento de eventos que acontecem antes e depois do fenômeno. Os antecedentes foram classificados em: populações em risco, condições associadas e fatores relacionados; e os consequentes em características definidoras.
6. Construção do caso modelo: Nesta etapa, com base nos resultados da Revisão Integrativa, foi elaborado um caso modelo, que incluiu os atributos do conceito “sentimento de impotência”.
7. Construção do caso adicional: Foi construído um caso adicional, do tipo contrário, que auxilia no esclarecimento do conceito analisado.

Para a construção da revisão integrativa, foram realizadas seis etapas<sup>(7)</sup>. Na primeira, definição da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICo (População – mulheres; Interesse – atributos, antecedentes e consequentes do sentimento impotência; e Contexto – mulheres durante o parto normal)<sup>(8)</sup>: Quais os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal?

A segunda etapa, levantamento bibliográfico, ocorreu em dezembro de 2021 por meio da busca nas bases de dados: PubMed/Medline; LILACS; Scopus; CINAHL; e BDENF. Os descritores utilizados foram: “Parto Normal”; “Parto Natural” e “Trabalho de Parto”, em inglês, português e espanhol, conforme o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH).

Além disso, foi utilizado descritor não controlado “Sentimento de Impotência” nos mesmos idiomas, bem como os operadores booleanos “AND” e “OR” para a combinação dos termos (Quadro 1).

**Quadro 1** – Quadro do cruzamento dos descritores e do termo não controlado. Recife, PE, Brasil, 2022.

Cruzamento 1	“Parto normal” OR “Parto natural”) AND “Sentimento de impotência”
Cruzamento 2	“Trabalho de parto” AND “Sentimento de impotência”
Cruzamento 3	“Parto normal” OR “Parto natural”) AND “Sentimiento de impotencia”
Cruzamento 4	“Trabajo de parto” AND “Sentimiento de impotencia”
Cruzamento 5	“Natural Childbirth” OR Parturition) AND “Powerlessness feeling”
Cruzamento 6	“Labor, obstetric” AND “Powerlessness feeling”

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos que abordaram sobre o sentimento de impotência das mulheres durante o parto normal, publicados em qualquer período e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos de revisões, os editoriais, as dissertações, as teses, as cartas ao editor, os resumos de anais e os artigos que não respondiam à questão da pesquisa.

Primeiramente, foi realizada a leitura de títulos e resumos e selecionados os que atendiam ao objetivo da pesquisa. Após, os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Os que atendiam aos critérios de elegibilidade foram incluídos na amostra.

A terceira etapa, extração de dados, foi realizada por meio de um formulário, elaborado para esta pesquisa, com os seguintes itens: título, autores, país, ano de publicação, objetivo, características metodológicas, nível de evidência, e os atributos/antecedentes/consequentes do conceito sentimento de impotência.

A quarta etapa, análise dos estudos selecionados, ocorreu por meio do instrumento *Critical Appraisal Skills Programm (CASP)*<sup>(9)</sup>, o qual classifica as evidências em duas categorias: boa qualidade metodológica e viés reduzido; e qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado.

Também foi avaliado o nível de evidência dos artigos por meio de sete níveis<sup>(10)</sup>: Nível 1 - revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: evidência a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7: opinião de autoridades baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas.

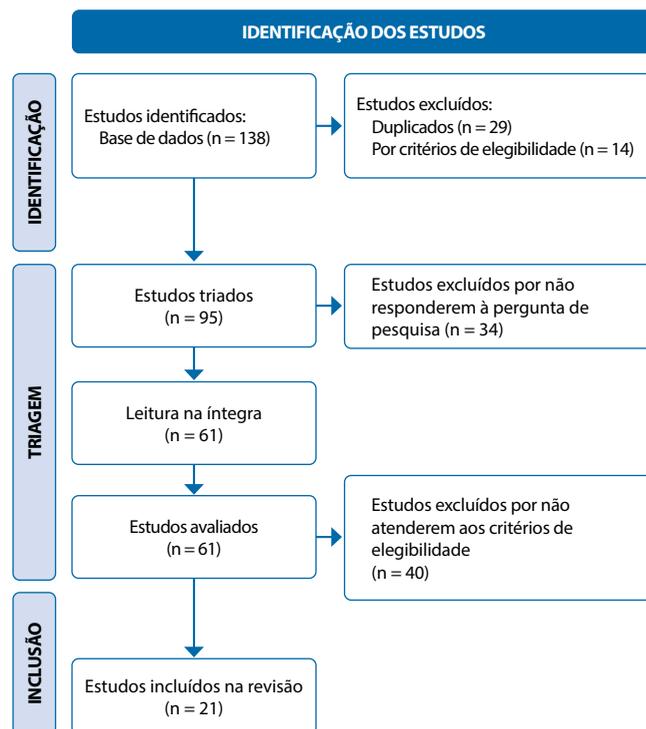
Na quinta etapa, realizou-se a interpretação dos achados. E a sexta etapa, síntese do conhecimento, foi realizada por meio da discussão dos resultados com base na literatura científica.

## RESULTADOS

Após o cruzamento dos descritores, foram encontradas 138 evidências científicas nas bases de dados. Destas, 21 compuseram a amostra final (Figura 1).

Dentre as 21 evidências científicas selecionadas<sup>(11-31)</sup>, a maioria foi publicada no ano 2016<sup>(14,16,20-21)</sup> e no idioma inglês<sup>(12,15,18,22-31)</sup>. Todos apresentaram bom rigor metodológico<sup>(11-31)</sup> e 17 foram avaliados com nível de evidência quatro<sup>(11-17,19-23,25-26,28-29,31)</sup>. Os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito sentimento de impotência foram identificados em mulheres durante o parto normal (Quadro 2).

O caso modelo e o caso adicional a seguir foram construídos com base nos atributos do sentimento de impotência, com o objetivo de clarificar o conceito na população em estudo. Já o caso contrário clarifica a não ocorrência do sentimento de impotência, o que facilita a compreensão.



Fonte: Elaborada pelos autores.

**Figura 1** – Levantamento das evidências científicas para seleção da amostra. Recife, PE, Brasil, 2022

**Quadro 2** – Atributos, antecedentes e consequentes do conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal. Recife, PE, Brasil, 2022.

Atributos/Antecedentes/Consequentes
<p><b>Atributos:</b> Sensação de estar fora de controle/perder o controle<sup>(12,22-23)</sup>, não ter a capacidade de tomar decisões<sup>(12,19,22)</sup>, descrença no próprio corpo<sup>(12,17-19,23,24,31)</sup>, relato verbal de incapacidade<sup>(13)</sup>, não ter protagonismo no próprio parto<sup>(14)</sup> e falta de autonomia<sup>(16)</sup>.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> Exposição a relatos negativos sobre o parto<sup>(17,20,25)</sup>, violência obstétrica<sup>(11,17-20,22-24,26)</sup>, cultura da medicalização<sup>(11-12,17-20,22-23,26)</sup>, idade precoce (adolescentes)<sup>(31)</sup>, idade avançada<sup>(29)</sup>, primiparidade<sup>(24,29,31)</sup>, vulnerabilidade social<sup>(12,17-18,20)</sup>, indução do parto<sup>(25)</sup>, trabalho de parto prolongado<sup>(22)</sup>, distocia<sup>(22)</sup>, anestesia<sup>(12,14)</sup>, depressão<sup>(29)</sup>, gestação múltipla<sup>(29)</sup>, conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel<sup>(11,16-17,19,28)</sup>, comunicação deficiente<sup>(16)</sup>, rede de apoio social insuficiente<sup>(11,13,16-17,19,21,24,26-27)</sup>, experiências pregressas negativas<sup>(11,29)</sup>, expectativas irreais<sup>(16,22,24)</sup>, pré-natal inadequado<sup>(11,15,23,29)</sup>, interações interpessoais insuficientes<sup>(16-17,19,24)</sup>, autoritarismo (do profissional cuidador)<sup>(11,27)</sup>, ambiente institucional disfuncional<sup>(13,23,26)</sup>, dor<sup>(14,17,22,24,30)</sup>, ser profissional de saúde<sup>(23)</sup> e medo<sup>(16-18,20,22,25,29-31)</sup>.</p>
<p><b>Consequentes:</b> Dependência<sup>(12,16,19,22)</sup>, descrença no próprio corpo<sup>(12,17-19,26-28,31)</sup>, sensação de perda do controle<sup>(12,15,17,22-24)</sup>, participação inadequada no cuidado<sup>(12,14,22)</sup>, passividade às intervenções<sup>(11-12,15-16,22-24,31)</sup>, sentimento de insegurança<sup>(11,13,16,19-20,28)</sup>, ansiedade<sup>(11,14-17,24-25)</sup>, sentimento de frustração<sup>(19-20,22,24)</sup>, sentimento de fracasso (desistência)<sup>(13,22-25)</sup>, angústia<sup>(11,16-17,22,25,30)</sup>, fadiga<sup>(22)</sup>, desespero<sup>(17,22)</sup> e medo<sup>(11,23,17,20,22,30-31)</sup>.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

**Caso modelo:** J.S.A.C., 16 anos, brasileira, do interior de Pernambuco, é primigesta. Chega ao hospital de referência no início da fase ativa do trabalho de parto depois de ter ido diversas vezes à maternidade em “alarmes falsos”. A mesma apresenta-se ansiosa e não tem um acompanhante que lhe apoie. Ao avaliar o cartão pré-natal, nota-se que J.S.A.C. teve apenas cinco consultas e sequer lembrava o nome da profissional que a atendera, fato que demonstra não ter criado vínculo. Ao conversar com ela, foi possível identificar o medo do parto em seu discurso que contava sobre a descrença na capacidade do próprio corpo, visto que as

mulheres da sua família não conseguiram parir. O hospital ao qual ela se reportou não conduz a assistência com métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o cuidado é impessoal devido à superlotação e não há privacidade no ambiente em que as mulheres passam pelo trabalho de parto. Durante o evento, J.S.A.C demonstrou falta de autonomia, perda do controle, não assumiu o papel de protagonista em nenhum momento e relatava ser incapaz de tomar decisões. Durante o tempo que passou na maternidade, sofreu violência. A mesma relatava não saber o que deveria fazer, gritava que não iria conseguir parir, que era incapaz de dar à luz ao seu filho. Solicitava a todo o momento que encontrava um profissional que lhes “ajudasse” por meio de intervenções e relatava sua dor, angústia e desespero. Teve um trabalho de parto considerado prolongado, ainda assim, chegou ao momento onde conseguiu parir, após ter recebido diversos tipos de intervenção. No alojamento conjunto, a adolescente repetia que não desejaria um parto a ninguém, relatava experiência negativa e a única citação positiva havia sido o término da vivência.

**Caso contrário:** L.M.N.A.M., 28 anos, está grávida do seu segundo filho. No primeiro, teve um parto natural em uma maternidade de referência em humanização da capital. Ela decidiu, junto com sua família, que nesta próxima gestação buscaria a experiência de um parto domiciliar. A mesma realizou nove consultas de pré-natal e participou de rodas de conversa com o grupo de enfermeiras obstétricas que escolheu para lhe dar assistência. Contratou também uma doula com quem se sentiu muito à vontade e confiante. Ao se aproximar o dia provável do parto, ela, apesar de ansiosa para conhecer o seu bebê, prosseguia estudando e vivenciando momentos de conexão com seu corpo, com seu filho. No início ao trabalho de parto, informou a sua equipe e ficou tranquila no seu ambiente familiar. Ao seu tempo, cada etapa do trabalho de parto foi acontecendo e L.M.N.A.M. permanecia tranquila apesar da dor, que foi aliviada com métodos não farmacológicos e realizava exercícios à medida que sentia necessidade. O nascimento aconteceu após 16 horas de trabalho de parto, e a puérpera, nas primeiras horas, se emocionou e relatava com autonomia e alegria a sua experiência positiva.

## DISCUSSÃO

O sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal foi definido como a incapacidade na tomada de decisões e está relacionado à falta de conhecimento e de autonomia no processo de parturição<sup>(12,14,16-19,23-24,31)</sup>. A visão que a sociedade ocidental tem desse fenômeno é que a mulher é passiva, além de que empenhar-se em tornar as parturientes ativas ainda é um desafio<sup>(31-32)</sup>.

A partir deste estudo, foi possível observar que diversos sentimentos envolvem a mulher durante o parto normal. Quando existem sentimentos positivos, estes podem contribuir para um desfecho favorável e satisfatório na parturição; já os negativos, como a impotência, são capazes de suprimir a autonomia e o protagonismo da parturiente<sup>(16,21-22,33)</sup>.

Na parturição, o sentimento de impotência se caracteriza pela perda de controle da situação que está sendo vivenciada, no não se sentir protagonista do processo e na sensação de dependência de outras pessoas. O sentimento é subjetivo e pode colocar a mulher em situação de passividade, deixá-la desconexa com o próprio corpo e em condição de incapacidade<sup>(21-22,34)</sup>.

Ademais, o sentimento de impotência foi reconhecido por meio dos relatos de insegurança, ansiedade, frustração, fracasso e angústia, os quais são consequentes desse sentimento. Todos estes podem ter relação com o medo da dor, da solidão, da violência obstétrica e de não conseguir êxito no parto<sup>(16-18)</sup>. O medo, por exemplo, é definido como um estado emocional ou resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo seja ele real, hipotético ou imaginário; falta de coragem; e preocupação com determinado fato ou possibilidade<sup>(16-18,20,22,25)</sup>.

A influência cultural e social foi observada como um antecedente do sentimento de impotência e pode ser revelada também no relato de exposição às histórias de partos difíceis e ao acesso às informações negativas

pela mídia. As mulheres estão sujeitas às crenças provenientes do meio em que vivem, as quais podem determinar sentimentos<sup>(11-12,17-20,22-23,26)</sup>.

O meio social que a gestante está inserida pode influenciar nas escolhas e decisões relacionadas à parturição. Assim, essas mulheres estão expostas aos pensamentos e às crenças dos amigos, familiares e vizinhos, que por vezes trazem informações de situações difíceis vivenciadas. Da mesma forma, a cultura é outro fator que pode influenciar o comportamento das parturientes, sobretudo na realização de práticas que permitem ou impedem o protagonismo da mulher. Nesse caso, os profissionais de saúde devem respeitar as especificidades<sup>(11-12,17-20,22-23,26)</sup>.

Outros antecedentes do sentimento de impotência identificados foram o conhecimento insuficiente e a falta de preparo no pré-natal. Para colaborar com a participação e autonomia da mulher, a implementação das ações de educação em saúde são fundamentais no decorrer de todas as etapas do ciclo gestacional<sup>(11,16-17,19,28)</sup>.

É no pré-natal que a mulher deverá ser orientada a viver o parto de forma positiva. Nele, os profissionais de saúde devem compartilhar saberes, em uma postura disponível, atenta e respeitosa, com escuta qualificada, com vistas a buscar conhecer a mulher e devolver a sua autoconfiança. Por meio dessa atenção, é possível minimizar as consequências das más experiências pregressas<sup>(31,35-36)</sup>.

Os fatores pessoais não modificáveis, como idade precoce ou avançada – extremos de idade – e questões relativas à situação obstétrica, como o trabalho de parto induzido, prolongado e a gestação múltipla também podem suscitar emoções prejudiciais. Isso remete à necessidade de um maior preparo das gestantes durante o pré-natal para um melhor entendimento da sua condição e das possibilidades do seu corpo e fisiologia<sup>(29,31)</sup>.

Além desses, são antecedentes do sentimento de impotência: violência obstétrica, ausência de rede de apoio preparada, comunicação deficiente entre equipe e mulher, desumanização, o ambiente institucional disfuncional, dor e o uso de anestesia. Esses fatores podem perturbar o processo cerebral natural do trabalho de parto<sup>(11,13,16-17,26-27)</sup>.

A ausência de enfermeiros e de doulas apresenta-se como antecedente do sentimento de impotência, o que ressalta a importância dessas profissões na humanização do parto e nascimento e a importância da rede social de apoio eficaz. Esses profissionais devem ser capazes de basear as próprias ações que melhorem a condição das gestantes e fortaleça sua autonomia nas decisões<sup>(11,23,27)</sup>.

Os enfermeiros obstétricos e as doulas são essenciais para o fortalecimento do protagonismo do parto. Quando estão ausentes, há uma maior taxa de procedimentos que vão de encontro a humanização do parto, ocasionando medo, angústia e insegurança às parturientes, as quais passam a entender que a parturição é um momento difícil e ruim<sup>(11,23,27,37)</sup>.

O cuidado deve ser humanizado na perspectiva de atender às necessidades individuais de cada mulher. Isso acontece quando os profissionais de saúde realizam ações educativas durante o ciclo gravídico por meio de uma perspectiva libertadora<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, é preciso repensar o processo de formação que valorize o protagonismo da mulher<sup>(38)</sup>.

Notou-se que a violência obstétrica foi um fator desencadeador para a presença do sentimento de impotência. Esse tipo de violência está diretamente relacionado ao poder que circunda o parto e à imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis<sup>(11,17-20,22-24,26)</sup>. É necessário abordar essa temática, especialmente nas consultas de pré-natal, nas quais se tem a oportunidade de problematizar a necessidade do empoderamento para uma tomada de decisão no que se refere ao seu corpo e a sua parturição<sup>(31,39-40)</sup>, uma vez que existem diversos fatores que ocasionam o sentimento de impotência da mulher.

Destaca-se também que esse sentimento pode trazer algumas consequências à mulher, tais como: descrença no próprio corpo, sensação de perda do controle, passividade às intervenções, sentimento de insegurança, ansiedade, sentimento de frustração, sentimento de fracasso, angústia desespero e medo<sup>(11,22,30-31)</sup>.

Os achados deste estudo contribuirão para o enfermeiro obstétrico implementar intervenções que venham favorecer o empoderamento e o protagonismo das mulheres. Por meio do conhecimento sobre o sentimento

de impotência e dos seus antecedentes e consequentes, pode-se oferecer as boas práticas para o parto e nascimento. Ademais, apresenta-se como limitação a subjetividade do conceito sentimento de impotência, pois houve a exigência de interpretação e inferência dos autores do estudo, o que pode ter restringido a identificação dos atributos, antecedentes e consequentes.

## CONCLUSÃO

Este estudo oportunizou analisar o conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal. A partir dessa análise, foi possível identificar, por meio dos 21 estudos da amostra, seis atributos, 25 antecedentes e 13 consequentes do conceito, os quais subsidiarão a revisão da definição e dos elementos do DE Sentimento de Impotência da Taxonomia da NANDA-I.

Evidenciou-se que esse sentimento leva a mulher a ter falta de controle, de autonomia e de participação nas decisões durante o processo da parturição. Tal sentimento apresenta-se por meio de emoções e distintos comportamentos e, em geral, está relacionado às emoções como insegurança, ansiedade, angústia e medo, que podem guiar o trabalho de parto e parto para uma experiência negativa.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, principalmente pesquisas que deem continuidade a validação do DE Sentimento de impotência, com vistas a testar os achados encontrados na prática clínica.

## REFERÊNCIAS

8. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018- 2020. Porto Alegre: Artmed; 2018. 488 p.
9. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(2):196-203. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>
10. Agha S, Fitzgerald L, Fareed A, Rajbhandari P, Rahim S, Shahid F, Currie S. Quality of labor and birth care in Sindh Province, Pakistan: findings from direct observations at health facilities. *PloS one*. 2019;14(10):e0223701. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223701>
11. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Filha MMT, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(3):225-33. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>
12. Bhowmik J, Biswas RK, Ananna N. Women's education and coverage of skilled birth attendance: an assessment of Sustainable Development Goal 3.1 in the South and Southeast Asian Region. *PloS One*. 2020;15(4):e0231489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231489>
13. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in Nursing*. Harlow, UK: Pearson Education; 2011. 248 p.
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
15. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. *Cienc Cuid Saúde*. 2017;16(2):1-6. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>
16. Critical Appraisal Skills Programm. Critical Appraisal Checklists [Internet]. Oxford: CASP; 2020 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
17. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 599 p.
18. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):119-26. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
19. Logsdon K, Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch “Natural” childbirth. *Midwifery*. 2017;55(1):67-74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.004>

20. Ribeiro JF, Sousa YE, Luz VLES, Coelho DMM, Feitosa VC, Cavalcante MFA, et al. Percepção do pai sobre a sua presença durante o processo parturitivo. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(6):1586-92. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234522p1586-1592-2018>
21. Motta AMF, Feitosa DS, Bezerra TF, Moura RC, Moura DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):593-9. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201628>
22. Rasouli M, AtashSokhan G, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E, Mousavi SA. The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery: a randomized. *Obstet Gynecol Int J*. 2017;124(4):631-39. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14397>
23. Melo DSA, Oliveira e Silva JMO, Santos AA, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):814-20. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a11024p814-820-2016>
24. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB et al. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):143-51. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.5678>
25. Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choice. *Midwifery*. 2018;63(1):46-51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
26. Freire HSS, Campos FC, Castro RCMB, Costa CC, Mesquita VJ, Viana RAA. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(6):2357-67. <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201714>
27. Nascimento JP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA, Moraes PA. O Empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(5):4182-7. <https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201601>
28. Souza TA, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(6):4735-40. <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201604>
29. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. 2006;22(1):56-65. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.003>
30. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med*. 2001;52(7):1109-21. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00206-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00206-9)
31. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med*. 2001;26(5):468-72. <https://doi.org/10.1053/rapm.2001.24260>
32. Mitchell M, McClean, S. Pregnancy, risk perception and use of complementary and alternative medicine. *Health Risk Soc*. 2014;16(1):101-16. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.867014>
33. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 2004;20(3):261-72. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>
34. Li HT, Lin KC, Chang SC, Kao CH, Liu CY, Kuo SC. A Birth Education Program for Expectant Fathers in Taiwan: effects on their anxiety. *Birth*. 2009;36(4):289-96. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00356.x>
35. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int*. 2001;16(4):381-8. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381>
36. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? a population-based cohort study from Norway. *Birth*. 2010;37(1):21-7. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x>
37. Landau R. Artificial womb versus natural birth: an exploratory study of women's views. *J Reprod Infant Psychol*. 2007;25(1):4-17. <https://doi.org/10.1080/02646830601117118>
38. Boyacıoğlu AÖ, Türkmen A. Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey. *Cult Health Sex*. 2008;10(3):277-85. <https://doi.org/10.1080/13691050701673925>
39. Kotwittz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>
40. Alvares AS, Corrêa ÁCDP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):277-83. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>

41. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1228-36. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
42. Park SA, Kim HY. Development and effects of a labor nursing education program using a high-fidelity simulator for nursing students in Korea. *Korean J Women Health Nurs.* 2020;26(3):240-9. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.09.18>
43. Amaral RCS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Branco MBLR, Santos MV, et al. Inserção do enfermeiro obstetra no parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(11):3089-97. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234531p3089-3088-2018>
44. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, Sampaio J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde Debate.* 2018;42(117):420-9. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811706>
45. Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC. Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39(e20170218):e20170218. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218>
46. Lansky S, Souza KVD, Peixoto ERDM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Cienc Saude Colet.* 2019;24(1):2811-23. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
47. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(1):236-46. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23523p236-246-2018>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c2>

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

**Priscila Santos Alves Melo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3152-9412

**Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1177-0137

**Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7554-2662

**Roseane Lins Vasconcelos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6579-8418

**Sheyla Costa de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0485-1729

**Francisca Márcia Pereira Linhares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9778-5024

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Priscila Santos Alves Melo

E-mail: [priscilasantalves@hotmail.com](mailto:priscilasantalves@hotmail.com)



**Cómo citar:**

Melo PSA, Andrade PON, Mendes RCMG, et al. Assistência de enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al, (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 16-26. <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c02>

Revisora: Luciana Uchôa Barbosa.  
Instituto Federal de Pernambuco.  
Belo Jardim, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A gestação e o nascimento são considerados eventos fisiológicos, os quais são vivenciados pelas mulheres e por todos os indivíduos, respectivamente. Destaca-se que a parturição é caracterizada como um evento social e que, ao longo dos séculos, sofreu modificações influenciadas pelo momento histórico e contexto sociocultural<sup>(1)</sup>.

Tradicionalmente, o cuidado à saúde no trabalho de parto e parto era predominantemente feminino e realizado nos domicílios, ambiente em que as gestantes pariam seus bebês em posições mais verticalizadas, cercadas por outras mulheres que em geral eram familiares, parteiras e vizinhas<sup>(2)</sup>.

Com a evolução das sociedades, da construção de hospitais e do surgimento dos cursos de medicina, o cuidado ao parto passou a ser hospitalar e marcado por intensa medicalização e intervenções, com predominância de posições supinas para o nascimento. Nesse contexto, o médico obstetra assumiu papel principal no processo do parto, no qual as mulheres perderam seu protagonismo, visto que passaram a submeter-se às práticas e rotinas estabelecidas pelas instituições<sup>(3)</sup>.

A partir da década de 1980, iniciou-se uma busca por mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento hospitalar. Surgiram então, movimentos que fomentavam a atenção humanizada e o resgate do protagonismo feminino no processo parturitivo. Essa inquietação culminou, em 1996, com a apresentação das recomendações para a reorganização da assistência ao parto e nascimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(4)</sup>.

No Brasil, no ano de 2000, baseado nas recomendações da OMS, surge o Programa Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência, de modo a utilizar a humanização como indicador desse processo<sup>(5)</sup>. Destaca-se que o termo humanização se refere a uma pluralidade de



interpretações, com abordagens que se baseiam em evidências científicas. Apesar das mais variadas definições estabelecidas por cada profissional, no que diz respeito à atenção ao parto e nascimento, humanizar implica em respeitar as escolhas da mulher e, sobretudo, devolver-lhe o protagonismo, para que todas as suas dimensões sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biopsicológicas e sociais<sup>(6)</sup>.

No cenário da humanização, tem-se a atuação da enfermagem obstétrica, a qual é considerada pela OMS como a mais adequada e com melhor custo-efetividade, visto que respeita a fisiologia do processo do nascimento, avalia os riscos e reconhece as complicações. Ademais, o enfermeiro obstetra considera o contexto ambiental, cultural e social; resgata o parto normal como evento fisiológico; e proporciona dignidade, segurança e autonomia para o processo do parto<sup>(7)</sup>.

Destarte, a assistência de enfermagem humanizada durante o parto e nascimento é essencial para reduzir a mortalidade materna e perinatal, minimizar as taxas de cesarianas e incentivar o parto vaginal<sup>(7)</sup>. Assim, é necessário realizar estudos que resgatem a humanização do cuidado humano e que venham a contribuir com a assistência do enfermeiro obstetra na atenção ao trabalho de parto e parto.

Diante do exposto, este artigo tem por objetivo evidenciar o conhecimento científico na literatura sobre a assistência de enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo sintetiza os resultados que dão suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica. Para elaboração desta revisão, foram realizadas seis etapas: Elaboração da pergunta norteadora; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos; Definição das bases de dados e informações dos estudos selecionados; Análise crítica dos artigos incluídos na Revisão Integrativa; Interpretação e discussão dos resultados; Apresentação da Revisão Integrativa<sup>(8)</sup>.

A seguinte pergunta de pesquisa foi elaborada: O que tem sido produzido sobre a assistência de enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto e parto? Para a seleção dos artigos, foram utilizados os critérios de inclusão: estudos originais publicados nos idiomas inglês, português e espanhol e nos anos entre 2006 a 2021. Foram excluídos os estudos que não respondiam à pergunta de pesquisa.

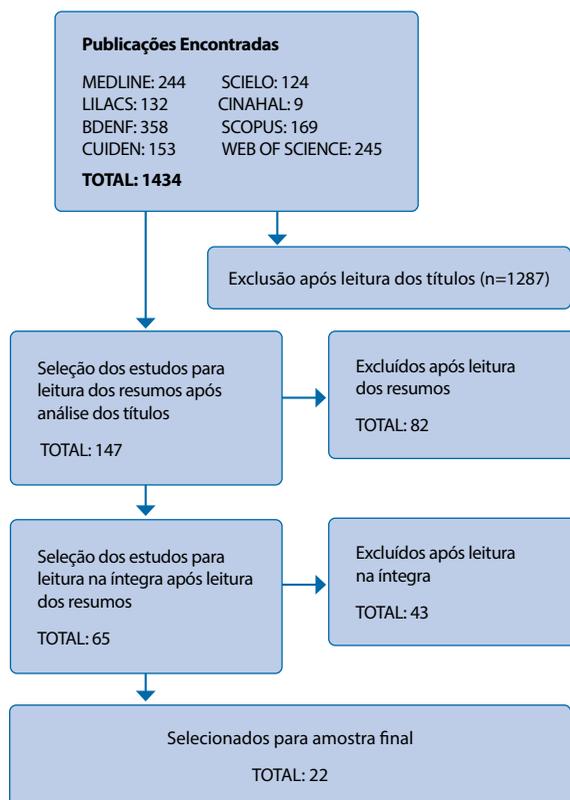
Realizou-se uma busca nas bases de dados: PUBMED, MEDLINE, LILACS, BDNF, CUIDEN, CINAHL, Scopus, Web of Science e na biblioteca virtual SciELO. Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores padronizados pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e pelo MESH (Medical Subjective Heading): Enfermagem Obstétrica (Obstetric Nursing/Enfermería Obstétrica); Parto (Parturition/Parto); Trabalho de Parto (Labor, Obstetric/Trabajo de Parto); Cuidado de Enfermagem (Nursing Care/Atención de Enfermería). Os cruzamentos foram realizados com o operador booleano AND.

Inicialmente, foram lidos os títulos das 1434 publicações. Assim, foram selecionados 147 artigos para a leitura dos resumos. Dos 147 resumos lidos, 65 atendiam ao objetivo do estudo e seguiram para a leitura do texto na íntegra (Figura 1).

Após leitura completa dos artigos selecionados, 34 estudos foram excluídos por não responderem à questão norteadora. Dessa forma, a amostra total foi de 22 artigos. Para estes, utilizou-se o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para avaliação do rigor metodológico<sup>(9)</sup>. Ademais, a classificação do nível de evidências dos estudos utilizou um sistema hierárquico que avalia pesquisas ou outras fontes de informações<sup>(10)</sup>.

Para extração dos dados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados que permitiu avaliar individualmente os estudos quanto à: título do artigo, tipo de publicação, ano de publicação, instituição sede do estudo, resultados e recomendações/conclusões.

Foi realizada a análise de conteúdo das ideias centrais dos resultados e da discussão de cada artigo, com a finalidade de responder à pergunta desta pesquisa. Foi utilizado o referencial teórico de Minayo<sup>(11)</sup>.



Fonte: Elaborada pelos autores.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção dos artigos da Revisão Integrativa segundo os critérios de inclusão e exclusão. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022

## RESULTADOS

Dos 22 artigos analisados<sup>(12-33)</sup>, 21 eram publicações que estavam no idioma português. Em relação ao ano de publicação e tipo de estudo, a maioria foi publicada em 2015<sup>(14,17,25)</sup> e tinham como método a abordagem qualitativa<sup>(15-17,21,26,28,31-32)</sup>. Ressalta-se que todos os autores eram profissionais enfermeiros obstetras ou enfermeiros generalistas (Quadro 1).

Após a análise de conteúdo, emergiram cinco núcleos temáticos, a saber: 1. Boas práticas como dispositivos de cuidado facilitador do processo de parturição; 2. Cuidado na assistência ao parto centrado nas intervenções desnecessárias; 3. Cuidado centrado em normas e rotinas; 4. Ambiente de cuidado que interfere na qualidade da assistência e 5. Satisfação profissional refletindo na qualidade do cuidado.

## DISCUSSÃO

A primeira categoria foi intitulada como “Boas práticas como dispositivos de cuidado facilitador do processo de parturição”. Neste contexto, tem-se as recomendações da OMS, conhecida como as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. No Brasil, destaca-se que essas recomendações serviram como diretrizes para os programas de assistência humanizada ao nascimento e para as mudanças dos paradigmas da assistência obstétrica brasileira<sup>(34-35)</sup>.

**Quadro 1** - Distribuição dos principais resultados encontrados sobre a assistência de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto e parto, Recife, PE, Brasil, 2022.

Título do artigo	Objetivo	Assistência de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto e parto
Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto <sup>(12)</sup>	Identificar como se apresentam os Componentes do Cuidado de Enfermagem nas falas de puérperas acerca do seu processo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência mecanizada que não considera as necessidades individuais</li> <li>- Desconsidera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante) seja no trabalho de parto, parto ou puerpério imediato</li> <li>- A estrutura do ambiente não é suficiente para um cuidado sensível</li> </ul>
O ambiente de relaxamento para a humanização do cuidado ao parto hospitalar <sup>(13)</sup>	Descrever os critérios utilizados pelos enfermeiros para indicar o ambiente de relaxamento às parturientes e analisar os significados dos cuidados realizados nesse ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca-se o cuidado humanizado baseado em evidência científica, porém ainda sofre influência do modelo tradicional de assistência</li> <li>- Preocupa-se com o ambiente como fonte de promoção de conforto</li> </ul>
Solidariedade constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto <sup>(14)</sup>	Analisar a constituição do cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher que dá à luz na Casa de Parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece o acolhimento e vínculo, escuta qualificada, valorização da subjetividade</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- Assistência que oferece suporte emocional e educativo à mulher, recém-nascido e família</li> <li>- Assistência centrada na valorização das necessidades individuais</li> </ul>
Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto <sup>(15)</sup>	Conhecer a percepção de mulheres em puerpério imediato acerca do cuidado oferecido pela enfermeira durante o trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- Cuidado humanizado a partir da satisfação profissional</li> <li>- Busca-se o cuidado humanizado baseado em evidência científica, porém ainda sofre influência do modelo tradicional de assistência</li> </ul>
Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico <sup>(16)</sup>	Compreender como a equipe de enfermagem percebe o cuidar no processo de parturição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado centrado em normas e rotinas tecnicistas desaconselhadas pelas evidências científicas atuais</li> <li>- Assistência mecanizada que não considera as necessidades individuais</li> <li>- Cuidado sofre influência negativa a partir da satisfação profissional</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- A estrutura do ambiente não é suficiente para um cuidado sensível</li> </ul>
Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal <sup>(17)</sup>	Conhecer as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras implicadas nos processos autonomia, dignificação e participação de mulheres durante o parto normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece o acolhimento e vínculo, escuta qualificada, subjetividade</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- Assistência que oferece suporte emocional e educativo à mulher, recém-nascido e família</li> <li>- Assistência centrada na valorização das necessidades individuais</li> <li>- Preocupa-se com o ambiente como fonte de promoção de conforto</li> </ul>

Continua

Continuação do Quadro 1

Título do artigo	Objetivo	Assistência de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto e parto
Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres <sup>(18)</sup>	Identificar as práticas das enfermeiras obstétricas e discutir seus efeitos durante o trabalho de parto sob a ótica das mulheres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- Assistência que oferece suporte emocional e educativo à mulher, recém-nascido e família</li> <li>- Assistência centrada na valorização das necessidades individuais</li> </ul>
Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: Enfoque na humanização <sup>(19)</sup>	Conhecer os dispositivos que possibilitam a humanização do cuidado no cotidiano da equipe de enfermagem durante o processo de parturição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece o acolhimento e vínculo, escuta qualificada, valorização da subjetividade</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- Cuidado humanizado a partir da satisfação profissional</li> </ul>
Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica <sup>(20)</sup>	Analisar a assistência de enfermagem durante o pré, trans e pós-parto, verificando sua influência na adaptação física e emocional da mulher.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência que oferece suporte emocional e educativo à mulher, recém-nascido e família</li> <li>- Assistência centrada na valorização das necessidades individuais</li> </ul>
Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto <sup>(21)</sup>	Identificar as ideias e concepções consensuais que um grupo de enfermeiras possui sobre a Preparação para o Parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado baseado em procedimentos técnicos como coleta de informações e registros</li> <li>- Cuidado voltado ao empoderamento da mulher sobre o trabalho de parto e parto</li> </ul>
Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal <sup>(22)</sup>	Descrever os cuidados de Enfermagem Obstétrica aos partos normais e identificar as tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros no trabalho de parto e parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado baseado em procedimentos técnicos / normas e rotinas</li> <li>- Busca-se o cuidado humanizado baseado em evidência científica, porém ainda sofre influência do modelo tradicional de assistência</li> <li>- Cuidado centrado em normas e rotinas tecnicistas desaconselhadas pelas evidências científicas atuais</li> </ul>
Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: Atuação do profissional de saúde <sup>(23)</sup>	Identificar os profissionais de saúde e suas competências no atendimento às parturientes no momento de admissão na maternidade e durante a evolução do trabalho de parto e discutir as competências da equipe de enfermagem nesse atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado baseado em procedimentos técnicos / normas e rotinas</li> <li>- Assistência mecanizada que não considera as necessidades individuais</li> <li>- Cuidado centrado em normas e rotinas tecnicistas desaconselhadas pelas evidências científicas atuais</li> </ul>
Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar <sup>(24)</sup>	Descrever as características sociodemográficas, condições clínico-obstétricas na internação e prevalência de intervenções realizadas no parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado centrado em normas e rotinas tecnicistas desaconselhadas pelas evidências científicas atuais</li> </ul>
Concern of primiparous women with regard to labor and birth <sup>(25)</sup>	Conhecer as preocupações das mulheres primíparas acerca do trabalho de parto e parto; identificar ações do enfermeiro para amenizar os sentimentos das mulheres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece o acolhimento e vínculo, escuta qualificada, valorização da subjetividade</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> </ul>

Continua

Continuação do Quadro 1

Título do artigo	Objetivo	Assistência de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto e parto
Atenção ao parto por enfermeiros na zona leste do município de São Paulo <sup>(26)</sup>	Analisar a atenção ao parto pelos enfermeiros dos seis hospitais públicos da zona leste do município de São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado centrado em normas e rotinas tecnicistas desaconselhadas pelas evidências científicas atuais</li> <li>- Preocupa-se com o ambiente como fonte de promoção de conforto</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> <li>- Cuidado humanizado a partir da satisfação profissional</li> <li>- Assistência centrada na valorização das necessidades individuais</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> </ul>
Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio <sup>(27)</sup>	Caracterizar e analisar a assistência ao parto e ao nascimento realizada por Residentes em Enfermagem Obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca-se o cuidado humanizado baseado em evidência científica, porém ainda sofre influência do modelo tradicional de assistência</li> </ul>
O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes <sup>(28)</sup>	Compreender o significado que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira, à luz da Teoria Humanística, e identificar as contribuições deste processo para promover o cuidado Humanístico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece o acolhimento e vínculo, escuta qualificada, valorização da subjetividade</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente família (acompanhante)</li> <li>- Fortalece o protagonismo da mulher através do fornecimento de informações</li> <li>- Assistência que oferece suporte emocional e educativo à mulher, recém-nascido e família</li> <li>- Assistência centrada na valorização das necessidades individuais</li> </ul>
Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais <sup>(29)</sup>	Discutir práticas na assistência ao parto em instituições de saúde, onde atuam conjuntamente médicos e enfermeiras obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca-se o cuidado humanizado baseado em evidência científica, porém ainda sofre influência do modelo tradicional de assistência</li> <li>- Considera a interação profissional-parturiente-família (acompanhante)</li> </ul>
Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal <sup>(30)</sup>	Descrever a conformidade das práticas assistenciais de enfermagem obstétrica com as recomendações técnicas para o parto normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de cuidados não farmacológicos</li> <li>- Utilização do partograma</li> <li>- Orientação para posição não supina durante o parto</li> </ul>
Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição <sup>(31)</sup>	Compreender as contribuições da enfermagem obstétrica para as ações de educação em saúde voltadas ao processo de parturição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecimento de informações sobre o processo de parturição</li> <li>- Orientação quanto à deambulação durante o trabalho de parto</li> <li>- Explicação sobre o processo de dilatação</li> <li>- Interação com a família da parturiente</li> </ul>
Cuidados de enfermagem prestados à parturiente adolescente sob a luz da teoria de Wanda Horta <sup>(32)</sup>	Conhecer os cuidados de Enfermagem prestados à adolescente durante o trabalho de parto, e assim identificar os fatores os influenciam, e analisar os cuidados de Enfermagem prestados à parturiente adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humanização da relação entre parturiente e profissional da enfermagem por meio do acolhimento</li> <li>- Fornecimento de apoio à parturiente e família</li> </ul>
Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto <sup>(33)</sup>	Evidenciar o conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor na parturição.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor</li> <li>- Orientação sobre o processo de parturição e sobre os métodos não farmacológicos</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os artigos analisados, além de evidenciarem essas recomendações, também ressaltaram que são necessários o olhar individualizado, o apoio, o acolhimento e o vínculo oferecido às mulheres pelos profissionais que assistem ao trabalho de parto e parto. Esse cuidado pode ser expresso por meio do toque, do diálogo e da preocupação em atender às necessidades das parturientes<sup>(16,18,21)</sup>.

Ademais, estudos abordam que dentro desse processo de acolhimento, destaca-se a valorização da comunicação entre o enfermeiro obstetra e a parturiente como ação significativa da enfermagem. Dessa forma, o suporte afetivo provido pela equipe de enfermagem, durante esse período, contribui para a redução do medo e a aquisição de autoconfiança, bem-estar físico e mental à parturiente e acompanhante<sup>(20-21)</sup>.

O fornecimento de orientações também foi apontado como uma ferramenta do cuidado e considerado facilitador do processo de parturição, por promover autonomia às mulheres por meio de ações educativas, as quais estimulam a participação ativa da parturiente no momento do parto a partir de escolhas conscientes<sup>(16,18,21)</sup>, já que para a maioria delas, a parturição ocasionou sentimentos de medo e dor<sup>(21)</sup>.

Ainda em relação às práticas recomendadas pela OMS<sup>(34)</sup>, constatou-se o amplo uso de técnicas de cuidado e de conforto não farmacológicas. Houve predomínio da posição verticalizada na expulsão do bebê, deambulação, banho de aspersão, massagem lombar e sacral e uso do banco obstétrico<sup>(15,16-18)</sup>.

Em relação à alimentação durante o trabalho de parto, houve diferenças entre as instituições estudadas, visto que em algumas instituições foi oferecido a hidratação oral, sendo suspensa quando indicado a cesariana. Enquanto que em outras instituições, a alimentação foi fornecida livremente e suspensa quando a dilatação do colo uterino atingiu cerca de sete a oito centímetros<sup>(13,15-16,18, 24)</sup>.

No que diz respeito à presença do acompanhante durante o processo de parturição, a maioria das mulheres teve este direito garantido<sup>(13,18,20,29)</sup>. Foi observado que os profissionais de saúde apoiam e são incentivadores da presença do acompanhante. No entanto, alguns integrantes da equipe de enfermagem se opuseram à presença deste<sup>(12)</sup>.

Em um estudo, foi observado que a presença do acompanhante resultava em maior probabilidade trabalhos de parto mais curtos e de parto vaginal espontâneo, além de menor chance de analgesia intraparto, cesariana, parto instrumental e relato de insatisfação com a experiência do nascimento<sup>(36)</sup>. Foi pontuado também que os acompanhantes devem receber as orientações sobre as práticas facilitadoras do processo parturitivo<sup>(12,25)</sup>.

Outro aspecto evidenciado foi que as palavras de apoio ou os simples gestos, tais como segurar a mão e fazer massagem, relacionaram-se à aquisição de força para o momento do nascimento<sup>(12,18,20)</sup>. Ressalta-se que o reconhecimento dessa prática contribui para a humanização do parto e nascimento e alicerçou a criação da Lei do Acompanhante. A partir do ano de 2005, a participação deste no processo de parturição, passou a ser assegurada pela Lei nº 11.108<sup>(36)</sup>.

Na categoria 2 intitulada “Cuidado na assistência ao parto centrado nas intervenções desnecessárias”, foi evidenciado que, apesar das inúmeras iniciativas para as mudanças na assistência obstétrica, alguns autores constataram que o cuidado de enfermagem foi realizado de forma coercitiva e impositiva<sup>(15,17)</sup>. Essas ações são, por vezes, vistas como forma de controle do comportamento das mulheres, forçando-as a comportarem-se sem considerar as necessidades do seu corpo<sup>(37)</sup>.

Em boa parte dos estudos, foram observados a implementação de uma ou mais práticas assistenciais técnicas, tais como: a realização de episiotomias e tricotomia genital; a administração de ocitocina para aceleração o trabalho de parto; a amniotomia; a manobra de *Kristeller* e a restrição da parturiente ao leito<sup>(12,15-16,27)</sup>.

Apenas um estudo<sup>(26)</sup> citou a utilização de protocolos institucionais para manejo da dor, bem como para restrição da administração rotineira de ocitocina, não realização de episiotomia, liberdade de posição materna para o parto e estímulo ao contato pele-a-pele e ao aleitamento na primeira hora do nascimento.

Salienta-se que o uso rotineiro de técnicas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais, bem como as implementadas com o intuito de facilitar o trabalho profissional e acelerar o trabalho de parto devem ser evitadas por serem consideradas prejudiciais ao parto normal. Além disso, esses procedimentos associam-se ao aumento do número de cesarianas<sup>(38)</sup>.

Essas técnicas foram identificadas em alguns estudos analisados. Porém, são consideradas procedimentos invasivos e, na maioria das vezes, desnecessárias. Portanto, a adoção destas ações e de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias, em sua maioria mal avaliadas, é um risco imposto às mulheres e bebês<sup>(23,34)</sup>.

Na categoria 3 intitulada “Cuidado centrado em normas e rotinas”, tem-se que é importante valorizar tanto os procedimentos técnicos, quanto as demandas subjetivas envolvidas no processo de cuidado ao parto<sup>(16)</sup>. A importância da realização dos procedimentos técnicos se dá por meio do auxílio ao profissional na definição de diagnósticos e direção das condutas a serem tomadas<sup>(23-24)</sup>. No entanto, o cuidado fundamentado em normas e rotinas tecnicistas não deve significar a principal forma de cuidar<sup>(34-36)</sup>.

Observou-se que o cuidado estabelecido por rotinas institucionais rígidas desconsidera as individualidades da mulher e família, o que influencia negativamente as experiências e os sentimentos das mulheres. Este tipo de assistência afasta o enfermeiro do cuidado interpessoal com a parturiente e associa-se a maior ocorrência de intervenções obstétricas e piores resultados maternos e neonatais<sup>(12,16,22)</sup>.

Na categoria 4 intitulada “Ambiente de cuidado que interfere na qualidade da assistência, foi verificado que a maioria dos trabalhos de parto e parto ocorreram em centro obstétrico tradicional, Centros de Parto Normal (CPN) e Casas de Parto<sup>(13-14,26)</sup>. Em um dos estudos<sup>(26)</sup>, a instituição dispunha destes três tipos de ambiente de assistência ao parto. Em outros, o local da assistência não foi descrito<sup>(15,21,23,25)</sup>.

Destaca-se que, até por volta das décadas de 1940 e 1950, a maioria dos nascimentos acontecia no domicílio com a mulher geralmente rodeada por parentes, vizinhas e parteiras. A partir dessa época, principalmente nos países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, os nascimentos passaram a ocorrer em hospitais, com a prerrogativa de melhorar a segurança para a mãe e criança. Com essa mudança, o nascimento no ambiente hospitalar passou a ser o padrão seguido em todo o mundo contemporâneo<sup>(37)</sup>.

Outro aspecto relacionado ao ambiente é que as gestantes, durante o processo de parturição, vivenciam fatores estressantes que podem ser exacerbados pelo seu estado emocional, como a dor, medo e ansiedade. Essas estressores são, em geral, produzidos pelo próprio ambiente hospitalar, o qual por vezes é impessoal, frio e desconhecido para a mulher e sua família<sup>(13)</sup>.

Nesta revisão, destaca-se a influência do ambiente como fator predisponente para as experiências positivas ou negativas de trabalho de parto e parto<sup>(12,13-27)</sup>. Foi observado que nas instituições que possuem centros obstétricos tradicionais, o uso de práticas facilitadoras do trabalho de parto é reduzido<sup>(12,16,26)</sup>.

A privacidade, o conforto e o suporte psicológico são valorizados pelas mulheres no cuidado apropriado no parto. Estudos reconhecem ainda que ambientes como CPN e Casa de Parto permitem que a assistência ocorra de forma mais humanizada, já que esses ambientes são agradáveis e acolhedores. Assim, privilegiam o cuidado individualizado, o conforto e a maior participação da mulher<sup>(13,18)</sup>.

Portanto, o ambiente favorável é condição essencial para confortar e conferir a sensação de aconchego, proteção e bem-estar à pessoa que recebe cuidados. Isso favorece a segurança e o alívio das sensações dolorosas do processo parturitivo e oportuniza a participação ativa das mulheres e família nas práticas de cuidado, de forma a valorizar sua autonomia nos processos decisórios<sup>(18)</sup>.

Na categoria 5 intitulada “Satisfação profissional que reflete na qualidade do cuidado”, observou-se que a maioria dos estudos teve o enfermeiro obstetra como atuante no cuidado à gestante de risco habitual<sup>(16,21,26)</sup>.

O Ministério da Saúde, na década de 1990, instituiu a PHPN. Este programa busca modificar o modelo de assistência centrado no profissional médico, pautado na medicalização e na intervenção, para uma assistência pautada nos preceitos da humanização. Uma das estratégias adotadas por esta política foi a hierarquização da assistência ao parto, com a inserção de enfermeiras obstetras no cuidado às parturientes de risco habitual, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus<sup>(26,39)</sup>.

Dessa forma, é recomendado que os gestores incentivem a inclusão do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual, visto que o cuidado prestado por esses profissionais está associado às mudanças

nas práticas e rotinas institucionais, o que gera vantagens em relação à redução de intervenções, maior satisfação das mulheres e início precoce da amamentação<sup>(35)</sup>.

A satisfação profissional também foi apontada como caminho para a oferta de um cuidado humanizado permeado de sensibilidade, gratidão e realização profissional<sup>(15,26)</sup>. Ademais, em um estudo analisado, o autor afirma que a satisfação profissional está relacionada com a boa interação entre os membros da equipe de saúde<sup>(19)</sup>.

A comunicação interpessoal também é um fator que impacta diretamente na assistência prestada. Um estudo<sup>26</sup> relata algumas dificuldades no relacionamento entre os médicos obstetras e enfermeiros obstetras. Foi observado que, em determinadas situações, os médicos não respeitam, não aceitam ou não consideram o trabalho dos enfermeiros.

A partir dos achados de outro estudo<sup>(16)</sup>, pode-se verificar as circunstâncias que interferem ou até mesmo prejudicam o cuidado de enfermagem. Isso se dá a partir da grande quantidade de atribuições, da superlotação e das comunicações estabelecidas no ambiente de trabalho que são vistas de modo negativo para prestação do cuidado humanizado à parturiente.

Além disso, a sobrecarga ocasionada pela precariedade de recursos humanos e baixa remuneração podem repercutir diretamente na satisfação pessoal. Aspectos institucionais, tais como, a falta de protocolos e as más condições de trabalho também prejudicam o desempenho de uma assistência atenta e qualificada<sup>(19,26)</sup>. Nesse sentido, a humanização não deve ser vista apenas como uma técnica ou uma intervenção, mas como um meio de estreitar as relações entre profissionais de saúde<sup>(39)</sup>.

Este estudo tem como limitação o fato de não ter incluído os manuais e protocolos que recomendam as práticas assistenciais ao parto e nascimento. Acrescenta-se que esta revisão integrativa contribuirá para a assistência do enfermeiro ao parto e nascimento, uma vez que aborda as principais evidências acerca do cuidado humanizado.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou as evidências acerca da assistência da enfermagem obstétrica à mulher parturiente. No que diz respeito às boas práticas obstétricas, o olhar individualizado; o respeito à singularidade e às vivências prévias da mulher o apoio; o acolhimento; o ambiente e o vínculo oferecido às pacientes pelos profissionais que assistem ao trabalho de parto e parto, foram essenciais para o cuidado individualizado.

No entanto, ficou claro que apesar das mudanças ocorridas na assistência obstétrica contemporânea, algumas instituições ainda prestam um cuidado predominantemente tecnicista com base em práticas desaconselhadas pelas evidências atuais.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com a finalidade de ampliar o debate acerca da assistência de enfermagem ao parto e nascimento, bem como contribuir com a implementação da humanização do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Shachar BZ, Mayo JA, Lyell DJ, Baer RJ, Jelliffe-Pawłowski LL, Stevenson DK, Shaw GM. Interpregnancy interval after live birth or pregnancy termination and estimated risk of preterm birth: a retrospective cohort study. *BJOG*. 2016;123(12):2009-17. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14165>
2. Hildingsson I, Haines H, Karlström A, Nystedt A. Presence and process of fear of birth during pregnancy: findings from a longitudinal cohort study. *Women Birth*. 2017;30(5):e242-e7. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.003>
3. Matos GCD, Demori CC, Escobal APDL, Soares MC, Meincke SMK, Gonçalves KD. Groups of pregnant women: space for a humanization of labor and birth. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2017;9(2):393-400. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400>
4. Baldisserotto ML, Filha MMT, Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study 2011-2012. *Reprod Health*. 2016;13(3):199-206. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>

5. Regis FSJ, Feijó GV. Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes "O renascimento do parto 1 e 2". *Discurso Soc* [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 13];1(1):118-38. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Marcas-da-colonialidade-no-movimento-pela-do-parto-Regis-Feij%C3%B3/ce31bd44e64c45569e9d0d860b35f0804db8e89e>
6. Curtin M, Savage E, Leahy-Warren P. Humanisation in pregnancy and childbirth: a concept analysis. *J Clin Nurs*. 2020;29(9-10):1744-57. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>
7. Duarte M, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Care technologies in obstetric nursing: contribution for the delivery and birth. *Cogitare Enferm*. 2019;24(1):e54164. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>
8. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Ad Nurs*. 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
9. Critical Appraisal Skills Programme. Critical Appraisal Checklists [Internet]. Oxford: CASP; 2020 [cited 2022 Mar 13]. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 599 p.
11. Minayo MCS. Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2007. 416 p.
12. Frello AT, Carraro TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Rev Eletrôn Enferm*. 2010;12(4):660-8. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>
13. Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para a humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Rev Min Enferm*. 2013;17(3):524-30. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130039>
14. Zveiter M, Souza IEO. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):86-92. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150012>
15. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [cited 2022 Mar 13];19(2):249-54. Available from: [Percepção\\_de\\_puerperas\\_acerca\\_do\\_cuidado\\_de\\_enfermagem\\_durante\\_o\\_trabalho\\_de\\_parto\\_e\\_parto](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x).
16. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Pandoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 13];38(4):511-7. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027991013.pdf>
17. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):424-31. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
18. Nascimento NM, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMS. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):456-61. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300004>
19. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 13];5(4):743-54. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767959>
20. Rodrigues DP, Silva RM, Fernandes AFC. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2006 [cited 2022 Mar 13];14(2):232-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-433042>
21. Couto GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(2):190-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200007>
22. Silva TF, Costa GAB, Pereira ALDF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):82-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21116>
23. Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Esc Anna Nery*. 2008;12(4):717-25. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400016>
24. Chneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2022 Mar 13];10(3):240-6. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v10n3a06.pdf>

25. Souza MG, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Sá AMP. Concern of primiparous women with regard to labor and birth. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2015;7(1):1987–2000. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1987-2000>
26. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na zona leste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):546–51. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400009>
27. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel GT, Moro ASS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):94–101. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>
28. Caus ECM, Santos EKAD, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):34–40. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100005>
29. Sousa AMM, Souza KVD, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):324–31. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
30. Guida NFB, Pereira ALDF, Lima GPV, Zveiter M, Araújo CLF, Moura MAV. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Rev Rene*. 2017;18(4):543–50. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017>
31. Quadros JS, Reis TLDR, Colomé JS. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. *Rev Rene*. 2016;17(4):451–58. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400003>
32. Correia S, Santos AAP, Oliveira JM, Comassetto I, Lima GKS, Ferreira DCS. Cuidados de Enfermagem prestados à parturiente adolescente sob a luz da Teoria de Wanda Horta. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2017;9(3):857–66. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.857-866>
33. Camacho ENPR, Teixeira WL, Gusmão AC, Carmo LFD, Cavalcante RL, Silva EFD. Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing [Internet]*. 2019 [cited 2022 Mar 13];22(257):3193–8. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/257/pg23.pdf>
34. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLDL, Backes DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):1313–9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-066>
35. Göttems LBD, Carvalho EMP, Carvalho PA, Santana LA. Adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e análise da confiabilidade de um instrumento pelo alfa de Cronbach. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2018;10(1):272–5. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.272-275>
36. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e4080014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>
37. Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs. Ethics*. 2019;26(7–8):214757. <https://doi.org/10.1177/0969733018819119>
38. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2018;10(1):173–9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179>
39. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c3>

# ANÁLISE DO CONCEITO “VÍNCULO” ENTRE A MULHER COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEU BEBÊ: REVISÃO INTEGRATIVA

**Erica Nadir da Silva<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-5720-7860

**Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-7554-2662

**Suzana de Oliveira Mangueira<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-0931-8675

<sup>I</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Erica Nadir da Silva  
E-mail: [erica.nadir@ufpe.br](mailto:erica.nadir@ufpe.br)



## Cómo citar:

Silva EN, Mendes RCMG, Mangueira SO. Análise do conceito “vínculo” entre a mulher com depressão pós-parto e seu bebê: revisão integrativa. In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 27-37. <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c03>

Revisora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amelia de Souza. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Centro Acadêmico de Vitória (CAV).

## INTRODUÇÃO

O processo de transição da gravidez para a maternidade representa uma mudança vital para a mulher e pode afetar negativamente o seu bem-estar psicológico, social e fisiológico, tornando-a mais vulnerável à ocorrência dos transtornos de humor, a exemplo da Depressão Pós-Parto (DPP)<sup>(1)</sup>.

Mundialmente, a DPP apresenta prevalência significativa, pois aproximadamente cerca de 60,8% das mulheres apresenta esse transtorno. A DPP é caracterizada por sentimentos negativos, tais como: extrema tristeza, ansiedade, desesperança, irritabilidade, indiferença, alterações na alimentação, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar de si mesmo e dos outros<sup>(2)</sup>.

De modo geral, os sintomas da DPP são semelhantes ao quadro clínico do transtorno depressivo maior, acrescido de particularidades voltadas à maternidade e ao papel de mãe<sup>(3)</sup>. Embora não tenha etiologia clara, a DPP pode estar associada a fatores sociais, fisiológicos e genéticos. Além dos efeitos sobre a mãe, esse transtorno também influencia negativamente a saúde, o desenvolvimento e o comportamento da criança<sup>(4)</sup>.

Os sintomas da DPP dificultam o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê. Mães com DPP apresentam menos sintonia e sensibilidade em relação a seus filhos e são mais propensas a interromper precocemente a amamentação, o que leva a perda dos benefícios deste ato para a saúde de ambos<sup>(2)</sup>. Além disso, tendem a realizar com menor frequência atividades de enriquecimento com o filho, a exemplo de leituras, cantos, histórias e jogos. Tais atividades de interação são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo, social, emocional e físico da criança<sup>(5)</sup>.

Diante desse contexto, o enfermeiro apresenta um papel importante para rastrear e avaliar a DPP, uma vez que acompanha a mulher desde o planejamento da gravidez



até o puerpério<sup>(4)</sup>. Esse profissional pode realizar assistência no ciclo gravídico-puerperal fundamentada no Processo de Enfermagem (PE), que é um instrumento utilizado para guiar as decisões que precisam ser tomadas no dia a dia prático do enfermeiro<sup>(6)</sup>.

Dentre as etapas do PE, destaca-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE) que, segundo a taxonomia da NANDA-I, é definido como um julgamento clínico que o enfermeiro faz com base nas respostas do indivíduo, da família e/ou da comunidade, frente a problemas relacionados à saúde e aos processos vitais reais ou potenciais<sup>(7)</sup>.

Em 1994, a taxonomia da NANDA-I introduziu o DE “Risco de Vínculo Prejudicado”, foco deste estudo. Tal diagnóstico tem nível de evidência 2.1 e está inserido no domínio “Relações familiares” e na classe “Papéis e relacionamentos”. Este DE é definido como: “susceptibilidade à ruptura do processo interativo, entre pais ou pessoa significativa e a criança, que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado”<sup>(7)</sup>.

Os DE presentes na NANDA-I contém os seguintes elementos: título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco, populações em risco e condições associadas<sup>(7)</sup>. O DE em estudo consta na taxonomia com oito fatores de risco, uma população em risco e nenhuma condição associada.

Por meio de uma busca prévia na literatura, foi possível observar que ainda não há estudos que realizaram a validação do DE Risco de vínculo prejudicado entre a mulher com depressão pós-parto e o seu bebê. Nesse sentido, a análise de conceito como primeira etapa dos estudos de validação de DE deve ser realizada e tem como finalidade investigar se os seus elementos estão adequados ou precisam ser revisados. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar o conceito “vínculo” entre a mulher com DPP e o seu bebê.

## MÉTODO

Trata-se de uma análise de conceito, a qual foi fundamentada no referencial teórico de Walker e Avant<sup>(8)</sup> e realizada por meio de uma revisão integrativa, simultaneamente. Essa análise faz parte da primeira etapa dos estudos de validação de DE. Walker e Avant<sup>(8)</sup> propõem oito etapas, a saber: 1. Selecionar o conceito; 2. Definir o objetivo da análise; 3. Identificar os usos do conceito; 4. Estabelecer os atributos que o define; 5. Identificar os casos modelos; 6. Identificar os casos adicionais; 7. Identificar os antecedentes e os consequentes do conceito; e 8. Determinar os referenciais empíricos.

A primeira etapa consiste em selecionar um conceito que apresenta relação com a temática a ser estudada e que tenha emergido de questionamentos<sup>(8)</sup>. Neste estudo, o conceito escolhido foi o da taxonomia da NANDA-I “vínculo”. Já na segunda etapa, o pesquisador necessita definir o objetivo de análise<sup>(8)</sup>. Para este estudo, o objetivo foi analisar o conceito “vínculo” entre a mulher com DPP e o seu bebê.

A identificação dos usos do conceito corresponde à etapa seguinte. Nela, o pesquisador busca conhecer todos os seus significados por meio de dicionários, enciclopédias e literatura, além de procurar conceitos que estão relacionados ao objetivo de estudo<sup>(8)</sup>. Esta etapa foi realizada por meio da Revisão Integrativa.

A quarta etapa consiste em estabelecer a definição dos atributos críticos definidores do conceito, sobretudo as suas características que aparecem mais de uma vez. Esses atributos são utilizados para revisar a definição do DE<sup>(9)</sup>. Essa etapa também foi realizada por meio da revisão integrativa.

A quinta e a sexta etapa visam identificar os casos modelos e os casos adicionais, respectivamente. Os casos modelos podem ser elaborados ou identificados na literatura com a exemplificação de uma situação em que todos os atributos críticos do conceito estão presentes. Os casos adicionais ajudam na definição do que pode ou não ser considerado como atributo definidor, clarificando o conceito analisado. Esses casos podem ser do tipo limítrofes, relacionados, inventados, construídos ou contrários, bem como podem ser provenientes da vida real e da literatura<sup>(8)</sup>. Para este estudo, foram elaborados o caso modelo e o caso adicional do tipo contrário.

A sétima etapa consistiu em identificar os antecedentes e os consequentes do conceito. A identificação desses elementos deixa significativamente claro o contexto social no qual o conceito é normalmente utilizado. Entende-se por antecedentes os eventos ou acontecimentos que precisam anteceder a ocorrência

do conceito. Já os consequentes são os eventos ou acontecimentos que acontecem como resultados da ocorrência do conceito<sup>(8)</sup>.

Pelo o fato de o DE em estudo se tratar de um diagnóstico de risco, não foram identificados os consequentes, mas sim, os atributos e os antecedentes por meio da revisão integrativa. Os atributos serão utilizados para revisar a definição do DE e os antecedentes para revisar os fatores de risco, populações em risco e condições associadas do DE.

A última etapa foi a determinação dos referenciais empíricos. Esses referenciais são definidos como classes ou categorias do fenômeno atual que, pela sua existência ou presença, apontam a ocorrência do conceito em si<sup>(8)</sup>. Essa etapa destaca-se por permitir a construção de definições conceituais e operacionais dos elementos que compõem o conceito. Foram utilizados artigos e manuais acerca da temática para a construção das definições.

Destaca-se que a revisão integrativa da literatura foi executada por meio de cinco etapas: 1. Identificação do problema; 2. Busca na literatura; 3. Avaliação dos dados; 4. Análise dos dados; e 5. Apresentação da revisão<sup>(10)</sup>. Esta foi realizada com a finalidade de operacionalizar a terceira, a quarta e a sétima etapa da análise de conceito.

A construção da pergunta norteadora da revisão integrativa foi realizada mediante a estratégia PICO<sup>(11)</sup> (P – População: mulher com depressão pós-parto e o seu bebê; I – Fenômeno de interesse: atributos e antecedentes do conceito vínculo; e Co – Contexto: depressão pós-parto). Sendo assim, a questão que norteou a revisão integrativa foi: quais os atributos e os antecedentes do conceito “vínculo” entre a mulher com DPP e o seu bebê?

A busca na literatura ocorreu no mês de fevereiro de 2022 por meio do acesso remoto da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) do Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas seguintes bases de dados: CINAHL, Medline/Pubmed e Scopus. Todos os descritores utilizados na busca estão indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH).

O cruzamento dos descritores foi feito com o operador *booleano* AND, aplicado para combinação aditiva, sendo o descritor “Nursing” utilizado como marcador e cruzado com os demais. Dessa forma, tem-se as seguintes estratégias de busca: (“Nursing” AND “Depression, Postpartum”); (“Nursing” AND “Mother-child Relations”); (“Nursing” AND “Puerperal Disorders”). Salienta-se que em todas as bases foi selecionado o campo *Abstract*.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos de pesquisa publicados entre 2016 a 2021, sem recorte de idioma e que respondessem à pergunta norteadora. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, cartas ao editor, artigos de revisão, artigos de reflexão, relatos de experiência, livros, capítulos de livros, editoriais, resumos de congressos/conferências, protocolos, comentários/críticas e monografias.

Ao realizar a busca, os estudos foram exportados para o *software* gerenciador de referências *EndNote*, onde foram removidos os duplicados. Além disso, esses dados foram exportados para o aplicativo *Rayyan*, com o objetivo de auxiliar no arquivamento, organização e seleção dos mesmos.

Por intermédio do *Rayyan*, os títulos e os resumos dos estudos foram lidos por dois pesquisadores independentes. Posteriormente, os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Sendo assim, foram selecionados os artigos que compuseram a amostra final com base nos critérios de elegibilidade.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento validado para estudos de revisão integrativa, o qual foi adaptado para esta pesquisa com a inclusão de um questionamento acerca dos atributos e dos consequentes do conceito em estudo<sup>(12)</sup>.

Para a classificação do nível de evidência, os estudos foram classificados em: Nível I – evidências oriundas de revisão sistemática, metanálise ou de diretrizes clínicas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II – evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; Nível III – evidências oriundas de ensaios clínicos bem delineados sem aleatorização; Nível IV – evidências oriundas de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e Nível VII – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou de relatório de especialistas<sup>(13)</sup>.

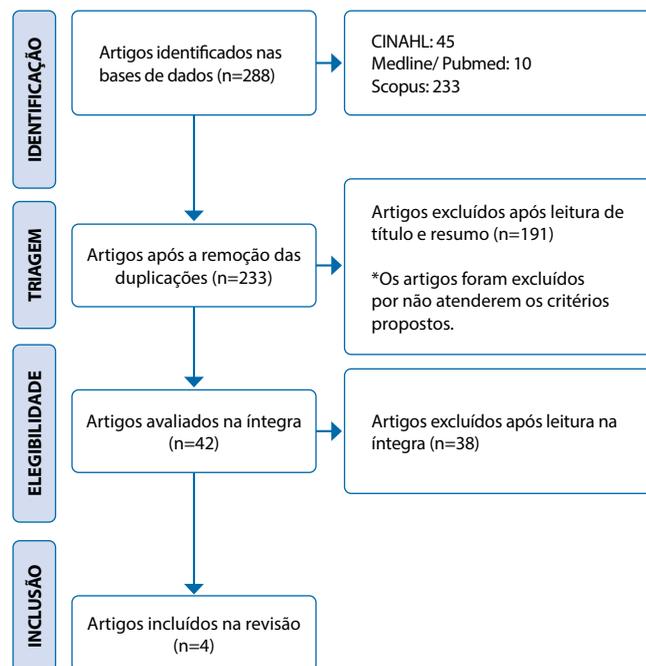
A avaliação do rigor metodológico ocorreu por meio do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, em que os estudos que obtiveram de seis a 10 pontos foram classificados como nível A - viés reduzido e boa qualidade metodológica. Já os artigos com no mínimo cinco pontos foram classificados como nível B - um risco de viés elevado<sup>(14)</sup>.

Na análise de dados, foi realizada a comparação dos elementos do DE da NANDA-I "Risco de Vínculo Prejudicado" com os atributos e os antecedentes do conceito "vínculo" identificados na extração dos dados.

## RESULTADOS

Foram identificados os elementos que caracterizam o conceito (atributos) e os antecedentes (fatores de risco, populações em risco e condições associadas). Para a identificação dos antecedentes, foram analisados os eventos que afetam negativamente o vínculo entre a mulher com DPP e o seu bebê.

A busca nas bases de dados identificou 288 estudos. Desses, 55 foram removidos porque estavam duplicados. Foram lidos os títulos e os resumos de 233 estudos e 191 foram excluídos porque não atendiam aos critérios de elegibilidade. Ficaram 42 estudos para leitura na íntegra, dos quais 38 foram excluídos porque não respondiam à pergunta de pesquisa. A amostra final foi composta por quatro artigos (Figura 1).



Fonte: Elaborada pelos autores.

**Figura 1** - Fluxograma da seleção dos estudos da revisão integrativa. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2022.

Todos os artigos elencados para esta revisão estavam indexados na base de dados Scopus, sendo publicados na Alemanha, nos Estados Unidos, na Indonésia e em Taiwan. Quanto ao ano de publicação, houve variação entre os anos 2017 e 2021, sendo o ano de 2018, predominante quanto às publicações referentes à questão desta pesquisa (n= 2).

O idioma predominante foi o inglês (n=3) e todos os estudos apresentaram bom rigor metodológico (6 a 10 pontos no CASP). Ademais, metade dos estudos era do tipo coorte, que corresponde ao nível de evidência IV, e a outra era estudo descritivo ou qualitativo, que correspondem ao nível de evidência VI.

Foram identificados cinco atributos e nove antecedentes do conceito, sendo oito antecedentes classificados como fatores de risco e um como condição associada (Quadro1).

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com título, ano, atributos, antecedentes, nível de evidência e rigor metodológico. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2022.

TÍTULO/ANO DE PUBLICAÇÃO	ATRIBUTOS	ANTECEDENTES	NÍVEL DE EVIDÊNCIA/ RIGOR METODOLÓGICO
<i>Mother-infant interaction quality and sense of parenting competence at six months postpartum for first-time mothers in Taiwan: A multiple time series design</i> <sup>(15)</sup> 2018	Interação mãe-bebê; relação mãe-bebê.	Fatores de risco: pouco senso de competência com o papel de mãe; pouca satisfação com o papel de mãe; comportamento negligente da mãe com o bebê; comportamento agressivo da mãe com o bebê.  Condição associada: depressão pós-parto.	VI A
<i>The influence of adolescent postpartum women's psychosocial condition on mother-infant bonding</i> <sup>(16)</sup> 2018	Vínculo mãe-bebê; relação mãe-bebê; interação mãe-bebê; ligação mãe-bebê	Fator de risco: hesitação da mãe em cuidar do seu próprio filho.  Condição associada: depressão pós-parto	VI A
<i>Impaired start into life: Long-term effects of postpartum depression and the role of maternal interactional behavior</i> <sup>(17)</sup> 2017	Interação mãe-bebê	Fatores de risco: pouca sensibilidade da mãe em relação ao filho; capacidade de resposta em relação ao filho diminuída.  Condição associada: depressão pós-parto	IV A
<i>Breastfeeding Difficulties Predict Mothers' Bonding with Their Infants from Birth to Age Six Months</i> <sup>(18)</sup> 2021	Vínculo mãe-filho; relação mãe-bebê; proximidade mãe-bebê; ligação mãe-bebê; interação mãe-bebê; conexão mãe-filho	Fator de risco: dificuldades na amamentação	IV A

Fonte: Elaborado pelos autores.

Alguns atributos: conexão mãe-filho, ligação mãe-bebê e proximidade mãe-bebê, já estão contemplados dentro do significado de outro atributo encontrado, o de relação mãe-bebê. Com isso, apenas este foi incluído na análise. Vale salientar que tanto o atributo relação mãe-bebê quanto a interação mãe-bebê, também identificado no estudo, já estão contemplados dentro do núcleo conceitual da definição do DE Risco de vínculo prejudicado, no entanto, nenhum dos nove antecedentes identificados constam na taxonomia da NANDA-I.

No Quadro 2, a seguir, são apresentados os atributos e os antecedentes identificados no estudo e a relação com os componentes do DE da NANDA-I.

Para exemplificar o que é o conceito “vínculo”, foi construído um caso modelo:

N.K.S., 23 anos, puérpera, veio à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta pós-natal. Relata estar se recuperando bem do parto e que tem tido uma boa experiência na adaptação ao seu novo papel, o de mãe. Diz saber da importância da amamentação exclusiva para a saúde da criança e para o estabelecimento de uma boa relação entre ela e o seu bebê. Por isso, deseja aumentar o seu conhecimento acerca dos fatores que contribuem para a interação mãe-bebê, pois entende que esse vínculo construído desde as primeiras semanas após o parto é essencial para manutenção das ligações afetivo-emocionais que perpetuam durante toda a vida, bem como para a sua saúde e, principalmente, para a saúde da criança.

**Quadro 2** - Correlação entre os elementos identificados na análise de conceito e os componentes do diagnóstico de enfermagem Risco de Vínculo Prejudicado proposto pela NANDA-I. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2022.

ANÁLISE DO CONCEITO “VÍNCULO”	ELEMENTOS DO DE “RISCO DE VÍNCULO PREJUDICADO” DA TAXONOMIA DA NANDA-I	OBSERVAÇÕES
<p><b>Atributos:</b> Interação mãe-bebê<sup>(15-18)</sup>; Relação mãe-bebê.<sup>(15,16,18)</sup>.</p>	<p><b>Definição do diagnóstico:</b> Suscetibilidade à ruptura do <b>processo interativo</b>, entre pais ou pessoa significativa e a criança, que promove o desenvolvimento de uma <b>relação</b> recíproca de proteção e cuidado<sup>(7)</sup>.</p>	<p>Os atributos identificados estão contemplados na definição do diagnóstico.</p>
<p><b>Antecedentes (fatores de risco):</b> Pouco senso de competência com o papel de mãe<sup>(15)</sup>; Pouca satisfação com o papel de mãe<sup>(15)</sup>; Comportamento negligente da mãe com o bebê<sup>(15)</sup>; Comportamento agressivo da mãe com o bebê<sup>(15)</sup>; Hesitação da mãe em cuidar do seu próprio filho<sup>(16)</sup>; Pouca sensibilidade da mãe em relação ao filho<sup>(17)</sup>; Capacidade de resposta em relação ao filho diminuída<sup>(17)</sup>; Dificuldades de amamentação<sup>(18)</sup>.  <b>Antecedentes (condição associada):</b> Depressão pós-parto<sup>(15-18)</sup>.</p>	<p><b>Fatores de risco:</b> Abuso de substâncias, ansiedade, barreira física, comportamento desorganizado do lactente, conflito do (a) pai/mãe devido a comportamento desorganizado do lactente, doença da criança impede o início do contato com pai/mãe, incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais, privacidade insuficiente, separação pais/filho<sup>(7)</sup>.  <b>População em risco:</b> Lactente prematuro<sup>(7)</sup>.</p>	<p>Observa-se que os antecedentes identificados não estão correlacionados aos fatores de riscos presentes na NANDA-I.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Além disso, para demonstrar o que o conceito não representa, elaborou-se também um caso adicional, do tipo contrário:

*A.M.C.L., 25 anos, veio à UBS para consulta puerperal quatro semanas após o parto. Ela relata sentir-se triste, angustiada, com insônia, sem interesse para as atividades diárias e sem apetite. Além disso, julga ser incapaz de cuidar da criança e reclama da dificuldade para estabelecer uma relação com o seu bebê. Com isso, frequentemente tem um comportamento agressivo com o filho e sente que deveria ter mais sensibilidade para com ele. Ainda, diz que a falta de interação com a criança também causa problemas com o seu esposo e outros familiares. A enfermeira identifica um potencial para depressão pós-parto, o que pode levar ao comprometimento da saúde do binômio mãe-filho. O enfermeiro, assim como o médico, discute essa situação com A.M.C.L., fornecendo informações sobre o seu estado que contribui para o risco de vínculo prejudicado entre ela e o seu bebê, bem como para os potenciais efeitos adversos para a sua saúde e de seu filho.*

As definições conceituais e operacionais dos antecedentes foram construídas e serão apresentadas a seguir (Quadro 3).

**Quadro 3** - Definições conceituais e operacionais dos fatores de risco e da condição associada. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2022.

FATORES DE RISCO
<p><b>1. Pouco senso de competência com o papel de mãe</b></p>
<p><b>Definição conceitual:</b> Diminuição das expectativas e das crenças que a mãe tem acerca da sua capacidade para desempenhar o seu papel de maneira competente e eficaz<sup>(19)</sup>.</p>
<p><b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio de aplicação da <b>Escala de Senso de Competência Parental (PSOC)</b> para investigar sobre o senso de competência com o papel de mãe. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará a escala à mulher com depressão pós-parto. Os autores da escala não mencionam um ponto de corte e, por isso, o resultado total será obtido por meio da soma dos itens. Quanto menor for a pontuação, menor é o senso de competência parental.</p>

Continua

Continuação do Quadro 3

FATORES DE RISCO
<b>2. Pouca satisfação com o papel de mãe</b>
<b>Definição conceitual:</b> Diminuição da percepção de prazer e de gratificação derivados do papel materno <sup>(20)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio de aplicação da <b>Escala de Satisfação Parental</b> para investigar sobre a satisfação com o papel de mãe. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à mulher com depressão pós-parto. Os autores da escala não mencionam um ponto de corte e, por isso, o resultado total será obtido por meio da soma dos itens. Quanto menor for a pontuação, menor é a satisfação
<b>3. Comportamento negligente da mãe com o bebê</b>
<b>Definição conceitual:</b> Situação em que a mãe deixa de prover as necessidades físicas, emocionais ou educacionais da criança, a exemplo de: falhar em alimentar, vestir de maneira inadequada os seus filhos, não os medicar quando necessário, não educar, negar afeto e não evitar acidentes <sup>(21)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O item será avaliado por meio da escala <b>The Parent-Report Multidimensional Neglectful</b> para investigar sobre o comportamento negligente da mãe com o bebê. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará a escala à mulher com depressão pós-parto. Os autores da escala não mencionam um ponto de corte e, por isso, o resultado total será obtido por meio da soma dos itens. Quanto menor for a pontuação, maior é a negligência.
<b>4. Comportamento agressivo da mãe com o bebê</b>
<b>Definição conceitual:</b> Forma que a mãe resolve os conflitos pela coerção física ou psicológica do bebê, podendo se apresentar de maneira explícita e/ou apresentar-se de forma implícita <sup>(22)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio do relato verbal de ter comportamento agressivo (coerção física e/ou psicológica). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a mulher quanto a sua forma de resolver os conflitos. Será considerado comportamento agressivo com o bebê quando pelo menos um dos fatores (coerção física e/ou psicológica) estiver presente.
<b>5. Hesitação da mãe em cuidar do seu próprio filho</b>
<b>Definição conceitual:</b> Atraso da mãe em aceitar ou recusar em adaptar-se às demandas do bebê, a exemplo do sono, alimentação e higiene <sup>(23-25)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio do relato verbal de ter dificuldades para adaptar-se aos cuidados com o bebê. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar quanto às dificuldades para adaptar-se aos cuidados com o bebê (relacionado ao sono, alimentação e/ou higiene). Será considerada hesitação da mãe em cuidar do próprio filho quando pelo menos um dos fatores (sono, alimentação e/ou higiene) estiver presente.
<b>6. Pouca sensibilidade da mãe em relação ao filho</b>
<b>Definição conceitual:</b> Redução da capacidade da mãe em ter atenção aos cuidados infantis, ser precisa na interpretação dos sinais, ter uma resposta apropriada aos sinais e do tempo que precisa ter para responder às solicitações da criança <sup>(26)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio de aplicação da <b>Escala de Investimento Parental na criança</b> para investigar sobre a sensibilidade da mãe para com o filho. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o questionário à mulher com depressão pós-parto. Os autores da escala não mencionam um ponto de corte e, por isso, o resultado total será obtido por meio da soma dos itens, quanto menor for a pontuação, menor é a sensibilidade.
<b>7. Capacidade de resposta em relação ao filho diminuída</b>
<b>Definição conceitual:</b> Redução da capacidade da mãe em responder ao bebê nos momentos adequados com sorriso, fala, vocalização ou o pegando no colo, por exemplo <sup>(27)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio de aplicação do <b>Instrumento Sobre o Laço Mãe e Bebê (LMBB)</b> , a partir da expectativa materna, para investigar sobre a capacidade de resposta da mãe para com o filho. Durante o procedimento de coleta, o examinador aplicará o instrumento à mulher com depressão pós-parto. Os autores da escala não mencionam um ponto de corte e, por isso, o resultado total será obtido por meio da soma dos itens, quanto menor for a quantidade itens marcados com “SIM”, menor é a capacidade de resposta.

Continua

Continuação do Quadro 3

FATORES DE RISCO
<b>8. Dificuldades de amamentação</b>
<b>Definição conceitual:</b> Impasse para o estabelecimento da amamentação influenciado pelas condições emocionais da mãe <sup>(28)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O item será avaliado por meio do relato verbal de ter dificuldades para estabelecer a amamentação devido a fatores da depressão pós-parto (autoestima baixa, crença de ser incapaz de amamentar devido aos medos, angústias e receios, considerar-se insuficiente para sustentar o bebê e outros). Durante o procedimento de coleta, o examinador irá questionar a mulher quanto às dificuldades para a amamentação. Será considerada dificuldades de amamentar quando a mulher relatar a dificuldade em amamentar.
CONDIÇÃO ASSOCIADA
<b>1. Depressão pós-parto</b>
<b>Definição conceitual:</b> Condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que muitas mulheres têm no puerpério <sup>(29)</sup> .
<b>Definição operacional:</b> O fator será avaliado por meio da observação dos dados em prontuários médicos. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar os prontuários médicos para se certificar do diagnóstico de Depressão Pós-Parto (DPP). Quando este não estiver presente, será aplicada a <b>Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)</b> . A pontuação mínima para determinar uma possível depressão será maior que 10.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

## DISCUSSÃO

Ao analisar os artigos que compuseram a amostra final deste estudo, observou-se que a maioria foi publicada nos últimos cinco anos. Isso demonstra o interesse recente pelo desenvolvimento de pesquisas que envolvem a temática. Além disso, apesar de haver uma diversidade quanto aos países de publicação, nenhum desses artigos foi publicado no Brasil, o que corrobora os achados do estudo de Greinert e colaboradores<sup>(30)</sup>, que traz que a DPP é um transtorno com alta prevalência no país, com uma porcentagem de cerca de 26,3% dos casos. Logo, trata-se de um importante problema de saúde pública.

As definições dos DE contidos na NANDA-I, bem como as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e condições associadas são baseadas em evidências científicas<sup>(7)</sup>. Na análise de conceito, a identificação de atributos pode subsidiar a realização de uma nova definição para o diagnóstico<sup>(31)</sup>. Os atributos “relação mãe-bebê” e “interação mãe-bebê” foram identificados nesta análise. Estes já estão inseridos dentro do núcleo conceitual do DE “Risco de vínculo prejudicado”, com isso, não será sugerida a revisão de sua definição.

Tem-se que grande parte das mulheres apresentam um forte vínculo mãe-bebê e que o vínculo prejudicado pode ocorrer entre 6 e 41% das díades. O processo para formação de vínculo materno-infantil saudável é um dos processos psicológicos mais relevantes para a mãe no período pós-parto, assim como para a criança em seu primeiro ano de vida, pois contribui para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento futuro<sup>(2)</sup>. A DPP pode causar atraso no funcionamento cognitivo, desajuste emocional, comportamento violento e distúrbios psiquiátricos nas crianças<sup>(3)</sup>.

Destaca-se que a DPP foi o antecedente (condição associada) foco deste estudo. Tal problema apresenta mundialmente uma prevalência que varia entre 5% a 60,8%<sup>(2)</sup>. Embora apresente relevância para este fenômeno, na taxonomia da NANDA-I não consta essa condição associada para o DE em estudo.

Apesar de não ter a sua etiologia clara, existem alguns fatores de risco que podem contribuir para que a mulher chegue a desenvolver o vínculo prejudicado no contexto da DPP, a exemplo de: histórico familiar, variações hormonais, baixo nível socioeconômico, gravidez não desejada e violência por parceiro íntimo<sup>(4)</sup>.

Mães com esse tipo de transtorno apresentam relações mãe-bebê que se caracterizam por desligamento, hostilidade e intrusão. Sendo assim, pensamentos negativos sobre sua confiança nos cuidados com o bebê, ter práticas inadequadas de alimentação infantil e se considerar insubstancial para cuidar do filho são ações

e sentimentos que podem acontecer na DPP<sup>(1)</sup>. Ademais, essas mães tendem a se envolverem em práticas mais arriscadas, a exemplo de não colocar o bebê na posição recomendada para dormir e não utilizar assento de carro adequado, quando comparadas a mães não deprimidas<sup>(4)</sup>.

Esses achados se relacionam com outros antecedentes (fatores de risco) encontrados na análise, em que há o apontamento para um desajuste das mães com DPP no senso de competência e/ou satisfação com o papel de mãe, comportamento agressivo e/ou negligente para com o bebê<sup>(15)</sup>, dificuldades de amamentação<sup>(18)</sup>, capacidade de resposta em relação ao filho diminuída e pouca sensibilidade em relação ao filho<sup>(17)</sup>.

Mães com sintomatologia depressiva no pós-parto apresentam uma instabilidade afetiva por meio da raiva e da negligência aos cuidados maternos. Tais sentimentos sinalizam que, possivelmente, essas mulheres estão com dificuldades para superar os desafios dessa nova fase devido à inconsistência afetiva, logo não são capazes de ofertar o acolhimento genuíno ao filho<sup>(30)</sup>.

De acordo com dois estudos, mães com DPP apresentam menos falas direcionadas e menos toques físicos ao seu filho, essa diminuição na capacidade de interação pode acarretar desordens linguísticas, comportamentais, cognitivas e sociais à criança<sup>(5,30)</sup>. Além desses problemas, a mulher torna-se mais propensa a interromper a amamentação, visto que para que ocorra a sua manutenção, faz-se necessário o estabelecimento do vínculo mãe-bebê<sup>(30)</sup>.

O caso modelo apresentado neste estudo contempla os atributos e antecedentes encontrados na literatura para o conceito “vínculo” entre a mulher com depressão pós-parto e o seu bebê. Enquanto que no caso contrário tem-se a contradição dos elementos encontrados que representam o conceito em estudo. A importância de ilustrar o caso contrário deve-se ao fato dele ser uma representação da ocorrência do DE.

Diante dos achados, enfatiza-se que os profissionais de saúde necessitam estar atentos aos cuidados com a figura materna desde o planejamento gestacional, com vistas a identificar precocemente os fatores de risco para a DPP e favorecer a manutenção saudável do binômio mãe-bebê<sup>(5)</sup>.

Os resultados desta revisão subsidiaram a construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos que serão analisadas por juízes, durante a segunda etapa do estudo de validação de DE. Além disso, poderão contribuir para a atualização da taxonomia da NANDA-I, por meio de uma melhor definição e legitimação do conceito e incremento de seus componentes.

Vale destacar que na NANDA-I não há condições associadas para o DE em questão. Logo, a pesquisa torna-se importante para subsidiar a sua inserção. Ademais, enfatiza-se que a carência de estudos que abordam esta temática apresentou-se como uma limitação para a realização desta análise.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou analisar o conceito “vínculo” entre a mulher com DPP e o seu bebê. Foram identificados dois atributos já contemplados pela definição do DE em estudo. No entanto, nenhum dos nove antecedentes identificados para o diagnóstico estão contemplados na taxonomia da NANDA-I.

Recomenda-se a realização da validação de conteúdo por juízes e da validação clínica, com o objetivo de confirmar os resultados obtidos neste estudo. Além disso, espera-se que, com os achados deste estudo, o enfermeiro consiga identificar em sua prática clínica os antecedentes que podem prejudicar o vínculo entre a mulher com DPP e o seu bebê e intervir na prevenção do fenômeno.

## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos que me foi concebida à primeira autora do estudo, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

## REFERÊNCIAS

1. Puente CP, Suso-Ribera C, Rico SB, Marín D, Montero JSR, Catalá P. Association between Postpartum Depression and Early Maternal–Infant Relationships Contextually Determined by Avoidant Coping in the Mother? *Int J Environ Public Health*. 2021;18(2):562. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020562>
2. Lutkiewicz K, Bieleninik L, Cieślak M, Bidzan M. Maternal–Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5427. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>
3. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*. 2019;15(1):54. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
4. Alba BM. CE: Postpartum Depression: a nurse's guide. *Am J Nurs*. 2021;121(7):32-43. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000756516.95992.8e>
5. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(3):411-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300016>
6. Cruz DDALMD, Guedes EDS, Santos MAD, Sousa RMCD, Turrini RNT, Maia MM, Araújo SAN. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. *Rev Bras Enf*. 2016;69(1):183-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690126i>
7. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2020.
8. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in Nursing. 5ª ed. Harlow, UK: Pearson Education; 2013.
9. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowledge*. 2012;23(3):134-9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
10. Whittmore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-3. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
11. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014. The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://nursing.isuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>
12. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 16];14(1):124-31. Available from: <https://www.scielo.br/rj/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/?format=pdf&lang=pt>
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
14. Critical Appraisal Skills Programm. Critical Appraisal Checklists [Internet]. Oxford: CASP; 2018 [cited 2018 Jun 27]. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
15. Chung FF, Wan GH, Kuo SC, Lin KC, Liu HE. Mother-infant interaction quality and sense of parenting competence at six months postpartum for first-time mothers in Taiwan: a multiple time series design. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):365. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1979-7>
16. Fatmawati A, Rachmawati, IN, Budiati, T. The influence of adolescent postpartum women's psychosocial condition on mother-infant bonding. *Enferm Clin*. 2018;28(27): 203-6. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30068-8](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30068-8)
17. Hohm E, et al. Impaired start into life: Long-term effects of postpartum depression and the role of maternal interactional behavior. *Kindheit Entwicklung*. 2017;26(4):210-20. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
18. Roth MC, Humphreys KL, King LS, Gotlib IH; Robakis TK. Breastfeeding Difficulties Predict Mothers' Bonding with Their Infants from Birth to Age Six Months. *Matern. Child Health J*. 2021; 25(5):777-85. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03036-9>
19. Moura D, Sousa EMP, Santos WS, Sousa SLH. Escala de Senso de Competência Parental (PSOC): Evidências de validade e precisão em contexto brasileiro. *Rev Psicol*. 2020;11(2):94-109. <https://doi.org/10.36517/10.36517/revpsiufl.11.2.2020>
20. Ngai FW, Chan SWC, Ip WY. Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nur Res*. 2010;59(3):185-93. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb9ee>

21. Pasion, MS, Faleiros JM, Bazon MR, Lacharité C. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. *Pensando Fam*[Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 22];17(2):61-70. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200005)
22. Barbosa AJG, Santos AAA, Rodrigues MC, Furtado AV, Brito NM. Agressividade na infância e contextos de desenvolvimento: família e escola. *Psicol* [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 16];42(2): 228-35. Available from: <https://revistaseletronicas.pucre.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6791>
23. Madeira IR, Aquino LA. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. *J Pediatr*. 2003;79(1). <https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000700006>
24. Sehn AS, Lopes RCS. A Vivência Materna da Função de Cuidar no Período de Dependência da Criança. *Psic Teor Pesq*. 2019;35. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe8>
25. Vasconcelos ML, Pessoa VLMP, Chaves EMC, Pitombeira MGV, Moreira TMM, Cruz MR, et al. Cuidado à criança menor de seis meses no domicílio: experiência da mãe primípara. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0175>
26. Silva SSC, Pendu YL, Pontes FAR. Sensibilidade Materna Durante o Banho. *Psic Teor Pesq*. 2002;18(3):345-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000300015>
27. Ribas AFP, Moura LS, Ribas Junior RC. Responsividade materna: levantamento bibliográfico e discussão conceitual. *Psicol Reflex Crit*. 2003;16(1):137-45. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000100014>
28. Diehl JP, Anton MC. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. *Aletheia*[Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 18];34:47-60. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942011000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100005)
29. Ministério da Saúde (BR). Depressão-pós-parto. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [cited 2021 Jan 16]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>
30. Greinert BRM, Carvalho ER, Capel H, Marques AG, Milani RG. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. *Saude Pesqui*. 2018;11(1):81-8. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p81-88>
31. Oliveira KML, Silva TG, Perrelli JGA, Morais SCR, Linhares FMP, Manguieira SO. Proteção ineficaz em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas: análise de conceito. *Rev Eletr Enferm*. 2021;23. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65852>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c4>

# DESAFIOS NA INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS FAMILIARES

**Laís Helena de Souza Soares Lima<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0483-549X

**Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7554-2662

**Estela Maria Leite Meirelles Monteiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5736-0133

**Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6468-8826

**Maria Wanderléya de Lavor Coriolano Marinus<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7531-2605

**Francisca Márcia Pereira Linhares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9778-5024

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

## Autora Correspondente:

Laís Helena de Souza Soares Lima  
E-mail: laishelena18@gmail.com



## Cómo citar:

Lima LHSS, Mendes RCMG, Monteiro EMLM, et al. Desafios na inclusão escolar de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: a perspectiva dos familiares In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al, (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 38-49 <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c04>

Revisora: Thaís Araújo da Silva.  
Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

No âmbito da literatura internacional, as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde são denominadas *Children with Special Health Care Needs* (CSHCN)<sup>(1)</sup> e, no Brasil, CRIANES<sup>(2)</sup>. Estas têm especificidades em relação às demais crianças, por apresentarem condições de saúde que requerem cuidados especiais por serviços de saúde especializados e suportes sociais constantes, no atendimento às demandas para seu desenvolvimento<sup>(3)</sup>.

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que aproximadamente 150 milhões de crianças têm algum tipo de deficiência, o que aumenta o custo de vida, em média, em cerca de um terço da renda<sup>(4)</sup>. Além disso, os cuidados com essas crianças demandam capacitação dos familiares, dos profissionais de saúde e de outros profissionais, a exemplo dos educadores<sup>(5)</sup>.

Dentro dessa perspectiva, torna-se relevante considerar que, independentemente das limitações e diversidade das necessidades apresentadas por essas crianças, a inclusão social no âmbito escolar é necessária. Esse processo demanda uma organização da criança e da sua família, assim como dos educadores, visto que existem peculiaridades que precisam ser promovidas a nível interprofissional e intersetorial para a construção de um processo com amparo, integração e promoção da saúde<sup>(6-7)</sup>.

Um estudo mostrou que a família precisa estar preparada para auxiliar a criança no seu processo de escolarização, devendo ser orientada sobre as formas corretas de driblar as limitações causadas deficiência. Outro estudo, que observou a percepção da família de crianças com doenças crônicas no que se refere à inclusão escolar, demonstra que há uma ausência de condições favoráveis na escola para proporcionar a inclusão, o que gera prejuízos significativos tanto para criança quanto para a família, a qual por vezes não se sente participante do processo<sup>(8)</sup>.



Por ser considerada o meio para a amplitude social, a inclusão escolar das CRIANES é essencial para a aproximação e adaptação com o ambiente fora do domicílio e tem objetivo formar uma sociedade com oportunidades para todos os cidadãos. É na escola que acontece o convívio educacional e social, em que as crianças poderão se beneficiar das interações sociais e da apropriação da cultura na qual estão inseridas, o que favorece o seu pleno desenvolvimento<sup>(9-10)</sup>.

É comum que no âmbito escolar, as CRIANES apresentem dificuldades de aprendizagem, o que demanda a necessidade de acompanhamento por profissionais que possam criar ambientes de aprendizagens específicos, com vistas a proporcionar a compreensão de suas dificuldades e a superação de suas limitações<sup>(11)</sup>.

De acordo com o Decreto nº 7.611 de 2011, que dispõe sobre a educação especial, no Brasil, é dever do Estado garantir um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades<sup>(12)</sup>. Porém, na prática, existem algumas questões a serem enfrentadas nesse processo<sup>(13)</sup>. As condições oferecidas pelas escolas não são ideais, pois existem problemas como: a falta de recursos físicos adequados, de material pedagógico e de suporte pedagógico atrelado à inexistência de pessoal qualificado<sup>(14,15)</sup>.

Convém ressaltar que a consolidação do processo inclusivo não depende apenas das políticas públicas, ou apenas das escolas, mas de uma parceria com todos os atores envolvidos com o desenvolvimento da criança, o que inclui fundamentalmente sua família<sup>(15)</sup>.

O processo de inclusão escolar das CRIANES é favorecido por atitudes positivas dos familiares. A experiência vivida por estes indica que os mesmos têm um papel efetivo na positividade com a qual inserem seus filhos na escola, o que pode reforçar resultados incentivadores associados aos progressos sociais relativos ao movimento inclusivo<sup>(15)</sup>. Quando há uma real parceria entre a escola e família, os benefícios são conquistados, pois o desenvolvimento e a aprendizagem não serão apenas da criança, mas também do componente familiar<sup>(16)</sup>.

É preciso priorizar o vínculo entre família-criança-escola, salientando que considerar a família como parte desta tríade melhora a prestação de cuidados e favorece a qualidade da assistência<sup>(17-18)</sup>. Esse vínculo instrumentaliza e contribui para o empoderamento na tomada de decisões, além de estimular a estruturação de redes de apoio, minimizando o impacto causado pelos desafios que estão envolvidos no cuidar dessas crianças<sup>(19-20)</sup>.

Nesse contexto, é necessário realizar estudos acerca das dificuldades encontradas pelas famílias no que diz respeito à inclusão escolar de CRIANES, com a finalidade de subsidiar o cuidado a essas crianças e minimizar os obstáculos da integração destas no âmbito educacional. Assim, este estudo tem como objetivo identificar os desafios na inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que permite buscar, avaliar e sintetizar o conhecimento acerca de uma temática, bem como proporcionar um melhor aproveitamento das evidências produzidas<sup>(21-22)</sup>.

Este estudo seguiu seis fases da revisão integrativa<sup>(21)</sup>. O problema de pesquisa foi estabelecido na primeira etapa, que emergiu da necessidade de identificar os desafios na inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares. Para tanto, foi formulada a questão norteadora do estudo de acordo com a estratégia PICO: Quais os desafios na inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares?<sup>(23)</sup>.

Na segunda etapa, foram constituídas as estratégias de pesquisa para busca na literatura. Os descritores selecionados a partir do *Medical Subject Headings* (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os quais foram utilizados na combinação de oito cruzamentos, de modo que todas as combinações foram realizadas com o operador booleano "AND" nos idiomas inglês, português e espanhol (Quadro 1).

A busca dos artigos ocorreu em dezembro de 2021, de maneira independente por dois revisores, que consultaram oito bases de dados. Para as bases MEDLINE/PUBMED, SCOPUS, LILACS, CINAHL, Web of Science, e Biblioteca Virtual SciELO, a busca se deu via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para as bases CUIDEN e BDEFN, o acesso ocorreu diretamente no site das mesmas.

**Quadro 1** – Cruzamento com os descritores selecionados segundo a combinação com operador booleano AND. Recife, PE, Brasil, 2022.

CRUZAMENTO	DESCRITORES
Cruzamento 1	Family/Família/Familia AND Mainstreaming (Education)/Inclusão educacional/Propensión (Educación) AND Child, Exceptional/Criança com necessidades educacionais especiais/Niño Excepcional
Cruzamento 2	Family/Família/Familia AND Mainstreaming (Education)/Inclusão educacional/Propensión (Educación) AND Disabled Children/Criança com deficiência/Niños con Discapacidad
Cruzamento 3	Family/Família/Familia AND Education, Special/Educação especial/Educación Especial AND Criança com necessidades educacionais especiais/Niño Excepcional
Cruzamento 4	Family/Família/Familia AND Education, Special/Educação especial/Educación Especial AND Disabled Children/Criança com deficiência/Niños con Discapacidad
Cruzamento 5	Family Relations/Relações Familiares/Relaciones Familiares AND Mainstreaming (Education)/Inclusão educacional/Propensión (Educación) AND Child, Exceptional/Criança com necessidades educacionais especiais/Niño Excepcional
Cruzamento 6	Family Relations/Relações Familiares/Relaciones Familiares AND Mainstreaming (Education)/Inclusão educacional/Propensión (Educación) AND Disabled Children/Criança com deficiência/Niños con Discapacidad
Cruzamento 7	Family Relations/Relações Familiares/Relaciones Familiares AND Education, Special/Educação especial/Educación Especial AND Criança com necessidades educacionais especiais/Niño Excepcional
Cruzamento 8	Family Relations/Relações Familiares/Relaciones Familiares AND Education, Special/Educação especial/Educación Especial AND Disabled Children/Criança com deficiência/Niños con Discapacidad

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos originais que abordassem a temática de inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: teses, dissertações, monografias, editoriais, livros, capítulos de livros e artigos de revisões. Não foi estabelecido limite temporal na seleção dos artigos.

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados e o rigor metodológico, utilizou-se um instrumento do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*<sup>(24)</sup>, que é composto por 10 itens pontuáveis e, de acordo com o escore obtidos, os artigos são classificados em duas categorias: A (seis a 10 pontos) - estudos com boa qualidade metodológica e viés reduzido e B (no mínimo cinco pontos) - estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado. Para esta revisão foram incluídos apenas os estudos com nível A.

Para operacionalização da terceira etapa de coleta de dados, foi realizada a avaliação dos dados e a extração das principais informações dos estudos. Esta se deu por meio de um instrumento validado, que considera os aspectos referentes à identificação do artigo<sup>(25)</sup>.

A análise crítica do conteúdo dos estudos incluídos, que corresponde a quarta etapa, foi realizada com o auxílio do software Iramuteq. Este programa informático viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais como o cálculo de frequência de palavras, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), as análises de similitude e a nuvem de palavras<sup>(26)</sup>.

Inicialmente, os textos dos resultados e das conclusões dos artigos foram reunidos em textos codificados por linhas de comando. Em seguida, foram reunidos e organizados em um único *corpus*, posteriormente submetido ao IRAMUTEQ. Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a CHD e a nuvem de palavras como método de auxílio para análise dos dados. O programa auxiliou na organização de um dendograma que ilustra as relações entre as classes. Esta etapa permitiu a avaliação e comparação dos estudos que resultou na classificação temática dos resultados.

Os artigos também foram classificados quanto ao Nível de Evidência (NE), em que o “Nível 1, são evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; o Nível 2, derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; o Nível 3, obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; o Nível 4, provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; o Nível 5, originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; o Nível 6, derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; o Nível 7, oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>(27)</sup>.

A quinta etapa, está representada pela síntese das categorias que estratificam os desafios na inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares. E a sexta etapa, considerada etapa final, é a apresentação deste artigo de revisão.

## RESULTADOS

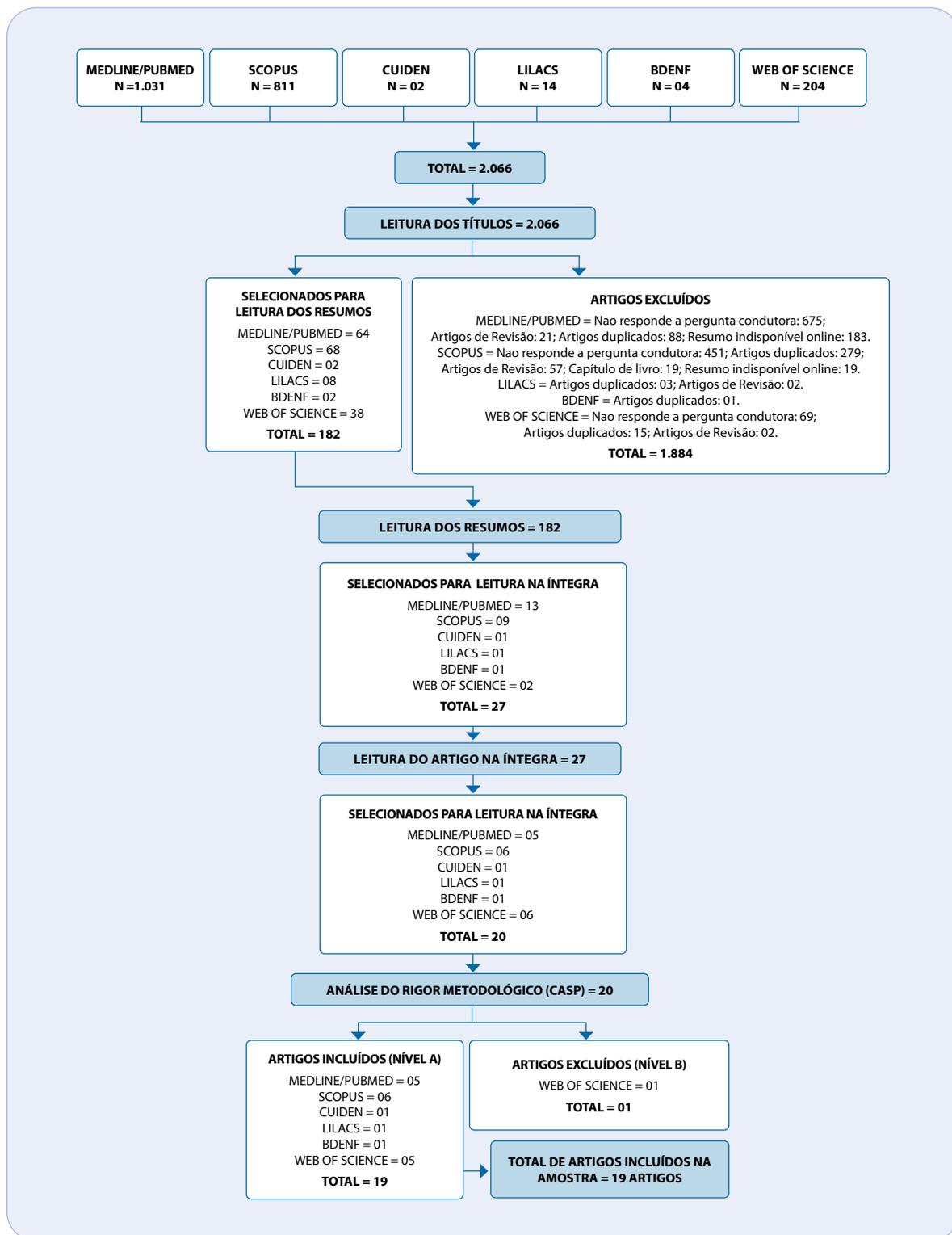
O quantitativo de artigos encontrados na busca foi de 2.066 artigos. Após a leitura dos títulos e do julgamento da inserção nos critérios de inclusão e exclusão, 182 artigos foram selecionados para leitura dos resumos. Destes, 27 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Após essa etapa, 20 artigos foram selecionados para compor a amostra e foram submetidos aos critérios estabelecidos pelo CASP, destes apenas um foi classificado com nível B, sendo excluído. A amostra final foi composta de 19 artigos (Figura 1).

Foram identificados os títulos dos artigos e os desafios na perspectiva dos familiares (Quadro 2).

Todos os artigos foram classificados com nível de evidência seis, foram publicados entre os anos 1989 e 2021, em periódicos internacionais na área de ciências da saúde e da educação<sup>(28-46)</sup>. Para a análise do conteúdo, inicialmente foi organizado o *corpus* textual formado a partir dos resultados e conclusões dos artigos. Posteriormente foi realizada pelo software a elaboração da nuvem de palavras (Figura 2).

A partir da análise, o *corpus* textual foi dividido em 125 Segmentos de Texto (ST), relacionando 1.170 palavras que ocorreram 4.546 vezes. A CHD reteve 80% do total de ST, gerando seis classes – o *subcorpus* da esquerda sofreu uma subdivisão fazendo emergir as classes 1 e 6; e o *subcorpus* da direita sofreu três subdivisões originando inicialmente as classes 4 (Figura 3).

Após a análise do dendograma, foi realizada a identificação das palavras mais significativas e a leitura dos ST referentes a cada uma das classes, as quais foram nomeadas: Desafios relacionados ao apoio/suporte (Classe 1), Desafios de acessibilidade (Classe 2), Desafios relacionados à falta de informação/conhecimento (Classe 3), Desafios institucionais (Classe 4), Desafios de integração e aceitação (Classe 5) e Desafios para adaptação (Classe 6).



Fonte: Elaborado pelos autores.

**Figura 1** - Fluxograma das etapas de seleção da amostra. Recife, PE, Brasil, 2022

**Quadro 2** – Síntese dos estudos selecionados. Recife, PE, Brasil, 2022

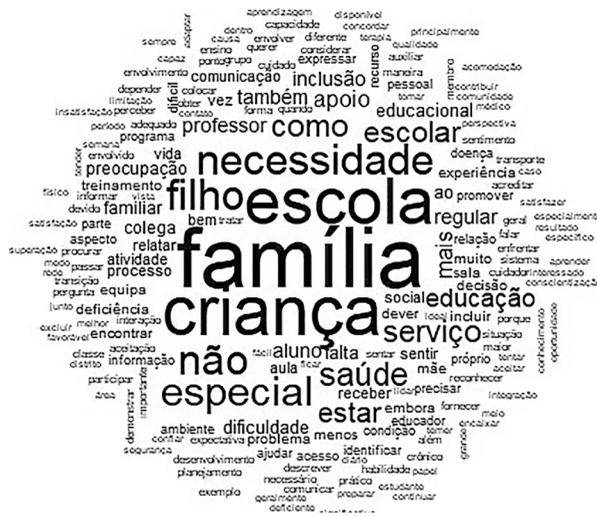
Título	Desafios na inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares
<i>Understanding the parents of children with special needs: collaboration between health, social and education networks</i> <sup>(28)</sup>	Falta de apoio suficiente; Desconhecimento para acessar os serviços; Desconhecimento dos exemplos de trabalho conjunto; Preocupação com a falta de oportunidade de contribuir na tomada de decisão; Insatisfação com a colaboração entre o pessoal da escola e os profissionais de saúde.
<i>The Transition Experience to Pre-School for Six Families with Children with Disabilities</i> <sup>(29)</sup>	Processo de transição assustador; Desapontamento com a falta de treinamento; Busca por apoio de maneiras diferentes; Sentem-se menos incluídas.
<i>Children who have complex health needs: parents' experiences of their child's education</i> <sup>(30)</sup>	Necessidades específicas não atendidas; Processo demorado e difícil; Inclusão complicada; Dificuldade de aprendizagem.
<i>Educational services for children with chronic illnesses: Perspectives of educators and families</i> <sup>(31)</sup>	Dificuldades em obter serviços educacionais; Falta de conscientização da população; Professores mal informados e despreparados; Períodos de hospitalização prolongada; Falta de comunicação com as famílias.
Pensamento social e educação: concepção de escola e avaliação da inclusão por parte de mães de alunos deficientes de São Gonçalo <sup>(32)</sup>	Falta de acesso aos recursos necessários; Estrutura geral da escola prejudicada; Ausência de condições reais para desenvolvimento da criança.
<i>Services for children with autism spectrum disorder in three, large urban school districts: Perspectives of parents and educators</i> <sup>(33)</sup>	Falta de apoio pela administração da escola; Falta de planejamento educacional; Falta de recursos e treinamento para professores e profissionais na área.
<i>Unmet needs of children with special health care needs in a specialized day school setting</i> <sup>(34)</sup>	Falta de apoio; Falta de comunicação; Integração deficiente.
<i>Parent Perceptions of the Integration Transition Process: Overcoming Artificial Barriers</i> <sup>(35)</sup>	Preocupação: segurança física, atitudes dos alunos e funcionários do ensino regular, qualidade do programa, transporte, comprometimento do distrito e potencial para o fracasso; Ansiedade e medos de rejeição/aceitação; Falta de acesso aos recursos.
<i>Parental satisfaction with disabled children's school inclusion in Italy</i> <sup>(36)</sup>	Insatisfação das famílias com a aceitação entre as séries escolares; Transição para a escola sem apoio social; Falta de inclusão da visão das famílias sobre a inclusão das crianças.
Inclusão da criança deficiente visual na escola especial e regular: percepções da família <sup>(37)</sup>	Medo das necessidades da criança não serem atendidas por falta de conhecimento dos profissionais da escola; Falta de preparo dos professores; Sofrimento de preconceito e Bullying.
Família de crianças com deficiência e profissionais: componentes da parceria colaborativa na escola <sup>(38)</sup>	Dificuldade em compreender a linguagem técnica utilizada pelos profissionais da escola; Aceitação da deficiência do filho; Compreender e respeitar as intenções de seus filhos.
Percepção de mães acerca da inclusão escolar de crianças com doença crônica <sup>(39)</sup>	Falta de condições necessárias para promover a aprendizagem de crianças; Situações de preconceito; Ausência de condições favoráveis na escola que proporcionem a inclusão; Falta de educadores capacitados e infraestrutura básica.
<i>Culture and context: exploring attributions and caregiving approaches of parents of children with an intellectual disability in urban India</i> <sup>(40)</sup>	Falta de conhecimento por parte dos professores/educadores sobre as necessidades das crianças.
<i>The needs of parents of children with visual impairment studying in mainstream schools in Hong Kong</i> <sup>(41)</sup>	Dificuldades durante as atividades em sala de aula; Dificuldades durante o recreio ou na hora do almoço devido à falta de amigos e colegas para brincar; Problemas com a manutenção da prática, coordenação motora, comunicação com os colegas e Bullying.
<i>Cultural and Linguistic Diversity and Special Education: A Case Study of One Mother's Experiences</i> <sup>(42)</sup>	Exclusão da comunidade escolar; Isolamento; Falta de informação, tanto de professores quanto de provedores de serviços; Dificuldades em se adaptar à sala de aula; Acomodações inadequadas para a criança.
<i>Children with a tracheostomy: experience of their carers in school</i> <sup>(43)</sup>	Ausência de cuidadores adequados; Insatisfação com a experiência da criança na escola; Insatisfação com a atitude do corpo docente; Falta de apoio; Exclusão da criança devido as suas necessidades.

Continua

Continuação do Quadro 2

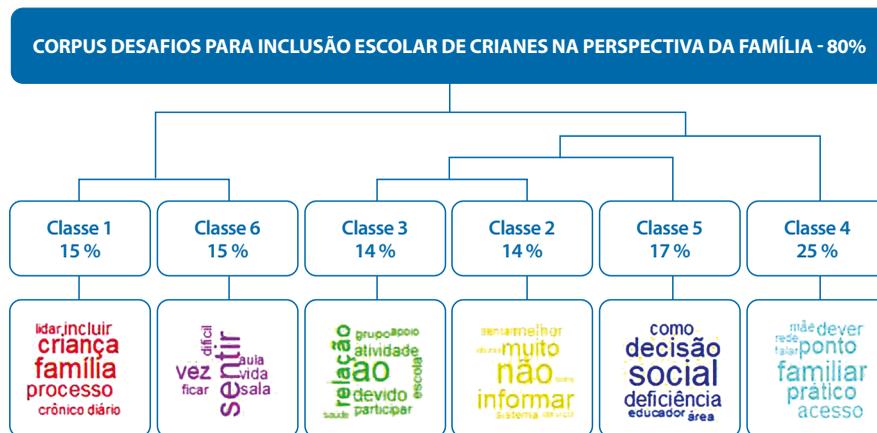
Título	Desafios na inclusão escolar de CRIANES na perspectiva dos familiares
<i>Parent perceptions regarding literacy instruction for students with intellectual disability</i> <sup>(44)</sup>	Falta de materiais acessíveis; Distração e não compreensão dos assuntos; Dificuldade em se adaptar à sala de aula; Incapacidade das crianças se manterem sentadas por longos períodos.
<i>Understanding the Participation in Home, School, and Community Activities Reported by Children with Disabilities and Their Parents: A Pilot Study</i> <sup>(45)</sup>	Menos envolvimento às atividades escolares; Falta de interação social; Restrições de ambientes
<i>Will my child ever go to a university? The link between school segregation practices and Norwegian parents' expectations for their physically disabled child</i> <sup>(46)</sup>	Dificuldade na comunicação com os colegas e professores; Falta de materiais acessíveis.

Fonte: Elaborado pelos autores.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq.

Figura 2 – Nuvem de palavras do corpus. Recife, PE, Brasil, 2022



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq.

Figura 3 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus. Recife, PE, Brasil, 2022

## DISCUSSÃO

Para as CRIANES, a inclusão no ambiente escolar garante o seu aprendizado contínuo e a interação social. Entretanto, é preciso refletir sobre como a prática escolar, repleta de desafios para os envolvidos pode ser oferecida com o objetivo de desenvolvimento humano na concepção da educação inclusiva<sup>(47)</sup>.

Foi possível observar que, os desafios apresentados são os mais diversos. Embora os direitos relacionados à educação inclusiva sejam numerosos, sustentados por leis e tratados nacionais e internacionais, a efetivação dos mesmos ainda acontece de forma insuficiente, com diversas dificuldades, o que faz com que as famílias se sintam isoladas e perdidas no sistema<sup>(48)</sup>, especialmente na procura de serviços de sistema escolar no qual a criança será inserida<sup>(28-30)</sup>.

Outro fator identificado é a necessidade de a família estar preparada para o processo de escolarização e do modo para driblar suas próprias limitações<sup>(30,37,39,43)</sup>. Para isso, é necessário um olhar humanitário voltado à família, no intuito de apoiar para que estas consigam efetivar o direito de seus filhos. Sabe-se que, em uma sociedade, conviver com as diferenças predispõe às atitudes conscientes e mobilização para participação e apoio, com união e harmonia<sup>(49)</sup>. Os estudos mostram que quando as famílias podem contar com suporte por parte dos profissionais dos serviços educacionais há aumento da confiança e autoestima da criança<sup>(31,36,37,41)</sup>.

No Brasil, as políticas públicas de Educação Infantil dependem de ações de instituições assistenciais para organizar programas educacionais voltados à realidade social e às necessidades das famílias e crianças, com limitado número de creches e pré-escolas. Esse fato amplia o número de crianças com deficiência, em especial nas periferias e nos municípios pequenos, sem garantia de acesso ao conhecimento, à aprendizagem, a desfrutar de espaços lúdicos e experiências culturais<sup>(49)</sup>.

Os artigos mostraram a diferença existente entre escolas regulares e especiais e o modo como as regras e procedimentos acontece em cada um desses locais<sup>(28,32)</sup>. Observou-se que, embora a inclusão de CRIANES no ensino regular seja o ideal para que isso seja benéfico, elas precisam ser totalmente incluídas em todos os aspectos da vida escolar<sup>(30)</sup>.

Além disso, muitos familiares relataram que os serviços complementares estavam mais disponíveis em escolas especiais do que em escolas regulares<sup>(28)</sup>, agrava-se a isso a não garantia de disponibilização de serviços de qualidade com melhores condições de escolarização<sup>(28,31,37,39)</sup>. Foi possível verificar também que a oferta não se dá de forma universal, contínua e com a mesma qualidade em todas as unidades do sistema de ensino<sup>(32)</sup>.

A desinformação nos cenários tanto da saúde quanto da educação dificulta a concretização dos direitos das pessoas com deficiência e necessidades especiais, a uma educação que seja efetivamente inclusiva, que garanta o direito a uma vida digna, autônoma e independente, com oportunidades de desenvolvimento<sup>(49)</sup>.

Esse fato pode gerar o preconceito e a discriminação, bem como promover sentimentos de inferiorização nas crianças e família. Do ponto de vista dos familiares, a falta de formação de professores, administradores e pessoal em geral que trabalham na escola alimentou uma cultura de exclusão<sup>(33)</sup>. Alguns deles desacreditam na possibilidade de o filho frequentar com sucesso a escola, vendo a inclusão como algo difícil e que trará sofrimento para a criança pelo preconceito e a vivência de situações de *bullying*<sup>(37)</sup>.

A inserção da criança na escola, por meio do estímulo à socialização com os colegas e da dedicação da professora, é considerada um aspecto positivo. No entanto, fatores que dificultaram a inclusão escolar relatados foram: a prática do *bullying* por seus pares, falta de estímulo com o estudo, isolamento em sala de aula, entre outros<sup>(49)</sup>.

Há também uma necessidade de mudança cultural nas escolas, a fim de aumentar a aceitação e inclusão de alunos com necessidades especiais de saúde<sup>(33)</sup>. As famílias se preocupam com relação à capacitação, treinamento e sensibilização que deveria ser realizado com as escolas sobre as CRIANES<sup>(35)</sup>.

Embora haja todo um arcabouço legal que ampare o processo de inclusão escolar, ainda há uma dificuldade em colocar em prática o que rege a legislação. Dessa forma, é preciso mobilizar a comunidade escolar para reconhecer e trabalhar com singularidade desses estudantes<sup>(49)</sup>.

Outros problemas enfrentados pelas famílias são: o despreparo da equipe pedagógica, a ausência de estrutura física compatível com as necessidades das crianças, a manutenção e adaptação da criança ao ambiente escolar, o modo como a comunidade escolar recebe a criança com deficiência, além do medo da discriminação pelos demais colegas, professores e funcionários<sup>(28)</sup>. Assim, observa-se a insatisfação familiar quanto ao não atendimento às necessidades dos filhos dentro do sistema escolar.

A não motivação por parte das instituições em prestar um serviço de qualidade, ou as limitações de ordem estrutural de capital humano, de recursos, de investimento em tecnologia educacional criativa e lúdica apropriada às demandas específicas desse grupo, que oportunizasse atender as reais condições das CRIANES, demonstraram que os serviços ofertados não tiveram resultados na vida escolar dos alunos, o que dificulta a possibilidade de condições reais, capazes de promover seu desenvolvimento<sup>(32,39)</sup>.

Os familiares ressaltam o acordo com o pessoal da escola sobre a importância da comunicação e a busca de soluções adaptadas às mudanças em vários estágios de necessidades de saúde da criança<sup>(31,36)</sup>, como a efetivação de um caderno de comunicação ou abertura para conversar pessoalmente sobre as suas expectativas em relação ao aprendizado da criança<sup>(38)</sup>.

O medo de rejeição, bem como preocupações sobre como a deficiência da criança seria percebida pelos colegas sem deficiência e se seriam aceitos, foi evidente<sup>(35,36)</sup>. Os artigos mostram as dificuldades no processo de integração entre os profissionais da educação e os da saúde, a família e a crianças<sup>(28,35,36,39)</sup>.

Assim, a existência de legislação, políticas e programas públicos para a inclusão escolar, não são suficientes. É imperativo conciliar os instrumentos legais disponíveis com a comunidade escolar, compreendida pelos agentes diretamente envolvidos, aluno, escola, equipe pedagógica, sociedade e família, a qual está engajada e determinada a realizar na prática a educação inclusiva em todos os níveis da educação<sup>(49)</sup>.

Há uma frustração por parte da família em relação à falta de planejamento sobre os apoios educacionais para a criança<sup>(33)</sup>, além de desconhecerem exemplos de trabalho em conjunto que envolvessem funcionários da escola e profissionais de serviços sociais e de saúde. Em outros casos, alguns dos familiares expressaram preocupação com a falta de oportunidade de contribuir para o processo de tomada de decisão sobre os assuntos referentes a seu filho no ambiente escolar<sup>(28)</sup>. No entanto, os familiares apreciaram os professores que os envolveram na educação de seus filhos<sup>(33)</sup>.

Outros desafios estão diretamente relacionados às mudanças ocorridas na vida da criança e da família durante a inserção no contexto escolar. Os artigos mostram a adaptação como uma experiência inovadora e significativamente complexa, bem como definem esse processo do novo como difícil<sup>(29-31,42)</sup>. Em um dos artigos, uma mãe que tinha duas filhas mais velhas que já haviam recebido serviços de educação especial, sentiu que sua experiência anterior lhe dava mais motivos para confiar na equipe da escola, embora ela achasse a transição assustadora<sup>(29)</sup>.

É possível observar que esse processo pode ser facilitado positivamente a depender do profissional e da instituição que recebe a CRIANE<sup>(29-31,41)</sup>. A ação de um professor em perceber o aluno como expressão de um sujeito ativo e de mobilizar recursos para sua autonomia fez toda a diferença. É por meio de ações inclusivas que o dia a dia escolar pode ser sensível ao desenvolvimento dessas crianças<sup>(49)</sup>.

A convivência em espaços escolares tem proporcionado a esses alunos a superação das dificuldades relativas à capacidade de planejamento e flexibilização de uma ação bem como a superação das dificuldades relativas à aprendizagem das habilidades sociais<sup>(32)</sup>. Como um desafio a ser vencido diariamente, o processo de inclusão escolar, com vistas ao processo de desenvolvimento e de aprendizagem, não é uma tarefa fácil. Por sua complexidade, deve ser debatida na formação de diversos cenários profissionais, especialmente com os professores. Este movimento possibilita a real inclusão, no qual o sujeito é percebido como um ser de direitos singulares que precisam ser respeitados na escola e na sociedade<sup>(49)</sup>.

## CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu identificar os desafios na inclusão escolar das CRIANES na perspectiva dos familiares. Foi possível identificar um cenário repleto de obstáculos que ainda precisam ser superados para uma real efetivação da inclusão escolar.

A família, principal pilar de sustentação da CRIANE, vivencia experiências diárias de negação dos direitos, barreiras institucionais, falta de apoio/suporte, despreparo profissional, além dos receios internos que passam pelo processo de enfrentamento do novo, que é o de inserir sua criança em um ambiente onde não saberá como será recepcionado. Dentro desse contexto, o enfermeiro é imprescindível para o planejamento de cuidados, pois contribui para uma visão holística do componente familiar.

## REFERÊNCIAS

- Romley JA, Shah AK, Chung P, Elliott MN, Vestal KD, Schuster MA. Family-provided health care for children with special health care needs. *Pediatrics*. 2017;139(1):e20161287. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1287>
- Bradshaw S, Bem D, Shaw K, Taylor B, Chiswell C, Salama M, et al. Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity—a scoping review. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1648-7>
- Okumura MJ, Knauer HA, Calvin KE, Takayama JI. Pediatricians' comfort level in caring for children with special health care needs. *Acad Pediatr*. 2017;17(6):678-86. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.02.009>
- Unicef. The state of the world's children 2006: excluded and invisible. New York, United Nations Children's Fund, 2005; [cited 2017 Fev 28]. Available from: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2006>
- Lichstein JC, Ghandour RM, Mann MY. Access to the medical home among children with and without special health care needs. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20181795. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1795>
- Barnard-Brak L, Stevens T, Carpenter J. Care coordination with schools: The role of family-centered care for children with special health care needs. *Matern Child Health J*. 2017;21(5):1073-8. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2203-x>
- Casagrande K, Ingersoll BR. Improving Service Access in ASD: A Systematic Review of Family Empowerment Interventions for Children with Special Healthcare Needs. *Rev J Autism Dev Disord*. 2020;1(1):1-16. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00208-9>
- Precce ML, Moraes JRMM, Pacheco STDA, Silva LFD, Conceição DSD, Rodrigues EDC. Educational demands of family members of children with special health care needs in the transition from hospital to home. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190156. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0156>
- Matos MD. O Processo de Inclusão no Ensino Regular. *Id on line Rev Psicol*. 2017;11(34):64-76. <https://doi.org/10.14295/online.v11i34.671>
- Vygotsky LS. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes; 1987. 194 p.
- Sellmaier C. Integrating Work and Family Responsibilities: Experiences of Fathers of Children with Special Health Care Needs. *J Child Fam Stud*. 2019;28(11):3022-36. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01478-6>
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 7.611,17 de novembro de 2011 [Internet]; 2011 [cited 2021 Fev 28]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm)
- Neves ET, Okido ACC, Buboltz FL, Santos RPD, Lima RAGD. Accessibility of children with special health needs to the health care network. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):65-71. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0899>
- Stille CJ. Better Health Service Use for Families of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*. 2020;145(2):e20193694. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3694>
- Leyenaar JK, O'Brien ER, Leslie LK, Lindenauer PK, Mangione-Smith RM. Families' priorities regarding hospital-to-home transitions for children with medical complexity. *Pediatrics*. 2017;139(1):e20161581. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1581>
- Agrawal S. Children with Special Health Care Needs: A Factual Perspective. *J Nepal Assoc Pediatr Dent*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Fev 28];1(1):44-5. Available from: <https://napd.org.np/wp-content/uploads/2021/01/Children-with-Special-Health-Care-Needs-A-Factual-Perspective.pdf>

17. Eshaghian-dorcheh A, Zandi M, Rasouli M, Tahmasebi M, Esmailzadeh F. Evaluating the Cost-Effectiveness of Home-Based Palliative Care for Children with Special Health Care Needs: A Review Study. *Int J Pediatr*. 2020;8(11):12381-95. <https://doi.org/10.22038/IJP.2020.45949.3745>
18. Benevides T, Lee J, Franks J, Nwosu N. Family Impact of Autism in a Racially and Ethnically Diverse Sample: Findings From the National Survey of Children With Special Healthcare Needs. *Am J Occup Ther*. 2019;73(4):7311510251p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO3015>
19. Graaf G, Snowden L. Public health coverage and access to mental health care for youth with complex behavioral healthcare needs. *Adm Policy Ment Health*. 2019;47(1):395-409. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00995-2>
20. Silveira AD, Neves ET. Daily care of adolescents with special health care needs. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):327-33. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900045>
21. Matthew AC, George E. The why and how of the integrative review. *Organ Res Methods*. 2020;1(1):1-10. <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>
22. Mendes KDS, Silveira RCDP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
23. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc*. 2018;106(4):420-31. <https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345>
24. Critical Appraisal Skills Programm. Critical Appraisal Checklists [Internet]. Oxford: CASP; 2021 [cited 2021 Fev 28]. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
25. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
26. Souza MARD, Wall ML, Thuler ACDMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52(1):e03353. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>
27. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2a ed. Wolters Kluwer; 2011. 599 p.
28. Tétreault S, Freeman A, Carrière M, Beaupré P, Gascon H, Deschênes PM. Understanding the parents of children with special needs: collaboration between health, social and education networks. *Child Care Health Dev*. 2014;40(6):825-32. <https://doi.org/10.1111/cch.12105>
29. Podvey MC, Hinojosa J, Koenig K. The transition experience to pre-school for six families with children with disabilities. *Occup Ther Int*. 2010;7(4):177-87. <https://doi.org/10.1002/oti.298>
30. Hewitt-Taylor J. Children who have complex health needs: parents' experiences of their child's education. *Child Care Health Dev*. 2009;35(4):521-6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00965.x>
31. Lynch EW, Lewis RB, Murphy DS. Educational services for children with chronic illnesses: Perspectives of educators and families. *Except Child*. 1992;9(3):210-20. <https://doi.org/10.1177/001440299305900305>
32. Ribeiro IMCL, Wolter RMC, Mettrau MB. Pensamento social e educação: concepção de escola e avaliação da inclusão por parte de mães de alunos deficientes de São Gonçalo. *Educ Soc*. 2017;38(138):63-80. <https://doi.org/10.1590/es0101-73302017157409>
33. Iadarola S, Hetherington S, Clinton C, Dean M, Reisinger E, Huynh L, et al. Services for children with autism spectrum disorder in three, large urban school districts: Perspectives of parents and educators. *Autism*. 2015;19(6):694-703. <https://doi.org/10.1177/1362361314548078>
34. Aruda MM, Kelly M, Newinsky K. Unmet needs of children with special health care needs in a specialized day school setting. *J Sch Nurs*. 2011;27(3):209-18. <https://doi.org/10.1177/1059840510391670>
35. Hanline MF, Halvorsen A. Parent perceptions of the integration transition process: Overcoming artificial barriers. *Except Child*. 1989;55(6):487-92. <https://doi.org/10.1177/001440298905500601>
36. Zanobini M, Viterbori P, Garello V, Camba R. Parental satisfaction with disabled children's school inclusion in Italy. *European Journal of Special Needs Education*. 2017;1(1):1-18. <https://doi.org/10.1080/08856257.2017.1386318>
37. Pintanel AC, Gomes GC, Xavier DM, Nicola GDO, Vasques TCS, Silva MRS. Inclusão da criança deficiente visual na escola especial e regular: percepções da família. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(5):686-91. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.7617>
38. Silva AMD, Mendes EG. Família de crianças com deficiência e profissionais: componentes da parceria colaborativa na escola. *Rev Bras Educ Espec*. 2015;14(2):217-34. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382008000200006>

39. Pinto MB, Soares CCD, Santos NCCB, Pimenta EAG, Reichert APS, Collet N. Percepção de mães acerca da inclusão escolar de crianças com doença crônica. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(3):1200-6. <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201710>
40. John A, Bailey LE, Jones JL. Culture and context: exploring attributions and caregiving approaches of parents of children with an intellectual disability in urban India. *Child Fam Soc Work*. 2017;22(2):670-679. <https://doi.org/10.1111/cfs.12282>
41. Lee FM, Tsang JF, Chui MM. The needs of parents of children with visual impairment studying in mainstream schools in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2014;20(5):413-20. <https://doi.org/10.12809/hkmj134202>
42. Steeley SL, Lukacs K. Cultural and Linguistic Diversity and Special Education: A Case Study of One Mother's Experiences. *Int J Spec Educ*. 2015;30(2):20-31. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1094799.pdf>
43. Smith JC, Williams J, Gibbin KP. Children with a tracheostomy: experience of their carers in school. *Child Care Health Dev*. 2003;29(4):291-6. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00344.x>
44. Wakeman SY, Pennington R, Cerrato B, Saunders A, Ahlgrim-Delzell L. Parent perceptions regarding literacy instruction for students with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2021;65(1):86-98. <https://doi.org/10.1111/jir.12795>
45. Liao YT, Hwang AW, Liao HF, Granlund M, Kang LJ. Understanding the participation in home, school, and community activities reported by children with disabilities and their parents: A pilot study. *Internat J Environ Res Public Health*. 2019;16(12):1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122217>
46. Finnvold JE. Will my child ever go to a university? The link between school segregation practices and Norwegian parents' expectations for their physically disabled child. *J Res Spec Educ Needs*. 2018;18(2):103-13. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-3802.12397>
47. Haug P. Understanding inclusive education: ideals and reality. *Scand J Disabil Res*. 2017;19(3):206-17. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1224778>
48. Moriña A. Inclusive education in higher education: challenges and opportunities. *Eur J Spec Needs Educ*. 2017;32(1):3-17. <https://doi.org/10.1080/08856257.2016.1254964>
49. Cate IMP, Markova M, Krischler M, Krolak-Schwerdt S. Promoting Inclusive Education: The Role of Teachers' Competence and Attitudes. *Insights into Learn Dis [Internet]*. 2018 [cited 2022 Mar 13];15(1):49-63. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1182863.pdf>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c5>

# A INFLUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS NA INCIDÊNCIA DO ÓBITO NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**Nayara Francisca Cabral de Sousa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1567-7009

**Ana Paula Esmeraldo Lima<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-8447-4072

**Eliane Rolim de Holanda<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-6433-9271

**Vania Pinheiro Ramos<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4559-934X

**Luciana Pedrosa Leal<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-3776-0997

<sup>I</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Nayara Francisca Cabral de Sousa  
e-mail: [nayarafcousa@gmail.com](mailto:nayarafcousa@gmail.com)



**Cómo citar:**

Sousa NFC, Lima APE, Holanda, ER et al. A influência das estações climáticas na incidência do óbito neonatal: revisão integrativa da literatura. In: Pontes MC, Aguiar GRC, Leal LP et al (Orgs.). Evidências científicas para a promoção do bem-estar de pessoas em diferentes contextos e fases de vida. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 50-7. <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c05>

Revisora: Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O óbito neonatal é definido como a morte do recém-nascido em seus primeiros 28 dias incompletos de vida. Apesar do avanço na redução da mortalidade entre crianças e adolescentes jovens nas últimas três décadas, em 2017 ainda ocorreram 2,5 milhões de mortes no primeiro mês de vida em todo o mundo <sup>(1)</sup>. No Brasil, esse agravo ainda se configura como um problema de saúde pública, uma vez que, entre os anos de 2007 e 2017, 303.260 óbitos neonatais foram registrados, o que corresponde a uma taxa de 9,46 mortes por 1000 nascidos vivos no país <sup>(2)</sup>.

O óbito neonatal pode ser causado por uma série de fatores de risco, entre eles a ausência de companheiro, idade materna superior a 35 anos, gestação múltipla, má formação congênita, asfixia perinatal, o baixo peso ao nascer e a prematuridade, que ainda representam problemas de saúde pública no Brasil <sup>(3)</sup>. Além destes, a mortalidade neonatal reflete a qualidade da assistência à saúde, mensurada por meio do número de consultas pré-natal, presença de intercorrências durante a gestação, acesso aos serviços de saúde, tipo de parto e manejo adequado de infecções ao longo da gestação <sup>(4)</sup>.

O interesse na investigação dos fatores ambientais que, associados aos socioeconômicos, genéticos e comportamentais, estão ligados aos resultados adversos do nascimento, tem aumentado na literatura. No entanto, o grau de influência direta do ambiente sobre o óbito neonatal ainda não está bem estabelecido, visto que a maioria dos estudos publicados contempla o efeito das condições ambientais sobre a mortalidade no período pós-neonatal <sup>(5)</sup>.

O feto e o recém-nascido, por serem mais imaturos fisiologicamente, são mais vulneráveis aos poluentes inalatórios que os adultos <sup>(6)</sup>. Essas partículas atuam na desregulação do sistema endócrino, alteram a viscosidade e coagulabilidade sanguíneas, repercutindo no aumento



da pressão arterial e no transporte de nutrientes por via transplacentária<sup>(7)</sup>. Como consequência desse processo, ocorrem os desfechos indesejados da gravidez, como parto prematuro<sup>(8)</sup> e baixo peso ao nascer<sup>(7)</sup>, que representam algumas das principais causas de óbito neonatal.

Dessa forma, é necessário considerar a influência das mudanças climáticas, acidentes com agentes químicos, biológicos, rádio nucleares e emissão de gases de efeito estufa, bem como as iniquidades em saúde sobre a frequência e intensidade dos fatores de risco ligados à gênese dos problemas de Saúde Pública e suas possíveis consequências sobre a gestação e o neonato<sup>(9)</sup>. Portanto, essa revisão tem o objetivo de investigar a associação entre as alterações climáticas e a mortalidade neonatal.

## MÉTODO

Revisão integrativa da literatura, método destinado à síntese de conceitos, apresentação de resultados e crescimento da Enfermagem enquanto ciência. Para elaboração foram seguidas seis etapas: formulação de questão de pesquisa, definição de bases de dados e critérios para seleção de estudos, definição de informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação/síntese do conhecimento<sup>(10)</sup>.

Para elaboração da questão norteadora desta revisão foi utilizada a estratégia PICO, onde o P (population) representa a população – neonatos, I (intervention) relacionada à intervenção – alteração climática, C (comparison) refere-se a comparação – associação e O (outcome) que indica o desfecho – mortalidade<sup>(11)</sup>. Assim, neste estudo foi definida a seguinte pergunta: qual a associação entre as alterações climáticas e a mortalidade neonatal?

A busca das publicações foi realizada entre os meses de novembro de 2019 e fevereiro de 2022, mediante o acesso às bases SCOPUS (Elsevier), PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Science Direct e na biblioteca Scielo. A busca manual em referências dos estudos selecionados também foi utilizada como estratégia de busca.

Pela natureza dos fatores investigados, foram incluídos artigos originais resultantes de estudos observacionais do tipo transversal, caso-controle e coorte. Os critérios de exclusão foram: estudos que tratassem de óbitos fetais, editoriais, comunicação breve, dissertações, teses, artigos de revisão, artigos repetidos em bases de dados e aqueles que não respondiam à pergunta condutora do estudo. Nesta revisão não foram delimitados recorte temporal e idioma para inclusão de estudos, com o objetivo de ampliar ao máximo a busca por publicações na temática.

Para busca nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores controlados e não controlados indicados no DeCS e no MeSH: *environment, seasons, incidence, perinatal mortality*. O descritor “*perinatal mortality*” foi selecionado para busca devido ao período delimitado de até 28 dias de vida, definido no seu escopo, que configura o período de estudo dos neonatos desta revisão. O cruzamento entre os descritores ocorreu por meio do operador booleano OR, seguido por AND (Figura 1).

A busca foi realizada por uma pesquisadora em dois momentos distintos, com intervalo de 15 dias, conforme sequência de descritores padronizada (Figura 1). Os resultados obtidos nos dois momentos foram comparados, a fim de assegurar a qualidade nas buscas das publicações. Para extração e síntese dos dados obtidos foi utilizado o instrumento adaptado do Formulário da *Red de Enfermería em Salud Ocupacional – RedENSO Internacional*<sup>(12)</sup>. Foram extraídas as seguintes informações: ano, país, desenho do estudo, objetivo, fator ambiental analisado, resultados.

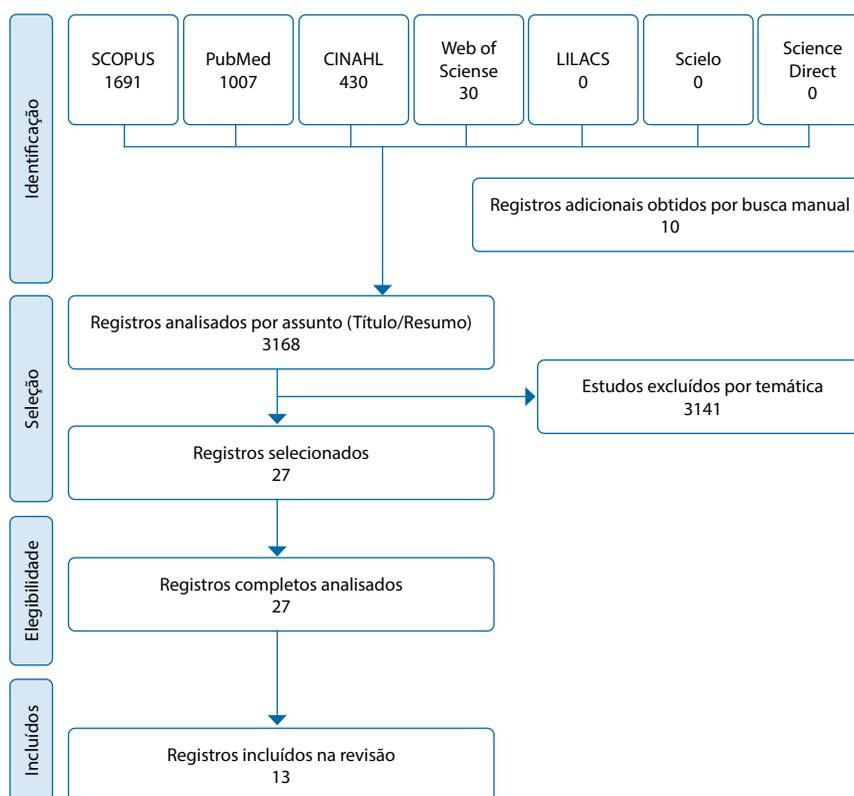
Para avaliação do rigor metodológico dos estudos foi utilizado o instrumento do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, que classifica as publicações em boa qualidade e viés reduzido (Tipo A) e qualidade metodológica satisfatória e potencial de viés aumentado (Tipo B)<sup>(13)</sup>.

Realizados os cruzamentos, foram lidos todos os 3168 títulos disponíveis nas bases de dados e os 10 registros obtidos pela busca manual. Em publicações com alguma palavra associada ao objetivo desta revisão

integrativa, foram lidos também os resumos. No total, após o levantamento nas seis bases de dados e uma biblioteca, foram aplicados os critérios de seleção e identificadas 27 publicações que respondiam à questão de pesquisa. Utilizados os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final totalizou 13 artigos para leitura na íntegra. A descrição da busca e da seleção dos artigos apresenta-se na Figura 2.

	Descritores controlados		Descritores não controlados
Estações climáticas	"Environment" OR "Seasons"	OR	(Environments) OR (Season) "Impacts, Environmental" OR "Seasonal Variation" OR "Environmental Impacts" OR "Seasonal Variations" OR "Impact, Environmental" OR "Variation, Seasonal" OR "Environmental Impact" OR "Variations, Seasonal"
			AND
Mortalidade neonatal	"Perinatal mortality"	OR	"Mortalities, Perinatal" OR "Mortality, Perinatal" OR "Perinatal Mortalities"
			AND
Associação, Incidência	"incidence"	OR	"Incidences"

**Figura 1** – Estratégia de buscas com descritores controlados e não controlados, Recife, PE, Brasil, 2022



Fonte: Elaborado pelas autoras

**Figura 2** – Fluxograma dos artigos analisados (n=13), Recife, PE, Brasil, 2022

## RESULTADOS

As buscas desta revisão totalizaram 3158 publicações em seis bases de dados e uma biblioteca virtual. A estratégia de seleção manual de publicações também foi utilizada, resultando em dez artigos encontrados. A amostra final foi composta por 13 publicações (Quadro 1).

**Quadro 1** – Síntese dos estudos sobre a influência do ambiente na incidência do óbito neonatal, Recife, PE, Brasil, 2020

Autor/(Ano) País	Objetivo	Fator Climático	Resultados
Scalone F; Samoggia A / (2018) Itália <sup>(14)</sup>	-Estudar o efeito das baixas temperaturas na mortalidade neonatal em duas áreas rurais italianas entre 1820-1900;	-Temperatura	-O risco de morte durante o primeiro mês de vida variou conforme as condições climáticas e aumentou conforme a temperatura caiu ( $p < 0,082$ ).
Ha S et al./ (2017) EUA <sup>*(15)</sup>	Investigar a associação aguda e crônica de temperaturas extremas e o risco de natimortalidade em uma coorte contemporânea de mulheres grávidas nos EUA.	-Temperatura	-A exposição durante a gravidez a ambientes mais quentes que o habitual aumenta de três a cinco vezes o risco de natimortalidade, quando comparada a temperaturas amenas (OR 3,71; IC 3,07-4,47).
Basu et al./ (2015) EUA <sup>(16)</sup>	-Examinar a temperatura média diária aparente durante a estação mais quente e sua relação com a mortalidade infantil na Califórnia por um período de 13 anos.	-Temperatura	-O aumento na temperatura aparente associou-se a uma elevação no risco de morte para todas as causas (OR 4,6; IC -0,8-10,3), em especial para as causas respiratórias em neonatos (OR 27; IC -0,3-61,8) e circulatórias em pós-neonatos (OR 31,1; IC -11,3-94,2).
Keller CA; Nugent RP./ (1983) EUA <sup>(17)</sup>	-Investigar os padrões sazonais da prematuridade e mortalidade perinatal utilizando os registros de nascimento, morte infantil e morte fetal em Minnesota entre os anos 1067-1973.	-Temperatura	-O parto prematuro apresentou um pico de incidência no mês de agosto, ( $p < 0,005$ ) um pico menor no mês de janeiro e períodos baixos na primavera e no outono.
Luna et al./ (2008) Espanha <sup>(18)</sup>	-Corroborar a relevância da idade como indicador do grau do desenvolvimento infantil (na ausência de outras informações biológicas, como peso e altura) na variação sazonal da mortalidade infantil, em relação às principais causas de morte.	-Temperatura	-Embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa, recém-nascidos menores de uma semana de vida apresentam razão de mortalidade maior no verão (0,515), enquanto crianças que sobrevivem a primeira semana, são mais propensas a morrer no inverno ( $p < 0,991$ ).
Schifano P et al./ (2013) Roma <sup>(19)</sup>	-Avaliar o efeito da exposição a extremos de temperatura e da poluição no parto pré-termo e identificar os fatores de risco sociodemográficos e clínicos envolvidos nesse processo.	-Temperatura -Poluição ambiental	-Houve um aumento de 1,9% no número de partos pré-termo com o acréscimo diário de 1°C na temperatura máxima aparente nos dias que antecedem o parto nas estações mais quentes (OR 1,87; IC 0,86-2,87); -Mulheres expostas a poluentes ambientais em climas quentes tem a redução de 12 a 22 dias no risco de parto prematuro (OR 0,69; IC 0,23-1,15).
Siniarska A; Koziel S./ (2010) Polônia <sup>(20)</sup>	- Investigar a correlação entre os fatores climáticos (temperatura, umidade, precipitação, luz solar), seu impacto sobre o desenvolvimento pré-natal, a manifestação de diferenças nos resultados para o neonato, dependendo do seu mês de nascimento.	-Temperatura -Luminosidade -Umidade -Chuva	-A exposição a alta temperatura (RP: 0,589; $p < 0,001$ ), maior luminosidade (RP: 0,705; $p < 0,001$ ), baixa umidade (RP: -0,658; $p < 0,001$ ) e mais chuva (RP: 0,740; $p < 0,001$ ) durante o segundo trimestre de gestação foi fortemente associado ao maior comprimento no nascimento em recém-nascidos do sexo masculino.

Continua

Continuação do Quadro 1

Autor/(Ano) País	Objetivo	Fator Climático	Resultados
Hartig T; Catalano R/(2013) Suécia <sup>(21)</sup>	-Testar a hipótese de que a chance de baixo peso ao nascer na Suécia tem associação negativa com a temperatura durante os meses do verão.	-Temperatura	-Recém-nascidos do sexo masculino nascidos entre os meses de Junho ( $p < 0,0282$ ) ou Agosto ( $p < 0,0271$ ) em temperaturas mais frias do que o esperado para o verão na Suécia tem mais chance de nascer com baixo peso.
Van Zutphen AR et al./ (2014) EUA <sup>(22)</sup>	-Examinar a relação entre temperaturas extremas no inverno e defeitos de nascimento para determinar se as gestantes podem ser vulneráveis aos extremos climáticos esperados com as mudanças no clima.	-Temperatura	-A diminuição de 1° C na temperatura média diária aparente no inverno e o frio extremo durante o período crítico da embriogênese associou-se ao aumento nas chances de coarctação da aorta (OR 1,06, IC 1,02-1,11) e reduziu a chance de hipoplasia do coração esquerdo (OR 0,92, IC 0,86-0,98).
Li S et al./ (2018) Austrália <sup>(23)</sup>	-Examinar os efeitos da temperatura ambiente nos três trimestres da gravidez no nascimento prematuro e na natimortalidade e avaliar as mudanças de efeito entre o período de 1994-2013.	-Temperatura	-A exposição a baixa (OR 1,21; IC 1,16-1,27) e alta (OR 1,21; IC 1,16-1,26) temperatura no terceiro trimestre da gravidez aumenta o risco de nascimento prematuro. -A exposição a baixas (OR 1,23; IC 1,04-1,14) e altas (OR 1,47 IC 1,24-1,74) temperaturas no segundo trimestre da gestação está associada ao risco de natimortalidade.
Guo T et al./ (2018) China <sup>(24)</sup>	-Investigar a associação entre a exposição a temperaturas extremas e parto prematuro.	-Temperatura	-A exposição ao calor nos três meses que antecedem a gravidez aumentou o risco de nascimento prematuro em áreas quentes (OR 1,22; IC 1,16-1,29).
Kloog et al./ (2018) Israel <sup>(25)</sup>	-Investigar a associação entre a temperatura ambiente com o baixo peso ao nascer e tamanho para idade gestacional em recém-nascidos a termo utilizando registros hospitalares regionais do sul de Israel.	-Temperatura	-O quartil mais baixo de temperatura ambiente ( $T < 18,5$ ) foi associado ao maior risco de baixo peso ao nascer (OR 0,33; IC 1,11-1,58), enquanto o quartil mais alto ( $T \geq 21,3$ ) não mostrou associação estatística. -Quando o tamanho foi considerado como variável dependente, o quartil mais baixo de temperatura ambiente se associou ao maior risco de nascer PIG <sup>§</sup> (OR 1,18; IC 1,09-1,29), enquanto o quartil mais alto foi associado ao um risco menor de ser PIG (OR 0,91; IC 0,84-0,99).
Schinasi et al./ (2020) EUA <sup>(26)</sup>	-Descrever os resultados de um case-crossover de análise entre temperatura diária e a mortalidade infantil na Filadélfia.	-Temperatura	-O risco de mortalidade infantil aumentou 22,4% (IC 5,0-42,6) para cada 1°C.

\*Estados Unidos da América

§Pequeno para idade gestacional (PIG)

## DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa indicam que a exposição a extremos de temperatura (calor ou frio) está associada ao aumento no risco de natimortalidade<sup>(16)</sup> e do óbito neonatal<sup>(14-16,26)</sup> e contribui para ocorrência de seus condicionantes como a prematuridade<sup>(17,19,23-24)</sup>, alterações no peso ao nascer<sup>(21,23,25)</sup>, má formação cardíacas congênitas<sup>(22)</sup> e diminuição do tamanho corporal esperado para idade gestacional<sup>(20)</sup>.

Os efeitos das estações climáticas e suas consequências sobre a gestação e recém-nascidos não podem ser ignorados. Nessa revisão, gestantes expostas a altas temperaturas apresentaram mais desfechos relacionados ao óbito neonatal, como por exemplo, o parto prematuro<sup>(24)</sup>, quando comparadas àquelas expostas a temperaturas mais frias. O mecanismo fisiológico da exposição ao calor pode estar relacionado à redução

no fluxo sanguíneo circulante no útero em decorrência da desidratação, aumento da viscosidade sanguínea e consequente aumento na secreção de hormônio antidiurético e ocitocina, estimulando as contrações do trabalho de parto<sup>(27)</sup>.

Por outro lado, em alguns estudos<sup>(21,24)</sup>, com gestantes expostas a temperaturas mais frias houve maior predomínio de fatores de risco relacionados ao óbito neonatal, como a prematuridade<sup>(24)</sup> e o baixo peso ao nascer<sup>(21)</sup>. Ainda que a temperatura fetal no útero permaneça constante, o clima frio acarreta vasoconstricção e limitação do fluxo sanguíneo placentário, limitando o crescimento do feto e contribuindo para liberação de hormônios relacionados ao estresse que favorecem a diminuição na duração da gestação<sup>(28)</sup>.

Para os recém-nascidos, a exposição a extremos de temperatura aumentou o risco de morrer no primeiro mês de vida<sup>(14)</sup>. Estudo americano evidenciou associação entre exposição do feto a altas temperaturas na semana que antecedeu o nascimento e natimortalidade<sup>(15)</sup>. Paralelamente, em pesquisa realizada no nordeste da Itália, observou-se que a exposição a climas frios após o nascimento aumenta a vulnerabilidade do óbito no recém-nascido devido a dificuldade no controle de temperatura corporal e risco de hipotermia neonatal<sup>(14)</sup>.

As mudanças climáticas e a inalação de poluentes ambientais<sup>(19,28)</sup>, embora não sejam objetivo dessa revisão, figuram entre os agentes que contribuem para o parto prematuro e baixo peso ao nascer. A exposição a poluentes, principalmente no último trimestre de gestação, pode interferir na maturação da placenta e contribuir para indução de secreção anormal de hormônios placentários, levando a uma falha na adaptação do crescimento fetal com consequências sobre o desenvolvimento de restrição do crescimento intrauterino e trabalho de parto prematuro<sup>(29)</sup>.

Os fatores luminosidade, umidade e chuva, foram abordados em apenas uma das publicações encontradas<sup>(19)</sup>. Entretanto, para avaliar adequadamente o efeito do estresse térmico sobre a saúde, faz-se necessária a análise da combinação dos agentes temperatura, velocidade e umidade do ar, para evitar erros na interpretação pelo uso de apenas uma estação que contemple todos os fatores nesse monitoramento<sup>(30)</sup>.

As consequências da prematuridade repercutem desde a infância até a idade adulta, devido a ruptura no crescimento fetal normal intrauterino e na suspensão da maturação natural dos órgãos fetais, ocasionando distúrbios e deficiências que podem persistir ao longo da vida do indivíduo, além do risco aumentando para o óbito fetal<sup>(31)</sup>. Intervenções direcionadas a melhoria na assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, que utilizem informações em saúde atualizadas configuram-se como estratégia para planejamento de ações que objetivam a redução no quantitativo de óbitos neonatais.

O acompanhamento sistemático do bebê desde a gestação até o período neonatal com a identificação precoce de problemas relacionados à saúde da gestante e do conceito consiste em estratégias que os profissionais de saúde podem utilizar para redução da taxa de mortalidade neonatal. O enfermeiro, membro da equipe mais próximo do cuidado, além de fornecer o apoio necessário durante o pré-natal, também fornece as orientações referentes aos cuidados com os recém-nascidos de risco e a termo desde o parto até as consultas pós alta hospitalar.

Esta revisão apresentou como limitação a natureza observacional das publicações, visto que estas não são capazes de inferir causa e efeito, e sim associação entre temperatura e óbito neonatal. Recomenda-se que novos estudos sejam desenvolvidos para investigar com maior profundidade a relação dos fenômenos climáticos, calor e frio sobre o período neonatal.

## CONCLUSÃO

As mudanças climáticas têm repercussões na saúde dos indivíduos desde a gestação. Nessa revisão, identificou-se que os extremos de temperatura podem estar associados ao óbito neonatal e ao nascimento de recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer. Outros fatores como poluição, luminosidade, umidade e chuvas apareceram nas publicações com menor ênfase, porém com associação semelhante ao desfecho supracitado.

O óbito neonatal ainda se constitui como um problema de saúde pública devido à magnitude das consequências que traz para a sociedade. O conhecimento dos riscos das alterações de temperatura na saúde das gestantes e seus conceitos fornece meios para que os profissionais de saúde tracem e executem estratégias para diminuir as taxas de mortalidade neonatal.

A compreensão do papel dos extremos térmicos nos desfechos da gestação em países onde o óbito neonatal ainda se constitui como um problema de saúde pública é um dos pressupostos para o planejamento das políticas em saúde que visam à redução da mortalidade infantil, a partir da identificação de seus possíveis causadores. Nesta revisão, os condicionantes relacionados ao ambiente mais citados foram a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Levels & Trends in Child Mortality Report 2018: Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation [Internet]. Geneva: WHO: 2019[cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.unicef.org/media/47626/file/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf>
2. Bernardino FBS, Gonçalves TM, Pereira TID, Xavier JS, Freitas BHBM, Gaíva MAM. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Cienc Saúde Coletiva*. 2022;27(2):567-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41192020>
3. Veloso FCS, Kassar LML, Oliveira MJC, Lima THB, Bueno NB, Gurgel RQ, et al. Análise dos fatores de risco na mortalidade neonatal no Brasil: uma revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais. *J Pediatr*. 2019;95(5):519-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.12.014>
4. Malta DC, Prado RR, Saltarelli RMF, Monteiro RA, Souza MFM, Almeida MF. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22: e190014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190014>
5. Poursafa P, Keikha M, Kelishadi R. Systematic review on adverse birth outcomes of climate change. *J Res Med Sci* [Internet]. 2015[cited 2022 Mar 20];20(4):397-402. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468458/>
6. Lacasaña M, Esplugues A, Ballestes F. Exposure to ambiente air pollution and prenatal and early childhood health effects. *Eur J Epidemiol*. 2005;20(2):183-99. <https://doi.org/10.1007/s10654-004-3005-9>
7. Kloog I. Air pollution, ambient temperature, green space and preterm birth. *Current opinion in pediatrics*. 2019;31(2):237-43. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000736>
8. Carolan-Olah M, Frakowska D. High environmental temperature and preterm birth: a review of the evidence. *Midwifery*. 2014;30(1):50-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.011>
9. Silva MA, Xavier DR, Rocha V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e Emergências em Saúde Pública. *Saúde Debate*. 2021;44:48-68. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E204>
10. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
11. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
12. Marziale MH. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa [Internet]. 2015[cited 2022 Mar 20]. Available from: <http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2016/04/Instrumento-revisao-de-la-liteturara-RedENSO-2017.pdf>
13. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Great Ormond Street Hospital for Children. 2011.
14. Scalone F, Samoggia A. Neonatal mortality, cold weather, and socioeconomic status in two northern Italian rural parishes, 1820-1900. *Demographic Res*. 2018;39(18):525-60. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2018.39.18>
15. Ha S, Liu D, Zhu Y, Kim SS, Sherman S, Grantz KL, et al. Ambient Temperature and Stillbirth: a multi-center retrospective cohort study. *Environ Health Perspectives*. 2017;125(6):067011. <https://doi.org/10.1289/EHP945>
16. Basu R, Pearson D, Sie L, Broadwin R. A case-crossover study of temperature and infant mortality in California. *Paediatric Perinatal Epidemiol*. 2015;29:407-15. <https://doi.org/10.1111/ppe.12204>

17. Keller CA, Nugent RP. Seasonal Patterns in perinatal mortality and preterm delivery. *Am J Epidemiol.* 1983;118(5):689-98. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113679>
18. Luna F, Alonso V, Fuster V, Edo MA. Child Age Influence on the Seasonal Death Risk During the First Year of Life (Spain, 1975-1989). *Am J Hum Biol.* 2008;20:278-84. <https://doi.org/10.1002/ajhb.20712>
19. Schifano P, Lallo A, Asta F, Sario MD, Davoli M, Michelozzi P. Effect of ambient temperature and air pollutants on the risk of preterm birth, Rome 2001-2010. *Environ Internat.* 2013;61:77-87. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2013.09.005>
20. Siniarska A, Koziel S. Association of birth weight and length with air temperature, sunlight, humidity and rainfall in the city of Warsaw, Poland. *HOMO-J Comp Human Biol.* 2010;61:373-80. <https://doi.org/10.1016/j.jchb.2010.07.001>
21. Hartig T, Catalano R. Cold summer weather, constrained restoration, and very low birth weight in Sweden. *Health Place.* 2013;22:68-74. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.03.008>
22. Van Zutphen AR, Hsu WH, Lin S. Extreme winter temperature and birth defects: a population-based case-control study. *Environ Res.* 2014;128:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2013.11.006>
23. Li S, Chen G, Jaakkola JJK, Williams G, Guo Y. Temporal change in the impacts of ambient temperature on preterm birth and stillbirth: Brisbane, 1994-2013. *Sci Total Environ.* 2018;634:579-85. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.03.385>
24. Guo T, Wang Y, Zhang H, Zhang Y, Zhao J, Wang Y, et al. The association between ambient temperature and risk of preterm birth in China. *Sci Total Environ.* 2018;613-614:439-46. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105851>
25. Kloog I, Novack L, Erez O, Just AC, Raz R. Associations between ambient air temperature, low birth weight and small for gestational age in term neonates in Southern Israel. *Environ Health.* 2018;17(1):76. <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12940-018-0420-z>
26. Schinasi LH, Bloch JR, Melly S, Zhao Y, Moore K, De Roos AJ. High Ambient Temperature and Infant Mortality in Philadelphia, Pennsylvania: a case-crossover study. *AJPH Climate Change.* 2020;110(2):189-95. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305442>
27. Basu R, Malig B, Ostro B. High Ambient Temperature and the Risk of Preterm Delivery. *Am J Epidemiol.* 2010;172:1108-17. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq170>
28. Bruckner TA, Modin B, Vagerö D. Cold temperature in utero and birth outcomes in Uppsala, Sweden, 1915-1929. *Ann Epidemiol.* 2014;24:116-21. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.11.005>
29. Anwar A, Ayub M, Khan N, Flahault A. Nexus between Air Pollution and Neonatal Deaths: a case of Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:4148. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214148>
30. Yuan L, Zhang Y, Wang W, Chen R, Liu Y, Liu C, et al. Critical windows for maternal fine particulate matter exposure and adverse birth outcomes: the Shanghai birth cohort study. *Chemosphere.* 2020;240:124904. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2019.124904>
31. Mohammadi D, Naghshineh E, Sarsangi A, Sakhvidi MJE. Environmental extreme temperature and daily preterm birth in Sabzevar, Iran: a time-series analysis. *Environ Health Med.* 2019;24:5. <https://doi.org/10.1186/s12199-018-0760-x>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c6>

# INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS À CRIANÇA SADIA: REVISÃO INTEGRATIVA

**Maria Clarissa Ferreira de Oliveira<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6588-560X

**Cleide Maria Pontes<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-4707-6873

**Iracema da Silva Frazão<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4690-3753

**Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-0530-2895

**Ana Paula Esmeraldo Lima<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-8447-4072

**Luciana Pedrosa Leal<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-3776-0997

<sup>I</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade de Aveiro.  
Aveiro, Portugal

## Autora Correspondente:

Maria Clarissa Ferreira de Oliveira  
E-mail: [clarissa285@hotmail.com](mailto:clarissa285@hotmail.com)



## Cómo citar:

Oliveira MCF, Pontes CM, Frazão IS, et al. Instrumentos de medição dos cuidados prestados à criança sadia: Revisão integrativa. In: Pontes MC, Aguiar GRC, Leal LP, et al (Orgs.). Evidências científicas para a promoção do bem-estar de pessoas em diferentes contextos e fases de vida. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p. 58-69. <https://doi.org/10.51234/aben.23.e16.c06>

Revisora: Iris Nayara da Conceição Souza Interaminense.  
Instituto Federal de Pernambuco.  
Abreu e Lima, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O cuidado expressa a humanidade do ser. O ato de cuidar e ser cuidado inicia-se ainda na infância e perpassa por toda a existência humana, sofrendo interferências culturais, econômicas, de crenças e valores que variam de acordo com o ambiente e com as redes sociais de apoio disponíveis<sup>(1)</sup>.

Durante muitos anos, as crianças foram tratadas como adultos em miniatura, não havia a especificidade dos cuidados por faixa etária, nem eram considerados os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil<sup>(2)</sup>. Na contemporaneidade, a infância é compreendida como um período singular de mudanças físicas e psicológicas, no qual se inicia o processo de construção da personalidade e condutas humanas. O crescimento e o desenvolvimento infantil, portanto, devem ser considerados e preservados por meio de cuidados específicos prestados pela sua rede social<sup>(3,4)</sup>.

Essa rede, refere-se às relações que o ser humano estabelece com os indivíduos e com o meio, contribuindo para a sua sobrevivência e crescimento interpessoal. A rede social primária é constituída por familiares, amigos, vizinhos, pessoas que estão mais próximas do indivíduo e que possuem influência sobre ele. Já a secundária, diz respeito às instituições, organizações sem fins lucrativos, comunidade e indivíduos que estabeleceram um contato social casual<sup>(4)</sup>.

Nas práticas de cuidado à população infantil, se faz necessário o apoio de uma rede social constituída pela família, profissionais da saúde e comunidade. A atividade dos membros dessa rede proporcionará a proteção e a manutenção do bem-estar das crianças<sup>(3)</sup>. A família configura-se como um importante elemento nesse processo de cuidar, pois representa o primeiro componente da rede social primária da criança. É a partir dos laços familiares que surgem as manifestações do cuidado destinado à



sua sobrevivência. Na maioria das vezes, a figura materna se apresenta como a principal cuidadora desses indivíduos<sup>(5)</sup>.

Em alguns momentos, o familiar cuidador refere sentimento de insegurança e apresenta dúvidas quanto à prestação desses cuidados. Esse contexto pode agravar-se em virtude da ausência ou deficiência de uma rede social que disponibilize informações e recursos a fim de assegurar que o cuidado à criança seja ofertado de maneira instrumentalizada e segura<sup>(6)</sup>.

A criança demanda uma atenção integral que deve ser realizada de forma contínua e acolhedora por todos os participantes da sua rede social por meio da prestação dos cuidados populares e científicos<sup>(3)</sup>. Para isso, se faz necessária a avaliação de como esses cuidados estão sendo prestados, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento da criança, a prevenção de agravos, a reabilitação e a promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A construção e utilização de instrumentos de avaliação possibilita a identificação do nível do conhecimento empírico e/ou técnico científico dos cuidadores, na execução de ações relacionadas às dimensões do cuidado ao público infantil. O *Parental Responsibility Scale*, é um dos instrumentos adotados para mensurar como é realizado a execução dos cuidados destinados à criança pelos pais, bem como o *Maternal Parenting Self-Efficacy*, que avalia a autoeficácia materna em relação às atitudes, crenças e ações das mães para com seus filhos<sup>(7,8)</sup>.

Os instrumentos de avaliação dos cuidados prestados às crianças são ferramentas que fornecem subsídios para o aumento da eficácia do cuidado prestado e o desenvolvimento de estratégias que auxiliem os cuidadores nessa busca, minimizando as suas fragilidades e reforçando as suas potencialidades. No entanto, muitos deles são utilizados de maneira indiscriminada, sem levar em consideração a sua validade e confiabilidade<sup>(9)</sup>.

A equipe multidisciplinar de saúde necessita conhecer como estão estruturados tais instrumentos, a fim de utilizar aqueles que avaliam a qualidade da assistência prestada à criança de modo fidedigno e que sirvam de auxílio para o desenvolvimento de ações que tornem os cuidadores mais ativos e conscientes no processo do cuidar. Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos teóricos e metodológicos dos instrumentos que mensuram o cuidado à criança sadia por sua rede social.

## MÉTODO

A revisão integrativa da literatura é uma modalidade de pesquisa que permite selecionar e interpretar os achados científicos, facilitando a sua utilização na prática clínica e explicitando as possíveis lacunas do conhecimento para posterior investigação<sup>(10, 11)</sup>.

A operacionalização deste estudo se deu a partir das seguintes etapas: 1- identificação do tema/definição da pergunta condutora “Como estão estruturados os aspectos teóricos e metodológicos dos instrumentos que mensuram o cuidado prestado à criança sadia por sua rede social?”; 2- estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, busca na literatura e seleção dos estudos primários; 3- extração das informações/categorização dos estudos selecionados; 4- avaliação dos estudos primários; 5- interpretação e discussão dos resultados; 6- síntese do conhecimento/apresentação da revisão<sup>(12)</sup>.

Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos originais, nos idiomas inglês, português e espanhol, que estavam disponíveis na íntegra e que respondiam à pergunta de pesquisa. Não houve recorte temporal para esta pesquisa com o intuito de identificar o período de início do desenvolvimento dos instrumentos em questão. As dissertações, teses, artigos reflexivos, revisões integrativas ou sistemáticas da literatura, livros/capítulos de livros, editoriais, matérias de jornal sem caráter científico, cartas ao editor e relatos de casos informais foram excluídos.

O procedimento de busca e seleção dos estudos primários ocorreu no mês de fevereiro de 2022, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, COCHRANE, CUIDEN e na biblioteca virtual da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), por meio dos descritores: Cuidado da Criança, Rede Social, Apoio Social, Relações Familiares, Pessoal de Saúde, Estudos de Validação, Inquéritos e Questionários, como descritor exato

e Escalas como termo alternativo, disponíveis no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus termos correspondentes do *Medical Subject Reading (MESH)*, em inglês: *Child Care, Social Networking, Social Support, Family Relations, Health Personnel, Validation Studies, Scales, Surveys and Questionnaires* e em espanhol: *Cuidado del Niño, Rede Social, Apoyo Social, Relaciones Familiares, Personal de Salud, Estudios de Validación, Escalas, Encuestas y Cuestionarios*. Os cruzamentos foram realizados, sendo mantido em todos, os descritores Cuidado da Criança e Apoio Social, utilizando o operador booleano “and”. Após a busca inicial, foram encontrados 1567 estudos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Publicações sobre os instrumentos que mensuram os cuidados com a criança. Recife, PE, Brasil, 2020.

Bases de dados/ Biblioteca	Cuidado da Criança/ Apoio Social/ Relações familiares	Cuidado da criança/rede social/Apoio social	Cuidado da criança/ Apoio social/ estudos de validação	Cuidado da criança/ Apoio social/ Inquéritos e Questionários	Cuidado da criança/Apoio social/Escalas	Cuidado da criança/Apoio social/Pessoal de saúde	Total
LILACS	2	1	0	0	0	0	3
MEDLINE	230	3	0	159	24	85	501
CUIDEN	25	2	0	0	2	4	33
SCOPUS	139	4	2	84	184	44	457
CINAHL	14	1	1	19	57	1	93
COCHRANE	104	31	2	62	138	29	366
SCIELO	27	60	0	6	19	2	114
<b>TOTAL</b>	424	100	5	354	424	128	1567

Para a seleção dos estudos primários, foi realizada a leitura dos títulos dos 1567 artigos encontrados nos locais de busca. Foram excluídos 1505, por não se adequarem à temática do cuidado à criança sadia. Entre os 62 artigos restantes, 17 estavam duplicados, sendo contabilizados apenas uma vez na primeira base de dados na qual foi localizado. Após essa etapa, 45 artigos foram selecionados para a leitura dos seus resumos. Desses, 33 foram excluídos por não responderem à questão de pesquisa. Em seguida, houve a leitura na íntegra dos 12 artigos selecionados para a coleta dos dados e a avaliação do rigor metodológico (Figura 1).

O instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>(13)</sup> foi utilizado para a avaliação do rigor metodológico. Esse instrumento, constituído por dez itens, apresenta um escore que varia de zero a 10. Os estudos que receberam uma pontuação entre 6 a 10 (classificação A) foram mantidos na amostra, devido a sua qualidade metodológica e viés reduzido. Aqueles que receberam uma pontuação menor ou igual a 5 (classificação B) possuem baixo rigor metodológico e, por isso, dois artigos foram excluídos da pesquisa. A amostra final foi composta por 10 artigos (figura 1).

A coleta dos dados, referentes aos artigos selecionados, ocorreu com o auxílio de um instrumento validado<sup>(14)</sup>, adaptado com a finalidade de organizar e sintetizar as informações. Os aspectos abordados nesse instrumento, foram: 1- identificação dos artigos (título do artigo, autor, ano da publicação, país, idioma); 2- profissão do autor da publicação; 3- referencial teórico; 4- características metodológicas do estudo (tipo de estudo, atores da rede social, tipo de rede social, tipo de instrumento, faixa etária da criança, objetivo e estrutura do instrumento, dentre outros.); 5- resultados; 6- análise dos dados; 7- conclusões.

O nível de evidência, dos artigos, foi identificado segundo recomenda Stillwell et al.<sup>(15)</sup>, que o classifica em: 1- metanálise/revisão sistemática; 2- ensaio clínico randomizado; 3- ensaio clínico sem randomização;

4- caso controle ou estudo de coorte; 5- revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; 6- estudos qualitativos/descritivos; 7- opiniões de especialistas.

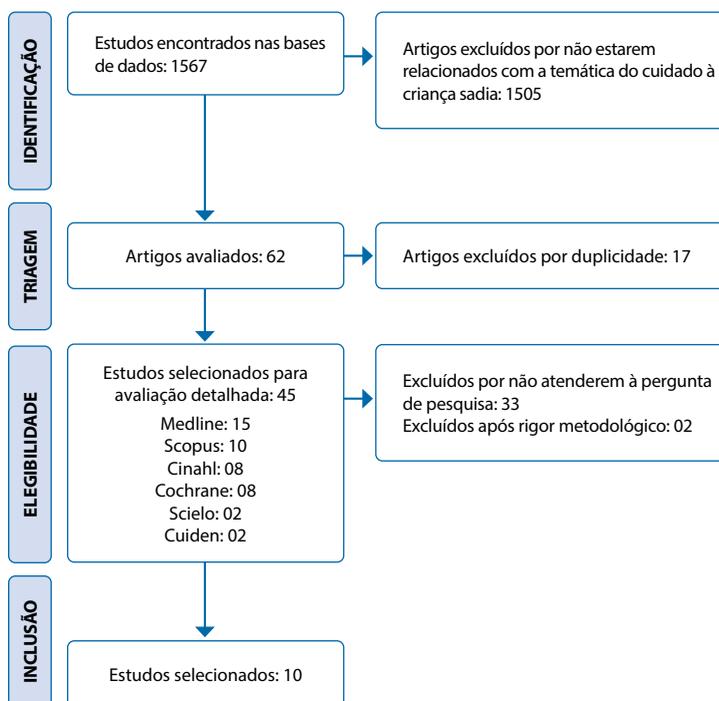


Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações. Recife, PE, Brasil, 2020

Os resultados foram categorizados de acordo com a teoria da Rede Social proposta por Sanicola<sup>(4)</sup>, em primária e secundária, e sintetizados em quadros. A discussão foi construída a partir da análise das características teóricas e metodológicas dos instrumentos encontrados em consonância com o que a literatura científica traz a respeito da construção e validação de ferramentas avaliadoras do cuidado.

## RESULTADOS

Dos 10 artigos selecionados, quatro foram estudos realizados nos Estados Unidos<sup>(16,17,18,19)</sup>, três no Canadá<sup>(20,21,22)</sup>, dois no Reino Unido<sup>(23,24)</sup> e um na Finlândia<sup>(25)</sup>, publicados entre os anos de 1986 a 2017. Em relação ao predomínio de artigos por área da saúde, cinco pesquisas foram desenvolvidas por profissionais de enfermagem<sup>(23,16,21,25,19)</sup>, seguidos por profissionais da psicologia<sup>(20,24)</sup>, medicina<sup>(17)</sup>, nutrição<sup>(22)</sup> e odontologia<sup>(18)</sup>.

Os instrumentos encontrados, conforme descritos no quadro 1, avaliam os cuidados prestados à criança em diferentes perspectivas. Alguns mensuram o cuidado relacionado à práticas de segurança para prevenção de acidentes na infância<sup>(20,24)</sup>, outros à dieta e atividades físicas desenvolvidas<sup>(22)</sup>, além de avaliarem a parentalidade<sup>(23)</sup>, interação dos pais com os seus filhos<sup>(16,17,21)</sup>, o conhecimento, atitudes, práticas e a qualidade do cuidado ofertado<sup>(18,19,25)</sup>. O tipo de instrumento mais encontrado entre os estudos foi a escala<sup>(16-25)</sup>. O número de itens variou entre 21 a 73, subdivididos por categorias.

A rede social de maior evidência como público-alvo desses instrumentos<sup>(16,17,20,21,23,24)</sup> foi a primária. Os atores da rede social aos quais os instrumentos são direcionados para se avaliar o cuidado à criança, foram os pais<sup>(16,20,21,23)</sup>, sendo dois deles específicos para as mães<sup>(17,24)</sup>. Com relação a rede social secundária, os atores

avaliados foram os enfermeiros<sup>(19,25)</sup> e instituições comunitárias<sup>(18,22)</sup>. A faixa etária das crianças variou de acordo com o objetivo do instrumento. Todas as fases da infância foram contempladas, desde lactentes até escolares.

A maioria dos artigos descreveu que as ferramentas de medição passaram por algum tipo de validação, seja ela de construto e/ou de conteúdo<sup>(16-25)</sup>, com exceção do artigo que apresentou o questionário de práticas de segurança<sup>(21)</sup>. A validação de conteúdo<sup>(16-23,25)</sup> foi realizada de acordo com a perspectiva de especialistas na área, referente aos objetivos do instrumento, analisando sua clareza, legibilidade e coerência dos itens. O construto dos instrumentos foi avaliado pelo público-alvo e submetido a testes estatísticos de confiabilidade do teste-reteste, análise fatorial e consistência interna, pelo coeficiente Alfa de Cronbach<sup>(16,17,19,20,21,25)</sup>.

*Parental Self-Efficacy Scale*<sup>(23)</sup> mensura a autoeficácia parental de pais de crianças de zero a seis anos. A escala validada por especialistas, compreende 18 itens dispostos em quatro seções: obter informações quando a criança está saudável, cuidados gerais relacionados a problemas de saúde; uso e capacidade de resposta dos serviços de saúde durante um período específico e perguntas sociodemográficas. Os itens foram apresentados em forma de escala Likert de quatro pontos e em respostas dicotômicas (sim / não). O estudo informa que houve uma validação de aparência com o público-alvo para identificar se os itens possuem clareza e legibilidade.

O questionário validado, *Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ)*<sup>(20)</sup>, avalia o comportamento, atitudes e crenças dos pais ao risco de lesões involuntárias em crianças. Os itens que compõem o PSAPQ foram elaborados a partir de uma revisão da literatura referente aos comportamentos e atributos que os pais devem ter para supervisionar seus filhos, a fim de prevenir acidentes. O questionário possui 29 itens, com frases afirmativas, subdivididos em 4 domínios: proteção (9 itens), supervisão (9 itens), risco de tolerância (8 itens), fatalidade (3 itens). Cada item, pode ser julgado pelos pais através de uma escala de cinco pontos, em que o menor valor, um, significa que os pais discordam totalmente da assertiva e o cinco que concordam totalmente.

Esse instrumento passou por procedimentos de validação de conteúdo por especialistas, de aparência com o público-alvo e teve suas características psicométricas avaliadas, utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Pearson para avaliar a estabilidade do teste-reteste, o Alfa de Cronbach para mensurar a consistência interna do instrumento que apresentou valores adequados, acima de 0,70 para os quatro domínios da escala, além da análise fatorial para confirmar a validade do construto.

A *Child Care Activities Scale (CCAS)* e a *Parental Role Preference Scale (PRPS)*<sup>(16)</sup> são escalas desenvolvidas por Cronenwett em 1982 que mensuram a percepção e os cuidados prestados pelos pais às crianças. As duas escalas auto aplicadas foram construídas a partir de uma revisão da literatura dos cuidados desenvolvidos não apenas pelas mães, mas também pelos pais, resultando em 33 itens. Após a aplicação das escalas em um teste piloto com nove casais, a escala final foi composta por 21 itens relacionados aos cuidados diretos, indiretos e as atividades de recreação ofertadas às crianças. O escore destas escalas é calculado através da porcentagem, atribuída pelos pais, do tempo que eles passam ao lado de seus filhos realizando tais atividades. Essa escala passou por procedimentos de validação de conteúdo por especialistas e validação de construto com o público alvo a partir da estabilidade teste-reteste que apresentou uma correlação de 0,70 – 0,81 para as mães e de 0,81 – 0,92 para os pais, avaliação da consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach variou nas escalas entre 0,79 a 0,82) e análise fatorial.

A *Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS)*<sup>(21)</sup>, foi desenvolvido com o intuito de mensurar a interação parental com os bebês. A escala apresenta 73 itens auto aplicados e apresentam como opções de respostas sim/não, dispostos em quatro categorias, três destinadas a avaliar a interação dos pais e duas para avaliar a resposta aos estímulos na criança. Quanto mais alto o escore, maior será a interação entre os pais e filhos. Essa escala foi validada por juízes com expertise na área da saúde da criança e neonatologia, além de ter tido suas características psicométricas avaliadas por meio da análise fatorial, estabilidade teste-reteste e consistência interna pelo Alfa de Cronbach que apresentou escore de 0,85 para os itens relacionados aos pais e de 0,55 para os do bebê.

**Quadro 1** - Aspectos teóricos e metodológicos dos instrumentos que mensuram os cuidados prestados à criança (continua), Recife, Pe, Brasil, 2022

Autor/Ano/Local do Estudo	Instrumento	Referencial Teórico	Tipo/Estrutura do Instrumento/Ator da rede social/ Faixa etária da criança	Objetivo do instrumento	Tipo de validação do instrumento
<b>Rede social primária</b>					
Purssel E, While A. <sup>(23)</sup> (2012) Reino Unido	<i>Parental Self-Efficacy Scale</i>	Revisão da literatura sobre as condutas dos pais nos cuidados à criança.	Escala likert/ 18 itens subdivididos em 4 seções: 1- obtendo informações sobre o cuidado à criança em boas condições de saúde, 2- cuidados gerais durante problemas de saúde da criança, 3- uso e respostas aos serviços de saúde durante problemas de saúde da criança, 4- questões demográficas/ Pais/ Crianças de 0 – 6 anos.	Medir a auto-eficácia Parental de pais de crianças de 0 a 6 anos.	Validação de conteúdo por especialistas.  Validação de aparência
Morrongio BA, Corbett M <sup>(20)</sup> (2006) Canadá	<i>Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ)</i>	Revisão da literatura sobre comportamento, atitudes e crenças dos pais ao risco de lesão involuntárias nas crianças.	Questionário/ 29 itens subdivididos em 4 domínios: proteção, supervisão, risco de tolerância, fatalidade/ Pais/ Crianças de 2 – 5 anos.	Avaliar o comportamento, atitudes e crenças dos pais ao risco de lesões involuntárias em crianças de 2 a 5 anos.	Validação de conteúdo por especialistas.  Validação de construto.
Linda R. Cronenwett, Carolyn M. Sampsel, William R. Wilson <sup>(16)</sup> (1986) Estados Unidos	<i>Child Care Activities Scale (CCAS)</i>  <i>Parental Role Preference Scale (PRPS)</i>	Revisão da literatura sobre as atividades desenvolvidas pelos pais nos cuidados à criança.	Escala/ 21 itens (CCAS/ PRPS) subdivididos em 3 categorias: cuidado direto, indireto e atividades de recreação/ Pais/ Crianças pré-escolares.	Mensurar a porcentagem dos cuidados prestados pelos pais à crianças pré-escolares.	Validação de conteúdo por especialistas.  Validação de construto.
Harrison JM, Magill-Evans J, Sadoway D <sup>(21)</sup> (2001) Canadá	<i>Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS)</i>	Revisão da literatura sobre os elementos que compõem o processo de interação entre pais e filhos	Escala “yes/no”/ 73 itens distribuídos em 4 subescalas para os pais (sensibilidade à estímulos, resposta à dificuldades, fornecer o crescimento sócio emocional, fornecer o crescimento cognitivo) e duas subescalas para os bebês (clareza dos estímulos, responsividade ao cuidador)/ Pais/ Crianças 0 – 36 meses.	Medir a interação dos pais com seus filhos.	Validação de conteúdo por especialistas.  Validação de construto.
Landry S, Smith K, Swank P. <sup>(17)</sup> (2011) Estados Unidos	<i>Maternal warm responsiveness</i>	Revisão da literatura sobre a interação entre a mãe e seu filho.	Escala likert/ Itens relacionados a aceitação calorosa, flexibilidade, capacidade de resposta/ Mães/ Crianças de 6 meses a 8 anos de idade.	Mensurar a interação da mãe com a criança.	Validação de construto

Continua

Continuação do Quadro 1

Autor/Ano/Local do Estudo	Instrumento	Referencial Teórico	Tipo/Estrutura do Instrumento/Ator da rede social/ Faixa etária da criança	Objetivo do instrumento	Tipo de validação do instrumento
Mulvaney C, Kendrick D <sup>(24)</sup> (2006) Reino Unido	Questionário de práticas de segurança	Observação de costumes e comportamentos de segurança domiciliar em famílias do Reino Unido.	Questionário/ Itens relacionados a práticas de segurança domiciliar para prevenção de injúrias em crianças (Armazenamento seguro de fogos de artifício, utilização de telas em janelas, alarmes de incêndio, Armazenamento de produtos de limpeza, medicamentos e outros objetos nocivos a crianças) / Mães/ Crianças de 0 – 5 anos.	Mensurar as práticas de segurança realizadas pelas mães no ambiente domiciliar.	Não descrito
<b>Rede social secundária</b>					
Lafave L, Tyminski S, Riege T, Hoy D, Dexter B. <sup>(22)</sup> (2016) Canadá	<i>Creating Healthy Eating Environments Scale (CHEERS)</i>	Revisão da literatura contemplando a Canadian Food Guide Teoria Cognitiva Social	Escala likert/ 62 itens subdivididos em 5 domínios: Alimentos servidos, planejamento de programas, alimentação saudável, atividade física e ambiente de imagem corporal / Programas comunitários de assistência à infância/ Crianças de 0 – 4 anos.	Medir os cuidados relacionados à nutrição e atividade física em programas canadenses de assistência à infância.	Validação de conteúdo por especialistas
Pelander T, Ieino-kilpi H, Kataj J <sup>(25)</sup> (2009) Finlândia	<i>Child Care Quality at Hospital (CCQH)</i>	Teoria da ação de Gaut.	Escala Likert/ 49 itens subdivididos em 3 categorias: características do enfermeiro, atividades de enfermagem e ambiente de enfermagem/ Enfermeiros/ Crianças de 7- 11 anos.	Medir a qualidade do atendimento pediátrico de enfermagem a partir da perspectiva das crianças.	Validação de conteúdo por especialistas.  Validação de construto.
Sienkiewicz KL, Rainchuso L, Boyd LD, Giblin L <sup>(18)</sup> (2017) Estados Unidos	Questionário de conhecimento e atitudes em relação a lesões dentárias em crianças em idade pré-escolar.	Revisão da literatura sobre o conhecimento e atitudes em relação a lesões dentárias em crianças.	Questionário/ 4 categorias referentes a questões sociodemográficas, nível de conhecimento relacionado a lesões dentárias, escala de likert de 5 opções sobre as atitudes relacionadas às lesões dentárias e questões de múltipla escolha sobre primeiros socorros nas lesões dentárias e 2 estudos de caso com imagens/ Cuidadores/ Crianças em idade pré-escolar.	Mensurar o conhecimento e atitudes dos cuidadores em relação às lesões dentárias em crianças.	Validação de conteúdo por especialistas.
Gillespie GL, et al <sup>(19)</sup> (2012) Estados Unidos	<i>Caring Behaviors Assessment (CBA)</i>	Teoria do Cuidado humano de Watson	Escala de Likert/ 63 itens sobre os comportamentos do cuidado de enfermagem a crianças/ Enfermeiros/ Crianças de qualquer faixa etária.	Mensurar os comportamentos mais importantes dos cuidadores de crianças atendidas na emergência	Validação de conteúdo por especialistas e de construto.

*Maternal warm responsiveness*<sup>(17)</sup> é uma escala criada com a finalidade de mensurar a interação da mãe com o seu bebê. Uma série de comportamentos foram incluídos como indicadores para classificações de aceitação calorosa, flexibilidade e capacidade de resposta, baseados em critérios usados por Ainsworth et al. e Bornstein e Tamis-LeMonda. Seus itens estão dispostos em escala Likert de cinco pontos. O artigo cita que a escala passou por validação de construto, apresentando um coeficiente Alfa de Cronbach acima de 0,80 para todos os seus itens.

O questionário de práticas de segurança<sup>(24)</sup> avalia as práticas de segurança executadas pela mãe no ambiente domiciliar com a finalidade de garantir a proteção de seus filhos. Os itens utilizados pelo instrumento foram escolhidos a partir da observação de costumes e comportamentos de segurança domiciliar em famílias do Reino Unido. O artigo não informa se suas propriedades psicométricas sofreram processo de validação.

A *Creating Healthy Eating Environments Scale (CHEERS)*<sup>(22)</sup> é uma escala desenvolvida com o objetivo de mensurar os cuidados relacionados à nutrição e atividade física ofertados pelos centros de cuidados a crianças existentes no Canadá. Para a construção dos itens da escala, foi realizada uma revisão de literatura abrangente que contemplava a política do programa de cuidados infantis, a *Canadian Food Guide*, e diretrizes para a atividade física canadense para crianças de zero a quatro anos. A Teoria Cognitiva Social foi utilizada como referencial teórico para subsidiar a elaboração da escala. A escala foi submetida a critérios de validação de conteúdo por especialistas, apresentando um *Content Validity Index (CVI)* final de 0,94 e de aparência com o público alvo, por meio da avaliação da clareza e legibilidade dos itens. Apresenta em sua versão final 63 itens subdivididos em cinco categorias relacionadas a alimentos servidos, planejamento de programas, alimentação saudável, atividade física e ambiente de imagem corporal.

*Child Care Quality at Hospital (CCQH)*<sup>(25)</sup> é um instrumento desenvolvido por Leino-Kilpi, com a finalidade de mensurar a percepção de pacientes adultos em relação à qualidade dos cuidados prestados pela enfermagem na atenção hospitalar, seguindo o referencial teórico da Teoria da ação de Gaut. O instrumento foi adaptado, para que se tornasse viável a sua execução segundo a avaliação dos pacientes pediátricos. Suas características psicométricas foram avaliadas a partir da validação de construto por análise fatorial, estabilidade teste-reteste e consistência interna pelo Coeficiente Alfa de Cronbach que apresentou valores entre 0.57 -0.82.

O questionário de conhecimento e atitudes em relação a lesões dentárias em crianças em idade pré-escolar<sup>(18)</sup> possui o objetivo de avaliar tais componentes relacionados à saúde bucal das crianças em profissionais de centros especializados em cuidados pediátricos. O questionário apresenta escalas Likert de cinco pontos, questões de múltipla escolha e dois estudos de caso. Suas propriedades foram avaliadas por cinco especialistas na área.

*Caring Behaviors Assessment (CBA)*<sup>(19)</sup> é um instrumento originalmente desenvolvido para avaliar os comportamentos do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar em pacientes adultos. A versão adaptada deste instrumento avalia as ações da enfermagem no cuidado às crianças, segundo a percepção dos pais. A teoria do cuidado humano de Watson forneceu os fundamentos teóricos do estudo. As propriedades psicométricas foram determinadas através do índice de validade de conteúdo (CVI 3,75) e a confiabilidade por meio da consistência interna (Alfa de Cronbach 0,971).

## DISCUSSÃO

Há um interesse, no meio científico, pela construção e utilização de instrumentos que mensuram o envolvimento dos pais com seus filhos<sup>(26)</sup>, qualidade de vida<sup>(27)</sup>, e outros assuntos relacionados à saúde da criança<sup>(28-30)</sup>. Tal fato também se adequa a temática referente aos cuidados prestados pelos cuidadores<sup>(16-25)</sup>, pois as ações direcionadas ao público infantil têm interferências diretas sobre o seu crescimento e desenvolvimento.

Evidencia-se a existência de estudos que apresentam escalas e questionários avaliadores do cuidado à criança sadia em diversos contextos. Alguns, direcionados à dieta<sup>(22)</sup>, outros à prevenção de acidentes domésticos<sup>(20,24)</sup>, vínculo afetivo<sup>(17,21)</sup>, segurança na execução de ações parentais<sup>(23)</sup>, crenças, conhecimento e práticas de cuidados específicos<sup>(18,19,26)</sup>. O processo de cuidar da criança deve assegurar todo o seu bem-estar físico,

emocional, cognitivo, econômico e social. Para isso, é necessário que ocorram ações de cuidado distintas, por diversos atores da sua rede social, para contemplar todos os aspectos da sua qualidade de vida<sup>(31)</sup>.

Os pesquisadores podem optar por construir e utilizar instrumentos que contemplem apenas uma dimensão do cuidado ao público infantil<sup>(16-22,24,25)</sup> ou trazê-los de forma mais ampla e generalizada<sup>(16,23)</sup>, a depender do objetivo do instrumento e do seu público-alvo. Mensurar apenas um aspecto do cuidado pode parecer cômodo no momento da sua elaboração, pois há uma chance maior do pesquisador ter mais facilidade em se aprofundar em uma temática específica do que no seu contexto geral. No entanto, uma abordagem mais ampla é capaz de proporcionar a um único instrumento a avaliação do cuidado em diferentes dimensões, sem a necessidade de o profissional avaliador utilizar vários instrumentos para conhecer as características de cada âmbito desse processo.

Os atores da rede social, contemplados nos instrumentos, irão auxiliar na definição dos cuidados avaliados. A rede social primária, representada pela família, têm tido maior visibilidade<sup>(16, 17,20,21,23,24)</sup>, o que corrobora a premissa de que ela, mais precisamente os pais, são os principais atores das ações voltadas ao cuidado à criança<sup>(5)</sup>. No entanto, a sua rede social secundária deve ser explorada, tendo em vista que as crianças também interagem e recebem cuidados de instituições como escolas, creches, hospitais, dentre outras.

A faixa etária da criança deve ser considerada, visto que lactentes, pré-escolares e escolares possuem graus de dependência diferentes, conseqüentemente os cuidados ofertados são distintos e nem todas as ferramentas avaliadoras se adequarão ao público infantil na sua totalidade. É necessário que o pesquisador conheça bem o seu construto para utilizar de forma adequada esses instrumentos.

A enfermagem tem sido bastante ativa na realização das pesquisas envolvendo os cuidados à criança<sup>(16-25)</sup>. Esse achado justifica-se, talvez, porque o enfermeiro é um dos profissionais da saúde que tem maior contato com o público infantil, principalmente na atenção básica, durante as consultas de puericultura. A necessidade de conhecer como o cuidado tem sido ofertado, estimula o desenvolvimento de pesquisas que envolvam esses instrumentos, na tentativa de nortear a melhoria da assistência voltada à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

Os países desenvolvidos têm tido maior destaque no processo de elaboração e utilização de instrumentos que mensuram os cuidados prestados à criança<sup>(16-25)</sup>. Esse cenário também se repete em outras áreas envolvendo o público infantil<sup>(26,27,32)</sup>. As práticas e costumes dos cuidados existentes nesses locais podem ser bastante distintas se comparado com países em desenvolvimento, pois a cultura e as demandas de saúde são diferentes. Os instrumentos desses países, se forem utilizados em outras realidades, devem ser submetidos à procedimentos de tradução e adaptação dos seus itens. Essas mudanças precisam sofrer rigorosas avaliações metodológicas com o intuito de comprovar sua validade e fidedignidade<sup>(33)</sup>.

No processo de construção desses instrumentos, um aspecto imprescindível a ser levado em consideração, antes da elaboração dos seus itens, é a definição do fenômeno que se pretende investigar. A caracterização do construto é uma etapa fundamental no desenvolvimento de ferramentas de medida e deve ser realizada a partir de um referencial teórico<sup>(33)</sup>.

Para construir os conceitos e definições de cada item do instrumento que mensura os cuidados prestados à criança pela sua rede social, os pesquisadores podem realizar revisões da literatura<sup>(16-18,20,21,23)</sup> acerca da temática escolhida, observações clínicas<sup>(24)</sup>, utilização de teorias<sup>(19,22,25)</sup>, análise de especialistas na área de interesse do instrumento, além de utilizar a percepção do próprio público-alvo, com o desenvolvimento de um grupo focal e outras estratégias de grupo<sup>(28)</sup>. Quanto mais bem definido o construto for, mais preciso e confiável o instrumento será.

O tipo de instrumento mais utilizado na avaliação dos cuidados ofertados à criança foi a escala<sup>(16-25)</sup>. O pesquisador, todavia, poderá optar por outras formas de avaliação como questionários, estudos de caso, dentre outros, a depender dos seus objetivos e construtos. A estrutura das ferramentas varia de acordo com a intenção de cada pesquisador.

Um quantitativo maior de itens aumenta a probabilidade de o instrumento atingir uma área de abrangência maior do fenômeno estudado, porém o respondente pode se sentir fatigado em julgar os questionamentos e comprometer o processo avaliativo. A maneira como os itens são mensurados pode se apresentar de forma distinta. A Escala Likert<sup>(16-25)</sup> é bastante utilizada. Há também as respostas dicotômicas de sim ou não<sup>(21,20,24)</sup>, mensuração de itens por porcentagem<sup>(16)</sup>, escalas numéricas<sup>(22)</sup>, gráficas, dentre outros. Para a escolha do tipo de avaliação, deve ser levado em consideração o público-alvo.

Os instrumentos de medida são ferramentas que contribuem para auxiliar os profissionais da saúde na sua prática clínica. Viabilizam a otimização da assistência, valorizam os conhecimentos prévios dos cuidadores, além de servirem de auxílio na identificação de fragilidades assistenciais que nortearão a tomada de decisões, para solucionar entraves e melhorar as atividades desenvolvidas, garantindo assim o crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que os instrumentos que mensuram os cuidados ofertados à criança pela sua rede social foram elaborados a partir de um referencial teórico que oferece subsídios para a definição dos seus construtos e construção dos seus itens. A maioria deles era destinado à uma área específica do cuidado e poucos traziam esse aspecto de forma mais ampla. O ator da rede social, como público-alvo da avaliação, que mais prevaleceu foi a família. A faixa etária da criança, a qual os cuidados são ofertados, variou de acordo com os objetivos dos instrumentos. O tipo mais utilizado foi a escala, e a forma de mensuração dos seus itens, do tipo Likert. Houve uma preocupação dos pesquisadores em construir e validar os instrumentos garantindo assim uma segurança maior de que suas propriedades psicométricas realmente são capazes de mensurar as variáveis para os quais foram criados.

A inexistência de uma descrição aprofundada dos instrumentos, em alguns artigos, dificultou o acesso às informações importantes que contribuiriam para a construção dos resultados desse estudo e análise de seus dados. A não utilização de mais descritores, como o descritor autoeficácia, pode ter limitado o tamanho da amostra, visto que há na literatura vários instrumentos que mensuram esse construto articulado ao cuidado em diferentes dimensões.

Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos envolvendo ferramentas avaliadoras do cuidado com enfoque na rede social secundária da criança. Tendo em vista que a maioria dos instrumentos são provenientes de países desenvolvidos, recomenda-se a adaptação transcultural ou a construção de novas ferramentas que se adequem à realidade de outras regiões do mundo.

## REFERÊNCIAS

1. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Debate Saúde*. 2017;115:1177–86. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
2. Helfrecht C, Roulette JW, Lane A, Sintayehu B, Meehan CL. Life history and socioecology of infancy. *Am J Physical Anthropol*. 2020;173(4):619–29. <https://doi.org/10.1002/ajpa.24145>
3. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>
4. Morais RCM, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Martinez EA, Nascimento LCN. A função das redes sociais de famílias de crianças hospitalizadas. *Esc Anna Nery*. 2019;23. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0311>
5. Góes FGB, Silva MA, Santos AST, Pontes BF, Lucchese I, Silva MT. Postnatal care of newborns in the family context: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0454>
6. Azevêdo AVS, Crepaldi MA. Enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças com queimaduras. *Bol Acad Paul Psicol [Internet]*. 2019[cited 2022 Feb 13];39(97):171–82. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2019000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200003)

7. Padden C, James JE. Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: a comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *J Develop Physical Disabil* [Internet]. 2017;29(4):567–86. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10882-017-9547-z>
8. Kahya Y. The Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) Tool: the adaptation study in the context of attachment styles and mood in the first-time mothers. *Dusunen Adam: J Psychiatr Neurol Sci*. 2021. <https://doi.org/10.14744/dajpns.2021.00120>
9. Ferreira TMC, Santos CLJ, Ferreira JDL, Azevedo LR, Silva KL, Costa MML. Validação de instrumentos para o cuidado em pediatria: um estudo integrativo. *Enferm Global*. 2019;18(4):555–602. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.357381>
10. Figueiredo LC, Duran ECM. Análise da produção sobre estudos de validação de intervenções de enfermagem. *Rev Trab Inic Científ UNICAMP*. 2019;(26). <https://doi.org/10.20396/revpibic262018777>
11. Dhollande S, Taylor A, Meyer S, Scott M. Conducting integrative reviews: a guide for novice nursing researchers. *J Res Nurs*. 2021;26(5):427-38. <https://doi.org/10.1177/1744987121997907>
12. Mendes KDS, Silveira RC, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 18];28. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/?lang=pt>
13. Critical Appraisal Skills Programm. Critical Appraisal Checklists [Internet]. Oxford: CASP; 2020. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
14. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative Prevention of Skin Injury: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
15. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010;110(5):41-7. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>
16. Cronenwett LR, Sampsel CM, Wilson WR. The child care activities scale and parental role preference scale. *Res Nurs Health*. 1988;11(5):301-8. <https://doi.org/10.1002/nur.4770110505>
17. Landry HS, Smith KE, Swank PR. The importance of parenting during early childhood for school-age development. *Develop Neuropsychol*. 2011;24(2-3):559-91. <https://doi.org/10.1080/87565641.2003.9651911>
18. Sienkiewicz KL, Rainchuso L, Boyd LD, Giblin L. Child care providers' knowledge about dental injury first aid in preschool-age children. *J Dent Hyg*. 2017;91(3):55-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29118072/>
19. Gillespie GL, Houchell M, Pettinichi J, Mattei J, Rose L. Caring in pediatric emergency nursing. *Res Theory Nurs Pract*. 2012;26(3):216-232. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.26.3.216>
20. Morrongiello BA, Corbett M. The parent supervision attributes profile questionnaire: a measure of supervision relevant to children's risk of unintentional injury. *Inj Prev*. 2006;12(1):19-23. <https://doi.org/10.1136/ip.2005.008862>
21. Harrison MJ, Magill-Evans J, Sadoway D. Scores on the Nursing Child Assessment Teaching Scale for Father: toddler dyads. *Public Health Nurs*. 2001;18(2):94-100. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00094.x>
22. LaFave L, Tyminski S, Riege T, Hoy D, Dexter B. Content validity for a child care self-assessment tool: creating healthy eating environments scale (CHEERS). *Can J Diet Pract Res*. 2016;77(2):89-92. <https://doi.org/10.3148/cjdp-2015-041>
23. Pursell E, While A. Parental self-efficacy and its measurement—an evaluation of a parental self-efficacy measurement scale. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1487–1494, 2013. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04308.x>
24. Mulvaney C, Kendrick D. Do maternal depressive symptoms, stress and a lack of social support influence whether mothers living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury?. *Child Care Health Dev*. 2006; 32(3):311-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00590.x>
25. Pelander T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. The quality of paediatric nursing care: developing the Child Care Quality at Hospital instrument for children. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):443–53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04875.x>
26. Mendes CQS, Boyamian TMDL, Castro NNO, Michelone CSL, Mandetta MA, Balieiro MMFG. Validação de instrumento de participação da família no cuidado do recém-nascido hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2020;33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO022855>
27. Loureiro F, Rodrigues Araújo B, Borges Charepe Z. Adaptation and Validation of the Instrument “Children Care Quality at Hospital” for Portuguese. *Aquichan*. 2019;19(4):1–13. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.7>
28. Kupfer MCM, Bernardino LMF, Pesaro ME. Validação do instrumento “Acompanhamento Psicanalítico de Crianças em Escolas, Grupos e Instituições” (APEGI). *Estilos Clin*. 2018;23(3):558–73. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i3p558-573>

29. Venancio SI, Bortoli MC, Frias PG, Giugliani ERJ, Alves CRL, Santos MO. Development and validation of an instrument for monitoring child development indicators. *J Pediatr (Rio J)*. 2020 Nov-Dec;96(6):778-789. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.10.008>
30. Ferreira TMC, Ferreira JDL, Santos CLJD, Silva KDL, Oliveira JDS, Agra G, Costa MML. Validation of an instrument for systematizing nursing care in pediatrics. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20200222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0222>
31. Pereira MDM, Rodrigues PF, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N, Reichert APS. Health education for families of children and adolescents with chronic diseases. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.4343>
32. Okan O, Lopes E, Bollweg TM, Bröder J, Messer M, Bruland D, et al. Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-19. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5054-0>
33. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - part I. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c7>

# FATORES PREDISPOSTOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE RISCO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA

**Tarcila Lima Alcântara de Gusmão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4997-4688

**Priscila Cabral Melo Holanda<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6105-2248

**Luísa Rayane Silva Bezerra Frazão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0711-6810

**Tatiane Gomes Guedes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7149-2290

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Nome: Tarcila Lima Alcântara de Gusmão  
E-mail: [tarcilagusmao@hotmail.com](mailto:tarcilagusmao@hotmail.com)



**Cómo citar:**

Gusmão TLA, Holanda PCM, Frazão LRSB, Guedes TG. Fatores predisponentes ao comportamento sexual e reprodutivo de risco de pessoas vivendo com HIV. In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 70-9 <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16>

Revisora: Fábila Alexandra Pottes Alves. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O avanço de pesquisas clínicas e farmacológicas sobre as infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem proporcionado mudanças significativas na qualidade e expectativa de vida as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), embora a doença ainda se configure um problema de saúde pública. Esta mudança deve-se, sobretudo, à eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV), uma associação de fármacos que, mesmo não possibilitando a cura, inibe a replicação viral e a progressão da infecção pelo HIV <sup>(1-2)</sup>.

O uso da TARV, além de reduzir a morbimortalidade pelo vírus, permite uma importante transformação na construção social da doença, sendo esta, agora, considerada uma doença crônica. Quando associada a outras medidas, como o uso de preservativos, feminino e masculino, aconselhamento e acesso a Profilaxia Pós-Exposição sexual (PEP sexual), há uma maior eficácia na redução da transmissão do vírus <sup>(3-5)</sup>.

O acesso à TARV propicia a esses indivíduos uma reconstrução de seus projetos de vida em todos os âmbitos, seja profissional ou pessoal, sobretudo, em suas relações afetivas e amorosas. O desejo sexual, do ponto de vista orgânico, é o principal motivo para as práticas de risco das PVHA. O coito interrompido, o uso da TARV com carga viral baixa ou indetectável, casais em relacionamento estável e duradouro, desejo de reprodução e o consumo excessivo de álcool são alguns dos principais fatores de risco para a prática sexual insegura entre casais sorodiferentes <sup>(1,6-7)</sup>.

Os fatores associados ao comportamento sexual de alto risco entre PVHA, incluindo percepções relacionadas ao tratamento antirretroviral e uso de álcool, já vêm sendo alvo de vários estudos internacionais <sup>(8-22)</sup>.

Nesse sentido, sintetizar os resultados dessas pesquisas contribuirá com a divulgação de evidências científicas



relacionadas ao comportamento de risco com PVHA, fornecendo dados importantes para a prática de profissionais, principalmente dos enfermeiros, que assistem a esse público específico em diferentes níveis de atenção à saúde. Portanto, objetivou-se identificar fatores predisponentes ao comportamento sexual de risco em pessoas vivendo com HIV.

## MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura, cuja finalidade principal é sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema pré-selecionado, de maneira sistemática e ordenada, para contribuir com o conhecimento sobre um determinado assunto<sup>(23)</sup>. Para tanto, seguiram-se as cinco etapas propostas por Cooper<sup>(24)</sup>: formulação da pergunta de pesquisa; coleta dos dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados coletados; e apresentação do trabalho final.

A pergunta norteadora do estudo “Quais os fatores que predispõem o comportamento sexual de risco em pessoas vivendo com HIV?”, elaborada seguindo a estratégia PICO (P- Paciente Problema ou grupo; I- Intervenção; C - Controle ou Comparação, definida como uma intervenção padrão, intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção; e O - Desfecho). Nesse estudo identificaram-se os seguintes elementos: P - pessoas vivendo com HIV; I - fatores de risco; C - nenhuma intervenção; e O - comportamento sexual<sup>(23)</sup>.

A busca dos artigos, realizadas no mês de dezembro de 2021, ocorreu nas seguintes bases de dados LILACS, BDNF, IBECs, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, COCHRANE e na biblioteca SciELO. Foram utilizados dois cruzamentos com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os respectivos termos do Medical Subject Headings (MESH) com o operador booleano “and”: 1º “HIV”/“VIH”; “Unsafe sex”/“Sexo sem proteção”/“Sexo inseguro”; “Sexual Partners”/“Parceiros sexuais”/“Parejas sexuais”; “Sexual behavior”/“Comportamento sexual”/“vulnerabilidade em salud”; 2º “HIV”/“VIH”; “Unsafe sex”/“Sexo sem proteção”/“Sexo inseguro”; “Sexual behavior”/“Comportamento sexual”/“vulnerabilidade em salud”; “Sexual and reproductive health”/“Saúde sexual e reprodutiva”/“Salud sexual y reproductiva”. Para evitar possíveis erros operacionais, a busca dos artigos ocorreu em pares.

**Tabela 1** - Publicações sobre os fatores associados ao comportamento sexual de risco em pessoas vivendo com HIV/Aids. Recife-PE, Brasil, 2021

Cruzamento/Bases de dados/Biblioteca	HIV/Sexo sem proteção/Parceiros Sexuais/Comportamento sexual	HIV/ Comportamento sexual/Sexo sem proteção/ Saúde sexual e reprodutiva	TOTAL
MEDLINE	720	49	769
SCOPUS	1156	23	1179
CINAHL	505	8	513
LILACS	15	0	15
IBECs	8	0	8
BDNF	2	0	2
SciELO	8	0	8
CUIDEN	0	0	0
COCHRANE	2056	988	3044
<b>TOTAL</b>	<b>4470</b>	<b>1068</b>	<b>5538</b>

Fonte: autores



Incluíram-se artigos originais, publicados em inglês, português e espanhol, que respondessem à pergunta norteadora da revisão. Excluíram-se artigos incompletos ou trabalhos no formato de tese, dissertação, livro ou capítulo de livro, editorial, matéria de jornal, revisão integrativa ou sistemática da literatura, estudo reflexivo e relato de experiência. Salienta-se que o período de publicação não foi critério para a seleção dos artigos, a fim de analisar a frequência das publicações no decorrer do tempo. Inicialmente foram localizados 5.538 estudos (Tabela 1).

Após a leitura criteriosa dos títulos, foram excluídos 5.469 artigos por não atender a temática do estudo. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos na íntegra, excluindo-se outros 31 por não atenderem ao objeto da pesquisa. Os artigos restantes (38) foram submetidos à leitura na íntegra para a análise da adequação aos critérios de inclusão da pesquisa. Destes, 13 foram selecionados (Figura 1).

Os artigos selecionados foram submetidos ao processo de avaliação do rigor metodológico por meio do formulário padronizado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>(25)</sup> - Programa para habilidades em avaliação crítica que contempla 10 questões. Para cada uma das 10 questões do formulário atribuiu-se a pontuação (1 ponto), com escore entre zero e dez. A pontuação igual ou inferior a cinco (classificação B) caracteriza baixo rigor metodológico, sendo estes excluídos do estudo.

De acordo com os níveis de evidências, os artigos foram submetidos a uma avaliação baseada em 6 níveis: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; e nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas<sup>(26)</sup>.

Os fatores predisponentes foram extraídos dos resultados dos artigos selecionados que evidenciaram o comportamento sexual das pessoas vivendo com HIV por meio de suas percepções quanto às práticas sexuais. Os resultados foram analisados e um quadro sinóptico construído para sua apresentação. A discussão dos resultados ocorreu de forma descritiva, com base nas informações dos artigos que fizeram parte desta revisão e na literatura sobre a temática.

## RESULTADOS

Os artigos foram publicados entre 2006 e 2016<sup>(9-21)</sup>. Dois obtiveram nível de evidência 3<sup>(9,14)</sup> e onze nível 4<sup>(10-13,15-21)</sup>. As pesquisas foram realizadas, principalmente, nos Estados Unidos<sup>(9,14,16-21)</sup>, seguido por dois estudos realizados no Brasil<sup>(10,11)</sup>, dois no Continente Africano<sup>(13,15)</sup> e um na Ásia<sup>(12)</sup>.

Os 13 estudos analisados obtiveram classificação A do CASP. Quanto ao desenho metodológico, todos seguiram a abordagem quantitativa, variando apenas a forma de coleta de dados<sup>(9-21)</sup>. Os autores pertenciam, em sua maioria, a área de psicologia<sup>(9,14,16,19,20)</sup>, quatro da área médica<sup>(15,17,18,21)</sup>, três foram escritos por equipe multiprofissional<sup>(10,12,13)</sup> e, apenas um, teve como autores enfermeiros<sup>(11)</sup>.

Os fatores predisponentes para o comportamento de risco em pessoas vivendo com HIV foram: A crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV<sup>(9,12-14,16,18,20,21)</sup>; o encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção<sup>(9,10,15,16,19,21)</sup>; o consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas<sup>(10,12,13,21)</sup>; o desejo de reprodução<sup>(10,15,17)</sup>; o baixo nível de alfabetização dos infectados e seus parceiros<sup>(13,21)</sup>; o desconhecimento do parceiro sobre a sorologia positiva ao HIV<sup>(10-13)</sup>; a crença de não transmissão do vírus em relações por via anal<sup>(16,18)</sup> e de não existir nova infecção e/ou reinfecção entre parceiros sorodiferentes<sup>(19)</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1** - Síntese dos artigos quanto à autoria, base de dados, objetivos, método e principais resultados. Recife, PE, Brasil, 2021.

Autoria/Base de dados	Objetivos	Tipo de estudo / Amostra / Local do estudo	Fatores predisponentes ao comportamento sexual de risco de PVHA
Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Washington C, Grebler T, Hoyt CA, Merely C, Welles B <sup>(9)</sup> . MEDLINE	Investigar os efeitos de crenças de infecção e as percepções de risco de pessoas em transmissão de HIV entre homens e mulheres sexualmente ativos e HIV-positivos	Caso-controle 1040 participantes HIV positivo Estados Unidos	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV; - Encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção.
Julio RS, Friedman RK, Cunha CB, Boni RB, Cardoso, SW, Torres T, Alves CA, Castro C, Fernandes, NM, Veloso VG, Grinsztejn B <sup>(10)</sup> . MEDLINE	Descrever práticas de comportamento sexual relacionadas ao HIV/DST e analisar os fatores associados a práticas sexuais desprotegidas entre mulheres e homens sob controle em um centro de referência para o HIV no Rio de Janeiro, Brasil.	Transversal 404 Homens HIV positivos sexualmente ativos Brasil	- Encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção; - Consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas; - Desejo de reprodução.
Silva WS, Oliveira FJF, Serra MAAO, Rosa CRAA, Ferreira AGN <sup>(11)</sup> . SCOPUS	Identificar o uso de preservativo em pessoas que vivem com HIV/Aids atendidas em um Serviço de Assistência Especializado em DST/HIV/Aids e associá-los a variáveis sociodemográficas e comportamentais	Transversal 300 pessoas vivendo com HIV/Aids Brasil	- Desconhecimento do parceiro sobre a sorologia positiva ao HIV.
Angdembe MR, Lohani SP, Karki DK, Bhattarai K, Shrestha N <sup>(12)</sup> . MEDLINE	Investigar o estado do tratamento como preditor significativo de comportamento de risco sexual (sexo desprotegido)	Transversal 160 pessoas vivendo com HIV Nepal	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV; - Desconhecimento do parceiro sobre a sorologia positiva ao HIV; - Consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas.
Yaya I, Saka B, Landoh DE, Patchali PM, Makawa M, Senanou S, Idrissou D, Lamboni B, Pitche P <sup>(13)</sup> . MEDLINE	Determinar os fatores associados ao sexo de risco entre as pessoas vivendo com HIV em terapia antiretroviral no Togo.	Transversal 291 PVHA em terapia anti-retroviral Togo	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV; - Consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas; - Baixo nível de alfabetização dos infectados e seus parceiros; - Desconhecimento do parceiro sobre a sorologia positiva ao HIV.
Bruce D, Harper GW, Suleta K. <sup>(14)</sup> . CINAHL	Avaliar a prevalência de relação anal desprotegida, insertivas e receptivas, com parceiros HIV-positivos e HIV-negativos ou parceiros de status desconhecido entre uma amostra de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV/Aids	Caso-controle 200 homens HIV positivos Estados Unidos	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV.
Vamos S, Cook R, Chitalu N, Mumbi M, Weiss SM, Jones D <sup>(15)</sup> . CINAHL	Identificar a qualidade do relacionamento entre os casais soropositivos e sorodiferentes do HIV na Zâmbia e sua associação com um comportamento sexual mais seguro	Transversal 240 casais sorodiferentes ou sorolguais Zâmbia	- Desejo de reprodução; - Encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção;

Continua

Continuação do Quadro 1

Autoria/Base de dados	Objetivos	Tipo de estudo / Amostra / Local do estudo	Fatores predisponentes ao comportamento sexual de risco de PVHA
Peterson JL, Miner MH, Brennan DJ, Rosser BRS <sup>(16)</sup> .	Analisar a associação entre o otimismo do tratamento do HIV entre os homens afro-americanos HIV-positivos que fazem sexo com homens.	Coorte	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV; - Encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção; - Crença de não transmissão do vírus em relações anais sem preservativos.
CINAHL		174 homens afro-americanos HIV positivo Estados Unidos	
Finger JL, Clum GA, Trent ME, Ellen JM <sup>(17)</sup> .	Avaliar os comportamentos sociodemográficos e de risco que estão associados a desejo de gravidez em jovens HIV positivos com HIV adquirido no comportamento para informar aconselhamento e cuidados médicos	Transversal	- Desejo de reprodução.
MEDLINE		130 mulheres jovens com HIV Estados Unidos	
Joseph HA, Flores SA, Parsons JT, Purcell DW <sup>(18)</sup> .	Avaliar as relações entre as crenças e diferentes tipos de comportamentos de risco sexual; Determinar a associação entre aderência ao tratamento e comportamentos de risco sexual.	Transversal	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV; - Crença de não transmissão do vírus em relações anais sem preservativos.
CINAHL		842 homens HIV positivo Estados Unidos	
Eaton LA, West TV, Kenny DA, Kalichman SC <sup>(19)</sup> .	Avaliar como os homens percebem os benefícios protetores de fatores relacionados à sorodiferença, incluindo crenças sobre o envolvimento em sorodiferentes, comunicação sexual e percepções de risco para o HIV.	Transversal	- Encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção; - Crença de não existir nova infecção e/ou reinfeção entre parceiros sorocordantes.
MEDLINE		254 homens Estados Unidos	
Kalichman SC, Eaton L, Calin D, Cherry C, Pope H, Kalichman M <sup>(20)</sup> .	Avaliar a associação entre crenças de tratamento do HIV, percepções de risco de transmissão do HIV, aderência à medicação, carga viral e envolvimento em relações sexuais desprotegidas com parceiros sexuais e especificamente com parceiros sexuais que não eram HIV positivos (não convencionais).	Transversal	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV.
CINAHL		158 homens e mulheres HIV positivo que recebem tratamento antirretroviral Estados Unidos	
Aidala AA, Lee G, Howard JM, Caban M, Abramson D, Messeri P <sup>(21)</sup> .	Analisar padrões de comportamento sexual, relacionamentos sexuais e risco sexual entre homens HIV positivos sexualmente ativos com mulheres.	Coorte	- Crença que o uso do TARV associado à carga viral baixa evita a transmissão do HIV; - Encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção; - Baixo nível de alfabetização dos infectados e seus parceiros; - Consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas.
MEDLINE		278 homens HIV positivos Estados Unidos	

Fonte: autores

## DISCUSSÃO

A crença que o uso da TARV, associado à carga viral baixa, evita a transmissão do HIV <sup>(9,12-14,16,18,20-21)</sup> merece destaque por ter sido o fator predisponente mais evidente do estudo. O advento da TARV para pessoas HIV

positivas, independentemente do número de células T CD4, foi considerado o principal avanço no tratamento da infecção do HIV <sup>(5)</sup>. Este tratamento possibilita uma contagem de carga viral mínima ou indetectável, reduzindo a replicação do vírus e, conseqüentemente, limita a transmissão do HIV <sup>(27)</sup>.

Estudos apresentados na 9ª Conferência Internacional da aids, realizada na França, em 2017, comprovam ser insignificante o risco de uma PVHA, com carga viral indetectável há, pelo menos, seis meses, em uso regular do TARV, transmitir o vírus por via sexual para seus parceiros. Cabe, portanto, aos profissionais de saúde, orientar os soropositivos e seus parceiros sobre a diferença entre a supressão do vírus e a diminuição da carga viral, condição que não deve ser considerada como fator de proteção para a transmissão do HIV. A orientação necessita enfatizar, ainda, que a supressão do vírus deve estar associada ao uso regular do TARV para a não transmissão do HIV <sup>(28-30)</sup>.

O início precoce do uso dos antirretrovirais, em casais sorodiferentes, é recomendado pelo Ministério da saúde, independente da contagem de linfócitos T-CD4, mas, nesses casos, ressalta-se o respeito à autonomia das PVHA em tomar a decisão de iniciar ou não o uso dos fármacos. Assim, a TARV, em uso regular, além de prevenir a transmissão do vírus, contribui na redução do estigma relacionado ao HIV e possibilita a reconstrução de projetos de vida, sobretudo, nas questões ligadas à sexualidade e reprodução <sup>(31)</sup>.

Ressalta-se que o sexo sem proteção tornou-se seguro ao indivíduo em supressão viral sustentada, mas não às outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a gravidez não planejada e a reinfecção do vírus. A política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids sugere o uso contínuo de preservativo nas PVHA como medida associada ao uso de TARV, como forma de prevenção combinada, sem excluir ou sobrepor um ao outro <sup>(32)</sup>.

A eficácia no tratamento e prevenção da infecção pelo HIV requer, assim, acesso a outras medidas, como o uso do preservativo e aconselhamento <sup>(34-35)</sup>. O uso regular do preservativo implica muito mais que uma ação em busca do sexo seguro, mas, além de relatos de sensação de desconforto, exige a mudanças de hábitos entre o casal e a vontade de atingir o prazer no contato dos corpos, atribuído a satisfação do parceiro <sup>(1,34)</sup>. Os indivíduos infectados, embora reconheçam a importância do uso do preservativo como a medida mais eficaz para o sexo seguro e que esta ação é, especialmente, de sua responsabilidade, ainda relatam o sentimento negativo quanto ao uso contínuo e regular <sup>(33)</sup>.

Não fazer uso do preservativo está, também, relacionado ao encorajamento dos parceiros na prática do sexo sem proteção <sup>(9,15-16,19,21)</sup>. Esta situação deve-se ao receio do parceiro em que a exigência do sexo seguro possa afetar o relacionamento, além de configurar-se como uma prova de amor ao companheiro <sup>(5,15)</sup>. Essa submissão ao desejo do parceiro explicita a vulnerabilidade deste indivíduo frente a uma relação desprotegida, levando a necessidade de reflexão da PVHA em negociar ou mesmo impor uma relação segura. O comportamento sexual pode receber ou não influência do parceiro sexual, sendo este considerado o principal mediador no processo de adaptação das mudanças exigidas ao indivíduo soropositivo, embora haja influência negativa do parceiro na mudança desses hábitos <sup>(7)</sup>.

O desejo de maternidade/paternidade nas relações afetivo-sexuais entre os casais soroiguais ou sorodiferentes leva a práticas de sexo não seguro <sup>(10,15,17)</sup>. A reprodução nas PVHA deve ser reconhecida como direito legítimo, uma vez que perpassa pela lógica da realização pessoal, sendo este um marco importante na vida do casal <sup>(6-7)</sup>. A evolução do desejo à reprodução deve ser acompanhada por profissionais, por meio do planejamento familiar, com orientações para um ciclo gravídico-puerperal seguro, além do aconselhamento sobre o momento mais oportuno para a gestação, realizando uma avaliação minuciosa quanto às condições clínicas, ginecológicas e a carga viral desta mulher <sup>(6,8,36)</sup>.

A realização do teste de HIV, utilização precoce dos antirretrovirais e orientações seguras sobre a escolha da via do parto, além de orientações no puerpério sobre a não adesão ao aleitamento materno e sobre os cuidados de rotina com o bebê, são formas de assegurar a prevenção da transmissão do vírus ao bebê. Tais medidas, quando agregadas ao diálogo do casal com a equipe, promovem intervenções mais eficazes e,

principalmente, diminuem o surgimento de sentimentos de solidão e exclusão social que acompanham esta nova família <sup>(38)</sup>.

O ocultamento da doença para o parceiro é um dos fatores de risco que impedem a participação do casal nas ações de planejamento familiar <sup>(11-13)</sup>. O medo do abandono e rejeição, associado ao estigma social da soropositividade, leva a PVHA a decisão de não divulgar ao parceiro a sua sorologia positiva ao HIV <sup>(1)</sup>. A falta do diálogo entre o casal, movido pela angústia e ansiedade decorrente da falta de informação e estigma social, torna-se mais um obstáculo da PVHA. O ato de resignificar a infecção, transformando a experiência negativa em reflexão e diálogo, facilita a convivência do casal, com maior aceitação de novos hábitos e práticas seguras, fortalecendo sentimentos de afeto, solidariedade e amor <sup>(1,7)</sup>.

Outros fatores de risco que levam a prática de sexo inseguro entre as pessoas vivendo com HIV/Aids são o consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas <sup>(10,12-13,21)</sup>, além do baixo nível educacional dos infectados e seus parceiros <sup>(13,21)</sup>. O fato de os portadores do vírus terem menor acesso à escola, gera dificuldade em se apropriar de informações de qualidade, sobretudo, no que se refere à infecção pelo HIV <sup>(39)</sup>.

A associação entre o consumo de álcool e o comportamento sexual de pessoas infectadas é uma realidade. Maior consumo de álcool em um determinado dia é associado a um aumento linear das chances de ter relações anais desprotegidas com parceiros de carga viral desconhecida ao HIV <sup>(40)</sup>.

A crença entre as PVHA da não transmissão do vírus HIV em relações por via anal, sendo praticada sem uso de preservativo, foi elucidada mesmo em situações de baixa carga viral <sup>(16,18)</sup>. Análise de coorte prospectiva, realizada na Europa, observou que, entre os casais heterossexuais ou homossexuais, existe uma alta incidência de sexo anal insertivo sem o uso de preservativos, sendo o principal motivo para o não uso da prevenção a crença que o risco de transmissão do HIV é muito baixo e que o sexo torna-se mais agradável <sup>(40)</sup>. Vale ressaltar que este fator de comportamento, em relações insertivas, é a principal forma de transmissão do HIV, principalmente quando atrelado a práticas inseguras <sup>(40)</sup>.

A evolução da aids de doença mortal para uma doença crônica contribuiu para a formação de novas configurações conjugais, modificando as necessidades de medidas preventivas para este público <sup>(1,6)</sup>. Desse modo, os fatores predisponentes ao comportamento sexual e reprodutivo de risco de PVHA devem ser considerados nas condutas profissionais direcionadas a esse público e suscitam a necessidade de reconhecer as vulnerabilidades dos casais sorodiferentes ou soroguais para controle da epidemia.

## CONCLUSÃO

Os fatores predisponentes ao comportamento sexual e reprodutivo de risco de PVHA sofrem influências do senso comum, da falta de informação, do estigma social e da motivação do parceiro.

A crença que o uso do TARV, associado à carga viral baixa, evita a transmissão do HIV, da não transmissão do vírus em relações por via anal e da não existência de nova infecção e/ou reinfeção, instiga maior diálogo entre profissionais e usuários, fomentando uma melhor compreensão da patologia e das medidas preventivas. O consumo excessivo de álcool e drogas ilícitas e a baixa escolaridade são fatores que interferem na adesão a prática de sexo seguro, tornando esta população mais vulnerável a comportamentos de risco.

A negação da PVHA da condição soropositiva ao parceiro ou a motivação deste na prática do sexo sem proteção, além do desejo de reprodução, remete a necessidade de sensibilização dos casais em adotar práticas sexuais seguras e orientadas, de acordo com as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sobretudo, com o uso da TARV associado ao uso do preservativo, como forma de cuidado para prevenção da transmissão do vírus HIV, além de outras IST e gravidez não planejada.

Os resultados evidenciados suscitam ao enfermeiro ponderar, no cuidado direcionado às PVHA, as situações predisponentes ao comportamento sexual e reprodutivo de risco, de forma a promover a qualidade de vida dessa população e a prevenção de novos casos de HIV.

## REFERÊNCIAS

1. Silva Júnior SV, Silva WJC, Lourenço NS, Nogueira JA, Oliveira e Silva AC, Freire MEM. Quality of life of people living with the human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome. *Rev Rene*. 2019;20:e39638. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039638>
2. Alóchio KV, Sá SPC, Mello VL, Christovam BP. Perfil sociodemográfico de idosos que convivem com HIV/Aids: um estudo em dois serviços na Região dos Lagos, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Res Soc Dev*. 2020;9(9):e38996816. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190016>
3. Monteiro SS, Brigeiro M, Vilella WV, Mora C, Parker R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Cien Saude Colet*. 2019;24(5):1793–807. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>
4. Antonini M, Pontes PS, Melo ES, Alves RS, Gir E, Sorensen W, et al. Sorodiscordância entre casais no contexto do HIV: implicações para os cuidados de saúde. *Braz J Infect Dis*. 2022;26:102156. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102156>
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. *Bol Epidemiológico HIV/AIDS*. 2015;1:1–100.
6. Fernandes NM, Hennington ÉA, Bernardes JS, Grinsztejn BG. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053415>
7. Cecato YA, Oliveira LL, Vieira LB. Concepção em casais heterossexuais sorodiscordantes para o Vírus da imunodeficiência humana: scoping review. *Rev Eletrôn Acervo Saúde*. 2021;13(2):e5225. <https://doi.org/10.25248/reas.e5225.2021>
8. Souza Neto VL, Silva BCO, Rodrigues IDC, Costa CS, Mendonça AEO, Negreiros RV. Serodiscordance in care for people with HIV/AIDS: implications for nurses. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2016;8(4). <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5184-5192>
9. Oliveira JAA, Araújo AHM, Alves AHT. Estratégias ao casal em situação de sorodiscordância para o HIV: uma revisão da literatura. *Rev JRG Estud Acadêmicos [Internet]*. 2020;3(7):404–17. Available from: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/71>
10. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Washington C, Grebler T, Hoyt G, et al. Sexual behaviors and transmission risks among people living with hiv: beliefs, perceptions, and challenges to using treatments as prevention. *Arch Sex Behav*. 2016;45(6). <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0559-4>
11. Joseph HA, Flores SA, Parsons JT, Purcell DW. Beliefs about transmission risk and vulnerability, treatment adherence, and sexual risk behavior among a sample of HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Care Psychol Soc Med Asp AIDS/HIV*. 2010;22(1). <https://doi.org/10.1080/09540120903012627>
12. Eaton LA, West TV, Kenny DA, Kalichman SC. HIV transmission risk among HIV seroconcordant and serodiscordant couples: dyadic processes of partner selection. *AIDS Behav*. 2009;13(2). <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9480-3>
13. Kalichman SC, Eaton L, Cain D, Cherry C, Pope H, Kalichman M. HIV treatment beliefs and sexual transmission risk behaviors among HIV positive men and women. *J Behav Med*. 2006;29(5). <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9066-3>
14. Aidala AA, Lee G, Howard JM, Caban M, Abramson D, Messeri P. HIV positive men sexually active with women: sexual behaviors and sexual risks. *J Urban Health*. 2006;83(4). <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9074-1>
15. Kahler CW, Wray TB, Pantalone DW, Krus RD, Mastroleone NR, Monti PM, et al. Daily associations between alcohol use and unprotected anal sex among heavy drinking HIV Positive men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2015;19(3). <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0896-7>
16. Julio RS, Friedman RK, Cunha CB, Boni RB, Cardoso SW, Torres T, et al. Unprotected sexual practices among men who have sex with women and men who have sex with men living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro. *Arch Sex Behav*. 2015;44(2). <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0357-4>
17. Silva WS, Oliveira FJF, Serra MAAO, Rosa CRAA, Ferreira AGN. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500096>
18. Angdembe MR, Lohani SP, Karki DK, Bhattarai K, Shrestha N. Sexual behaviour of people living with HIV attending a tertiary care government hospital in Kathmandu, Nepal: a cross sectional study. *BMC Res Notes*. 2015;8(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1559-0>
19. Yaya I, Saka B, Landoh DE, Patchali PM, Makawa MS, Senanou S, et al. Sexual risk behavior among people living with HIV and AIDS on antiretroviral therapy at the regional hospital of Sokodé, Togo. *BMC Public Health*. 2014;14(1). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-636.pdf>

20. Bruce D, Harper GW, Suleta K. Sexual risk behavior and risk reduction beliefs among HIV-positive young men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2013;17(4). <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0155-8>
21. Vamos S, Cook R, Chitalu N, Mumbi M, Weiss SM, Jones D. Quality of relationship and sexual risk behaviors among HIV couples in Lusaka, Zambia. *AIDS Care Psychol Soc Med Asp AIDS/HIV.* 2013;25(9). <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.749339>
22. Peterson JL, Miner MH, Brennan DJ, Simon Rosser BR. HIV treatment optimism and sexual risk behaviors among HIV positive African American men who have sex with men. *AIDS Educ Prev.* 2012;24(2). <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.2.91>
23. Finger JL, Clum GA, Trent ME, Ellen JM. Desire for pregnancy and risk behavior in young HIV positive women. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26(3). <https://doi.org/10.1089/apc.2011.0225>
24. Santos CMDC, Pimenta CADM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
25. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Rev Educ Res.* 1982;52(2). <https://doi.org/10.3102/00346543052002291>
26. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Systematic Review Checklist. CASP; 2013.
27. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs.* 2010;110(5). <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>
28. Lima ACMACC, Bezerra KC, Sousa DMN, Vasconcelos CTM, Coutinho JFV, Oriá MOB. Educational technologies and practices for prevention of vertical HIV transmission. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 4):1759–67. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0333>
29. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseini MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med.* 2016;375(9). <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600693>
30. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA J Am Med Assoc.* 2016;316(2). <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148>
31. Bavinton B, Grinsztejn B, Phanuphak N, JIN F, Zablotska I, Prestage G, et al. HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand, and Brazil. In: 9th International AIDS Society Conference on HIV Science. 2017. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30132-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30132-2)
32. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites virais. 2018. 410 p.
33. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. 2018. 148p.
34. Greener R, Milford C, Bajunirwe F, Mosery FN, Ng CK, Rifkin R, et al. Healthcare providers' understanding of HIV serodiscordance in South Africa and Uganda: implications for HIV prevention in sub-Saharan Africa. *African J AIDS Res.* 2018;17(2). <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1462217>
35. Lima CF, Narchi NZ, Trintinália MMJ, Lima EN. Mulheres vivendo com HIV, maternidade e saúde: revisão integrativa. *Rev Periódicus.* 2021;2(16). <https://doi.org/10.9771/peri.v2i16.34982>
36. Nunes BKG, Guerra ADL, Silva SM, Guimarães RA, Souza MM, Teles SA, et al. O uso de preservativos: a realidade de adolescentes e adultos jovens de um assentamento urbano. *Rev Eletrôn Enferm.* 2017;19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.39041>
37. Rodger AJ, Cambiano V, Phillips AN, Bruun T, Raben D, Lundgren J, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet.* 2019;393(10189). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
38. Cunha GH, Galvão MTG, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0052>
39. Mendez-Ruiz MD, Villegas-Pantoja MA, Alarcón-Luna NS, Villegas N, Cianelli R, Peragallo-Montano N. Prevenção do consumo de álcool e transmissão do vírus da imunodeficiência humana: ensaio clínico randomizado. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3393.3262>
40. Rios LF, Albuquerque AP, Santana WJ, Pereira AF, Oliveira Júnior CJ. Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). *Cien Saude Colet.* 2019;24(3):973–82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34092016>

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c7>

# TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**Priscila Cabral Melo Holanda<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6105-2248

**Tarcila Lima Alcântara de Gusmão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4997-4688

**Wilson Jorge Correia de Abreu<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-0847-824X

**Tatiane Gomes Guedes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7149-2290

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>II</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto.  
Porto, Portugal.

#### **Autora Correspondiente:**

Priscila Cabral Melo Holanda  
Email: [priscila.cabral@live.com](mailto:priscila.cabral@live.com)



#### **Cómo cotizar:**

Holanda PCM, Gusmão TLA, Abreu WJC, Guedes TG, et al. Tecnologias Educacionais para a educação em saúde de pessoas idosas: revisão integrativa da literatura. In: In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 80-7 <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c08>

Revisora: Anna Karla de Oliveira Tito Borba.  
Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

As mudanças no cenário socioepidemiológico ocasionam modificações biopsicossociais nas pessoas idosas e, com isso, surge a necessidade de desenvolver estudos que abordem a saúde desse público<sup>(1)</sup>.

A prevenção das doenças e a promoção da saúde são essenciais para um envelhecimento saudável. Estas devem ser trabalhadas de forma multidisciplinar no contexto da educação para a saúde, com o objetivo de fornecer informação, facilitar a construção de conhecimentos e promover a autonomia, bem como motivar a participação dos sujeitos a terem mais autonomia no processo terapêutico<sup>(2)</sup>.

As tecnologias se destacam neste contexto por possibilitarem o envolvimento do público nas ações de educação em saúde, sendo oportuno refletir sobre suas formas de apresentação e aplicabilidade nos diversos espaços do cuidado. Elas são compreendidas como um “conjunto ordenado e sistematizado de conhecimentos, especialmente científicos, organizado em atividades práticas, empregado na produção e comercialização de bens e serviços”<sup>(3)</sup>.

Destacam-se, nesse sentido, as tecnologias em saúde, que podem ser dos tipos: educacional e de suporte, medicamento, equipamento, procedimento, técnica, sistema organizacional, informacional e programa ou protocolo assistencial. A tecnologia educacional em saúde visa a promoção da educação por meio do estímulo ao protagonismo da pessoa durante o processo formativo, além de facilitar a construção do conhecimento de forma lúdica e participativa<sup>(4)</sup>.

É necessário, pois, conhecer as tecnologias educacionais utilizadas para promover a educação em saúde de pessoas idosas, a fim de identificar possíveis lacunas acerca das produções científicas voltadas a essa temática.

Destarte, essa revisão emerge diante do hodierno cenário epidemiológico que exige do profissional da saúde



habilidades e competências específicas para lidar com o público idoso. Diante do exposto, tem-se como objetivo: identificar as evidências científicas relacionadas às tecnologias educacionais para a educação em saúde de pessoas idosas.

## MÉTODO

Revisão integrativa da literatura, cujo método de pesquisa analisa sistematicamente a literatura sobre determinada temática por meio de etapas: formulação do problema de pesquisa; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; e apresentação dos resultados. As evidências geradas contribuem para subsidiar discussões sobre métodos e resultados na Prática Baseada em Evidências<sup>(5)</sup>.

Com base no acrônimo PICO (P- Paciente Problema ou grupo; I- Intervenção; C - Controle ou Comparação, definida como uma intervenção padrão, intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção; e O - Desfecho), que possibilita ao pesquisador a busca da melhor evidência, de modo rápido e acurado<sup>(6)</sup>, formulou-se a pergunta “Quais as evidências disponíveis na literatura relacionadas às tecnologias educacionais utilizadas na educação em saúde de pessoas idosas?”.

A busca e seleção dos artigos ocorreu, em fevereiro de 2021, nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE*, *Cochrane Library* e Base de dados de Enfermagem – BDEFN.

Estratégia PICO*	
	<b>Descritores controlados e não controlados</b>
<b>P (População) Idosos</b>	<i>Elderly OR “old people”</i>
<b>AND</b>	
<b>I (Interesse) Tecnologia Educacional</b>	<i>Technolog* OR “education technology” OR app OR smartphone OR phone OR cellphone OR software OR game OR tablet OR website OR “online course” OR avatar OR computer OR video OR movie OR book OR primer OR telehealth OR device OR e-health OR internet OR podcast OR comic book OR “serial album” OR slides OR “social network” OR simulator OR chat OR chatbot OR “virtual learning environments” OR “instant messenger” OR “board game”</i>
<b>AND</b>	
<b>Co (Contexto) Educação em saúde</b>	<i>Health education”</i>
<b>Estratégia de busca no PUBMED</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elderly[Title/Abstract] OR “old people”[Title/Abstract]</li> <li>2. Technolog*[Title/Abstract] OR “education technology”[Title/Abstract] OR app[Title/Abstract] OR smartphone[Title/Abstract] OR phone[Title/Abstract] OR cellphone[Title/Abstract] OR software[Title/Abstract] OR game[Title/Abstract] OR tablet[Title/Abstract] OR website[Title/Abstract] OR “online course”[Title/Abstract] OR avatar[Title/Abstract] OR computer[Title/Abstract] OR video[Title/Abstract] OR movie[Title/Abstract] OR book[Title/Abstract] OR primer[Title/Abstract] OR telehealth[Title/Abstract] OR device[Title/Abstract] OR e-health[Title/Abstract] OR internet[Title/Abstract] OR podcast[Title/Abstract] OR comic book[Title/Abstract] OR “serial album”[Title/Abstract] OR slides[Title/Abstract] OR “social network”[Title/Abstract] OR simulator[Title/Abstract] OR chat[Title/Abstract] OR chatbot[Title/Abstract] OR “virtual learning environments”[Title/Abstract] OR “instant messenger”[Title/Abstract] OR “board game”[Title/Abstract]</li> <li>3. “Health education”[Title/Abstract]</li> <li>4. #1 AND #2 AND #3</li> </ol>	

\*PICO = População, Interesse e Contexto.

Fonte: os autores, 2022.

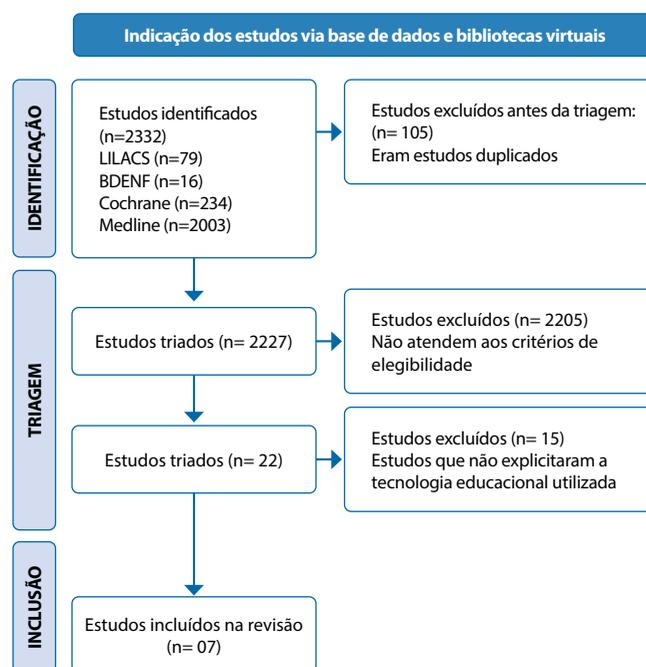
**Figura 1** - Elementos da estratégia PICO e descritores utilizados. Recife -PE, Brasil, 2022.

Para a realização da busca foram selecionados os descritores controlados *Medical Subject Headings (MeSH)*. Para expandir os resultados de busca, utilizou-se os descritores não controlados, estabelecidos de acordo com sinônimos dos controlados e leituras prévias sobre o tópico de interesse. Ademais, foram combinados com o uso dos operadores booleanos “AND” e “OR” na seguinte estratégia de busca: (*elderly OR “older adults”*) AND *“health education”* AND (*technolog\* OR “education technology” OR app OR smartphone OR phone OR cellphone OR software OR game OR tablet OR website OR “online course” OR avatar OR computer OR video OR movie OR book OR primer OR telehealth OR device OR e-health OR internet OR podcast OR comic book OR “serial album” OR slides OR “social network” OR simulator OR chat OR chatbot OR “virtual learning environments” OR “instant messenger” OR “board game”*) (Figura 1). A estratégia de busca foi desenvolvida inicialmente no PubMed e adaptada para as demais bases de dados. Para resgatar estudos que apresentassem palavras oriundas do mesmo radical, um asterisco foi adicionado aos descritores.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários publicados que respondessem à pergunta de pesquisa do estudo em qualquer período e idioma. Foram excluídos: relatos de experiência, revisões integrativas, revisões sistemáticas, revisões narrativas, revisões de escopo, livros, capítulos de livros, editoriais, cartas ao editor, notas prévias, resumos de congressos/conferências, protocolos, comentários/críticas, monografias, dissertações e tese.

Para a extração de dados, utilizou-se formulário do *Joanna Briggs Institute (JBI)* adaptado para esta pesquisa, com a inclusão de uma coluna acerca das tecnologias educacionais<sup>(7)</sup>.

Para a análise do nível de evidências, utilizou-se o sistema de classificação composto de seis níveis: nível 1, para as meta-análises de estudos controlados e randomizados; nível 2, para estudo individual com delineamento experimental; nível 3, para os quase-experimentais; nível 4, para os descritivos/não experimentais ou qualitativos; nível 5, para os relatos de experiência e de caso; e nível 6, para consensos e opiniões de especialistas<sup>(8)</sup>.



Fonte: Elaborado pela autoras

**Figura 2** - Fluxograma dos artigos analisados (n= 7). Recife -PE, Brasil, 2022

Ao realizar as buscas, os estudos foram exportados para o gerenciador de referências EndNote<sup>(9)</sup>, na qual foram removidos os duplicados. Em seguida, para um melhor auxílio no arquivamento, organização e seleção dos estudos, os dados foram exportados para o aplicativo Rayyan<sup>(10)</sup>.

Por meio do Rayyan foram lidos os títulos e resumos dos estudos conforme os critérios de elegibilidade. Posteriormente, os estudos foram lidos na íntegra e foram selecionados para compor a amostra final (7 artigos).

A descrição da busca e da seleção dos artigos apresenta-se na Figura 2.

Os aspectos éticos foram preservados. Foram garantidos a autoria das ideias, os conceitos, as definições e as referências dos artigos analisados aos seus respectivos autores.

## RESULTADOS

Foram identificados 2332 estudos dos quais sete foram selecionados após os critérios de elegibilidade (Figura 1). Dos sete artigos identificados, três foram encontrados na LILACS, dois na MEDLINE e dois na BDNF. A maioria dos estudos foi desenvolvido no Brasil. As publicações ocorreram entre os anos 2016 a 2021, com predomínio do ano de 2020. Todos os artigos foram publicados em periódicos vinculados à área das ciências da saúde. Quanto ao tipo de estudo, classificam-se dois como descritivos, três qualitativos e três analíticos.

No que diz respeito às temáticas abordadas pelas tecnologias, dois estudos abordaram a prevenção de quedas, um a fragilidade, um a promoção do envelhecimento ativo e saudável, um a promoção da saúde dos idosos em tratamento hemodialítico, um os sintomas depressivos e alterações cognitivas em idosos em hemodiálise, um as funções cognitivas, um a promoção do envelhecimento ativo e saudável e um a demência. Na classificação das evidências encontradas, predominou o nível de evidência 4 (Quadro 1).

**Quadro 1** - Síntese das informações dos artigos selecionados. Autores, ano, país, base, objetivo, tecnologia educacional, tipo de estudo, temática abordada pela tecnologia, nível de evidência. Recife – PE, Brasil. 2022

Autores, ano de publicação, país e base	Objetivo	Tecnologia educacional	Tipo de estudo	Temática abordada pela tecnologia	Nível de evidência
Silva CRDTS, Felipe SGB, Carvalho KM, Gouveia MTO, Silva-Júnior FL, Figueiredo MLF; 2020; Brasil BDNF <sup>F(12)</sup>	Construir e validar gerontotecnologia educativa sobre fragilidade em idosos.	Vídeo	Descritivo	Fragilidade	4
Olympio PCAP, Alvim NAT; 2018; Brasil BDNF <sup>(13)</sup>	Criar um jogo de tabuleiro como gerontotecnologia voltada à promoção do envelhecimento ativo e saudável.	Jogo de tabuleiro	Qualitativo	Promoção do envelhecimento ativo e saudável	4
Hammerschmidt KSA, Ferreira, JM, Heidmann ITSB, Alvarez AM, Locks MOH, Siewert JS; 2019; Brasil BDNF <sup>F(14)</sup>	Desenvolver o processo de cuidado gerontológico de enfermagem junto aos idosos com doença de Parkinson, visando à promoção da saúde por meio da criação de gerontotecnologias para prevenção de quedas.	Cartilha educativa e Jogo da memória	Qualitativo	Prevenção de quedas.	4

Continua

Continuação do Quadro 1

Autores, ano de publicação, país e base	Objetivo	Tecnologia educacional	Tipo de estudo	Temática abordada pela tecnologia	Nível de evidência
Lucca,DC; Hammerschmidt, KSA; Gironi, JBR; Fernandez, DLR; Carvalho, AA; Rosa, SS, Dacoregio, BM. 2020; Brasil LILACS <sup>(15)</sup>	Desenvolver e aplicar gerontotecnologia educacional por meio da articulação do lúdico, visando à promoção da saúde dos idosos em tratamento hemodialítico.	Jogo das atitudes	Qualitativo	Promoção da saúde dos idosos em tratamento hemodialítico	4
Bento, SR; Ottaviani, AC; Brigola, AG; Neris, VPA; Orlandi, FS; Pavarin, SCI; 2018; Brasil LILACS <sup>(16)</sup>	Avaliar a presença de sintomas depressivos e alterações cognitivas antes e após um programa de intervenção com um jogo digital terapêutico em idosos em hemodiálise.	Jogo digital	Análítico	Sintomas depressivos e alterações cognitivas em idosos em hemodiálise	4
Moraes, VB; Andrade, MMA; Toyoda, CY; Araujo, RCT; 2016; Brasil LILACS <sup>(17)</sup>	Analisar jogos do videogame Nintendo Wii, visando à sua utilização como atividade terapêutica para idosos.	Jogo digital	Análítico	Funções cognitivas	4
Carter,G; Wilson,C; Mitchell,G; 2021; EUA MEDLINE <sup>(18)</sup>	Avaliar a eficácia de um protótipo de jogo digital nas atitudes individuais em relação à demência.	Jogo digital	Análítico	Demência	4

Fonte: os autores.

## DISCUSSÃO

As tecnologias educacionais utilizadas para a educação em saúde de pessoas idosas, foram: vídeos educativos<sup>(11)</sup>, jogos analógicos e eletrônicos<sup>(12-17)</sup>, e cartilha<sup>(13)</sup>. O desenvolvimento, o uso e a produção científica sobre as tecnologias educacionais e a educação em saúde para o público idoso, têm crescido sobremaneira. Esse fato corrobora com a realidade epidemiológica dos últimos anos, na qual a população idosa tem se tornado cada vez mais expressiva, o que incita a produção de recursos tecnológicos para a educação em saúde do público idoso<sup>(18)</sup>.

Três dos estudos abordaram tanto o desenvolvimento quanto a validação das tecnologias educacionais<sup>(12,18,15)</sup>, o que favorece o rigor científico na produção de tecnologias cada vez mais eficazes e que atendam às demandas da população alvo a contento<sup>(19)</sup>.

A produção de estudos, ao longo dos anos, que desenvolveram, validaram e/ou utilizaram tecnologias educacionais com o público idoso, indica crescimento gradativo e, portanto, contribui para o corpo de conhecimento da gerontologia baseada em evidências<sup>(18)</sup>.

Nesta revisão o Brasil foi o país que apresentou maior expressividade na produção científica de estudos sobre tecnologias educacionais voltadas à educação em saúde de pessoas idosas. Acredita-se que seja pelo fato da inovação tecnológica, preconizada pela Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil-ANPPS e pela Agenda 2030 que prioriza o Desenvolvimento Sustentável ao reconhecer a necessidade de aumentar o acesso às tecnologias e, ainda, pela Organização Pan americana de Saúde – OPAS contemplar como prioridade a Década do Envelhecimento Saudável 20-30<sup>(20)</sup>.

Os periódicos da área das ciências da saúde, sobretudo da enfermagem, foram os que lideraram a divulgação do conhecimento acerca da temática em questão. Compreende-se que essa realidade deve-se ao papel da enfermagem na promoção da saúde da pessoa idosa por meio de ações de educação em saúde<sup>(21)</sup>.

A predominância de estudos descritivos sinaliza para a importância de fomentar mais a produção de estudos de intervenção com idosos, com vistas a priorizar o rigor metodológico e fomentar a prática da educação em saúde baseada em evidências, uma vez que estudos com esse delineamento são deveras relevantes para o corpo de conhecimentos e para o embasamento da prática clínica da enfermagem<sup>(22)</sup>.

Dentre as tecnologias educacionais identificadas nos estudos, os jogos foram as que apresentaram maior expressividade<sup>(12-17)</sup>. Neste sentido, estudos evidenciam que o jogo educacional propicia conhecimento às pessoas idosas ao passo que as incluem socialmente. Esses jogos podem ser considerados, portanto, ferramentas cognitivamente estimulantes<sup>(23)</sup>.

O estudo que utilizou o jogo de tabuleiro mostrou que esta tecnologia pode promover conhecimentos sobre a promoção do envelhecimento ativo e saudável, autonomia, desenvolvimento da memória, da autoestima, trocas de experiências, relação social e a aprendizagem compartilhada<sup>(24)</sup>. Essas evidências corroboram com outro estudo que, também, utilizou o jogo de tabuleiro como recurso educacional<sup>(12)</sup>. Emerge-se, assim, uma tendência, cada vez maior, de utilização desse recurso com as pessoas idosas.

O jogo de tabuleiro é um agente facilitador de aprendizagem e uma fonte de interação e reflexão no cuidado com a família. Eles são eficazes na abordagem de temáticas em processos pedagógicos e possuem efeito protetivo contra a demência e o declínio cognitivo em pessoas idosas, pois potencializam a cognição<sup>(25-27)</sup>. No entanto, há que se considerar que quando os jogos são eletrônicos, requerem disponibilidade de aparelho de computador, tablet e/ou celular, demandam cognição preservada, habilidade de leitura e compreensão, além de disposição para aprender a manusear os equipamentos eletrônicos, esses fatores sinalizam para as possíveis dificuldades de implementação com pessoas idosas. Ademais, destaca-se os prejuízos da exposição prolongada, e à necessidade de internet<sup>(28)</sup>.

Além dos jogos, vídeos<sup>(11)</sup> e cartilhas<sup>(13)</sup> foram outras tecnologias que emergiram dos estudos. Evidencia-se, assim, que a produtividade acadêmica quanto ao desenvolvimento, validação e uso de tecnologias educacionais com pessoas idosas, tem se tornado expressiva ao longo dos anos, o que contribui de modo positivo para o arcabouço científico da área da gerontologia, com o estímulo de habilidades cognitivas, apesar do declínio dos sentidos provocado pelo processo de envelhecimento<sup>(29)</sup>.

O vídeo é uma tecnologia educacional capaz de associar recursos audiovisuais e proporcionar melhora do aprendizado e efetividade da educação em saúde<sup>(30)</sup>. A cartilha, por sua vez, é um recurso impresso utilizado com o público idoso na abordagem de diversas temáticas. O uso de tecnologias educativas impressas é uma alternativa viável para ações de educação em saúde, pois promovem a saúde por meio da participação da população em uma construção compartilhada de conhecimentos, reforçam as orientações verbais, são guias em casos de dúvidas e auxílio para tomada de decisões cotidianas<sup>(30)</sup>.

A efetividade das tecnologias educacionais apresentadas foi testada em sua maioria com pessoas idosas em boas condições socioeconômicas. Salienta-se, assim, que novos estudos devem ser realizados com a aplicação dessas tecnologias em públicos de diferentes culturas e classes sociais<sup>(31)</sup>, de forma a contribuir com a prática clínica e tornar a educação em saúde mais clara quanto a comunicação e a compreensão das orientações<sup>(32)</sup>.

Como lacunas do conhecimento, ressalta-se a ausência de estudos direcionados a temáticas importantes no contexto da pessoa idosa, a exemplo da sexualidade. Logo, recomenda-se o desenvolvimento de investigações que desenvolvam, validem e/ou testem longitudinalmente a efetividade das tecnologias educacionais com as pessoas idosas sobre diferentes temáticas e com diferentes abordagens.

## CONCLUSÃO

As tecnologias educacionais para a educação em saúde de pessoas idosas, evidenciadas na presente revisão, foram: jogos, vídeos e cartilha. Os estudos abordaram, principalmente, temas voltados para disfunções orgânicas e para prevenção de quedas.

Novos estudos com produções de tecnologias educacionais, que considerem temáticas alusivas à saúde integral, a exemplo da sexualidade, devem, portanto, ser realizados, de forma a contribuir para uma assistência cada vez mais acolhedora, interativa, inovadora e inclusiva de pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/186466>
2. Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF, Quirino GS, Machado MFAS. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 3];22(4). Available from: [https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v22n4/pt\\_1809-9823-rbagg-22-04-e190022.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v22n4/pt_1809-9823-rbagg-22-04-e190022.pdf)
3. Carroll LS. A Comprehensive definition of technology from an ethological perspective. *Soc Sci*. 2017;6(4):126. <https://doi.org/10.3390/socsci6040126>
4. Ministério da Saúde (BR). Glossário Temático: Projeto de Terminologia da Saúde [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 3]. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf)
5. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
6. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11 <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
7. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2021 Feb 07]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
8. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;1(4):195-206. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)
9. Bramer WM, Milic J, Mast F. Reviewing retrieved references for inclusion in systematic reviews using EndNote. *J Med Libr Assoc*. 2017;105(1):84-7. <https://doi.org/10.5195/jmla.2017.111>
10. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(210):1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
11. Silva CRDTS, Felipe SGB, Carvalho KM, Gouveia MTO, Silva-Júnior FL, Figueiredo MLF. Construction and validation of an educational gerontotechnology on frailty in elderly people. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20200800. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0800>
12. Olympio PCAP, Alvim NAT. Board games: gerontechnology in nursing care practice. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 2):818-26. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365>
13. Hammerschmidt KSA, Ferreira, JM, Heidmann ITSB, Alvarez AM, Locks MOH, Siewert JS. Gerontechnology for fall prevention of the elderly with Parkinson. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):255-62. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0704>
14. Lucca DC, Hammerschmidt KSA, Girondi JBR, Fernandez, DLR, Carvalho AA, Rosa SS, et al. Game of Attitudes: educational gerontechnology for the elderly undergoing haemodialysis. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 3):e20180694. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0694>
15. Bento SR, Ottaviani AC, Brigola AG, Neris VPA, Orlandi FS, Pavarin SCI. Use of digital game therapy among elderly persons undergoing dialytic treatment: cognitive aspects and depressive symptom. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):461-70. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170184>
16. Moraes VB, Andrade MMA, Toyoda CY, Araujo RCT. The use of Nintendo Wii as therapeutic resource for elderly: an activity analysis from the Occupational Therapy perspective. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2016;24(4):705-14. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0640>
17. Carter G, Wilson C, Mitchell G. A eficácia de um jogo digital para melhorar a percepção pública da demência: uma avaliação pré-teste-pós-teste. *Plos One*. 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257337>
18. Sá GGS, Silva FL, Santos AMR, Nolêto JS, Gouveia MTO, Nogueira LT. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186>

19. Jackson D, Roberts GML, Ford RC. A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for carers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;66:218-36. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.013>
20. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). El Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) en el contexto de la pandemia de covid-19: las pandemias deberán cambiar la manera de ver la edad y el envejecimiento. In: *Boletín de envejecimiento y derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, n. 18. Santiago: Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe[Internet]. 2020 [cited 25 Feb 2022]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46616>
21. Sousa VLP, Moreira ACA, Fernandes MC, Silva MAM, Teixeira IX, Dourado Jr FW. Tecnologia educacional para banho/higiene do idoso em domicílio: contribuição para o saber-fazer dos cuidadores. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 2):e20200890. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0890>
22. Hulley SB. (Org). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
23. Apolinário D, Vernaglia IFG. Estilo de vida ativo e cognição na velhice. In: Freitas EV. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 4. ed. 2018.
24. Franco RC, Becker TAC, Hodniki PP, Zanetti ML, Sígoli PBO, Teixeira CRS, et al. Asistencia telefónica en la adherencia a la práctica de una dieta saludable de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm Glob Murcia*. 2018;17(50):153-84. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277821>
25. Fernandes CS, Martins MM, Gomes BP, Gomes JÁ, Gonçalves, LHT. Family Nursing Game: desenvolvendo um jogo de tabuleiro sobre Família. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):33-37. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160005>
26. Dartigues JF, Foubert-samier A, Le Goff M, Viltard M, Amieva, H, Orgogozo JM, et al. Playing board games, cognitive decline and dementia: a French population-based cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(8):e002998. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002998>
27. Sood P, Kletzel SL, Krishnan S, Devos H, Negm A, Hoffecker L, et al. Nonimmersive brain gaming for older adults with cognitive impairment: a scoping. review. *Gerontol*. 2019;59(6):e764–e781. <https://doi.org/10.1093/geront/gny164>
28. Cardoso NO, Argimon ILL, Pereira VT. Electronic games and elderly cognition: a systematic. *Rev Psicol*. 2017;34(2). <https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278>
29. Meneghini V, Barbosa AR, Mello ALSF, Bonetti A, Guimarães AV. Percepção de adultos mais velhos quanto à participação em programa de exercício físico com exergames: estudo qualitativo. *Ciêñ Saúde Coletiva*. 2016;21(4):1033–41. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.11812015>
30. Rodrigues LN, Santos AS, Gomes PPS, Silva WCP, Chaves EMC. Construction and validation of an educational booklet on care for children with gastrostomy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20190108. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0108>
31. Carvalho KM, Silva CR, Figueiredo ML, Nogueira LT, Andrade EM. Educational interventions for the health promotion of the elderly: integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800062>
32. Serradilha AFZ, Duarte MTC, Tonete VLP. Promoção da saúde por técnicos em enfermagem, na perspectiva de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):979-87. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0552>