

CONCEPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS EM ENFERMAGEM

aplicação de teorias
na prática clínica

ORGANIZAÇÃO

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes
Suzana de Oliveira Mangueira

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 Cesar Leal

Lucília de Fátima Santana Jardim

Editora ABEn

ORGÃO 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 • 2025

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.

REVISORES

Ana Claudia Philippi Pizzorno | CRB 14/525
Tatyane Barbosa Philippi | CRB 14/735

PRODUÇÃO EDITORIAL

Paulo Roberto Pinto | Projeto gráfico e diagramação

C744 Concepções epistemológicas em enfermagem [recurso eletrônico] : aplicação de teorias na prática clínica / organizadores Scheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes, Suzana de Oliveira Mangueira. – Brasília : Aben, 2025

56 p. ; 26 cm
ISBN 978-65-89112-21-1

Inclui bibliografias
ISBN 978-65-89112-26-6

1. Enfermagem - Filosofia. 2. Filosofia – Cuidado. 3. Cuidados com os doentes. I. Moraes, Scheila Coelho Ramalho Vasconcelos. II. Mangueira, Suzana de Oliveira. III. Título.

CDD (23. ed.) 610.7301

Ana Claudia P. Pizzorno
Bibliotecária CRB 14/525

APRESENTAÇÃO

A epistemologia da Enfermagem consiste no estudo do conhecimento e suas origens, estruturas, métodos, padrões e validade, que busca compreender a construção e a aplicabilidade do saber. A Enfermagem é uma ciência e profissão que tem uma base epistemológica rica e multifacetada, em constante evolução. A Florence Nightingale é reconhecido o mérito da autoria da primeira teoria da enfermagem moderna, denominada Teoria Ambientalista. Contudo, foi a partir da década de 1950, nos Estados Unidos, com Hildegard Peplau, que se deu início à construção das primeiras teorias de enfermagem, na busca de definir o que é a Enfermagem e quais os seus propósitos. Dotadas de alto nível de abstração e poder de generalização, foram definidas como grandes teorias ou modelos conceituais.

Por muitos anos, houve dificuldade em traduzir as ideias dessas grandes teorias e modelos conceituais para a prática clínica, de modo que as discussões ficavam restritas às universidades no âmbito das pós-graduações. Décadas depois, com a ideia da prática baseada em evidências, emergiu a necessidade da construção das teorias de médio alcance e teorias de situação específica, com vistas a produzir um conhecimento para melhorar a prática e os resultados de enfermagem.

Neste sentido, o livro “Concepções epistemológicas em enfermagem: aplicação de teorias na prática clínica”, desenvolvido de forma colaborativa por discentes e docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, busca, por meio de relatos de experiências, revisões de literatura e reflexões teóricas, transpor conceitos desenvolvidos por teóricas da enfermagem a diversos contextos da prática clínica.

É com grande satisfação que apresentamos esse livro a estudantes e profissionais de enfermagem e esperamos que ele possa contribuir para uma prática reflexiva sobre o cuidado, a pessoa, a saúde e o contexto ambiental. Diante da diversidade de perspectivas apresentada nesta obra, almejamos que o leitor encontre neste livro uma fonte de inspiração e de conhecimento que contribua para o avanço de seu conhecimento e de sua prática.

Agradecemos a todos os autores e colaboradores pela dedicação a esse projeto.

Desejamos a todos uma leitura proveitosa, instigante e enriquecedora.

Suzana de Oliveira Mangueira
Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais

SUMÁRIO

5 CAPÍTULO I

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NA
PERSPECTIVA DA TEORIA AMBIENTALISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

11 CAPÍTULO II

**VIVÊNCIA PROFISSIONAL NUMA MATERNIDADE DURANTE A PANDEMIA:
ANÁLISE NA PERSPECTIVA TEÓRICA DE CALLISTA ROY**

15 CAPÍTULO III

**FATORES ESTRESSORES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
INTENSIVA À LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMANN**

22 CAPÍTULO IV

**A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES MASTECTOMIZADAS
UTILIZANDO O REFERENCIAL DE DOROTHEA OREM**

29 CAPÍTULO V

**AROMATERAPIA NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À PARTURIENTE SOB
À LUZ DA TEORIA DE MARTHA ROGERS**

36 CAPÍTULO VI

**TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PERINATAL SOB
À ÓTICA DE CALLISTA ROY: ANÁLISE SEGUNDO MELEIS**

43 CAPÍTULO VII

**APLICABILIDADE DA TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE
DOROTHEA OREM NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

49 CAPÍTULO VIII

**TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO
CULTURAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER**



INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NA PERSPECTIVA DA TEORIA AMBIENTALISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maysa Kelly de Lima¹

ORCID: 0000-0001-8743-5856

Elisete Maria Umbelino Alves Silva¹

ORCID: 0000-0002-5681-835X

Monique de Freitas Gonçalves Lima¹

ORCID: 0000-0002-5805-6205

Robson Gomes dos Santos¹

ORCID: 0000-0001-8052-8662

Suzana de Oliveira Mangueira¹

ORCID: 0000-0003-0931-8675

¹Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

Autora Correspondente:

Maysa Kelly de Lima

maysa.klima@ufpe.br



INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, que no século passado ganhou notoriedade crescente frente ao seu espraiamento para as diferentes regiões do planeta e ao ritmo acelerado com que avançou também em países de menor desenvolvimento econômico, passa a constituir neste século um dos fenômenos mais desafiadores pelas suas múltiplas consequências. Com uma taxa de crescimento de 3% ao ano, o segmento demográfico de 60 anos ou mais de idade representa, na atualidade, 12,3% da população mundial, e estima-se que esse percentual ascenderá a 21,3% em 2050, sendo essa estimativa ainda mais elevada para o Brasil, com previsão de que naquele ano a população idosa irá compor 29,6% da população brasileira⁽¹⁾.

Diante desse aumento de idosos na sociedade, surgem questionamentos sobre a organização dos sistemas de saúde, apoio e cuidado que devem dar suporte às necessidades desta população. Diante disso, a elevada demanda desse público, exige políticas públicas eficazes, e aplicá-las de acordo com o que já é assegurado pela legislação brasileira, em sua Constituição, como também a própria Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso. Estas políticas, preveem que a população idosa seja amparada pela família, sociedade e Estado, os quais devem garantir sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. Sendo assim, não apenas os sistemas de saúde, como também a sociedade, devem se adequar a esses preceitos⁽²⁾.

Nessa perspectiva, a política de apoio e cuidado a esse público, prioriza que o atendimento ao idoso deve ser exercido pela própria família, em detrimento do asilar, exceto nos casos em que os idosos são desprovidos de família ou careçam de condições para manutenção da própria sobrevivência⁽²⁾. Embora o cuidado familiar represente grandes benefícios, em algumas situações ocorre a necessidade de cuidados em instituições de longa permanência para



idosos (ILPI), seja no âmbito público ou privado, observando assim, o crescimento pela procura de cuidados formais e dessas instituições⁽³⁾.

Neste sentido, é importante considerar a histórias de vida desse público, preservar sua independência e autonomia, facilitar a compreensão sobre o processo de envelhecimento e de institucionalização, para torná-los protagonistas do seu processo de cuidar. Entretanto, a maioria das ILPIs públicas no cenário brasileiro se encontra em situações precárias, sem priorização de profissionais formados para o cuidado gerontológico e com recursos limitados, o que tem dificultado o investimento no ambiente institucional, além de impossibilitar a participação do indivíduo idoso no gerenciamento do próprio cuidado⁽³⁾.

As condições de ambiente precário levam a um adoecimento, e nesta perspectiva, utilizar um referencial que oriente o planejamento do cuidado de enfermagem para um ambiente que favoreça a promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação, torna-se fundamental para atuação enfermeiro. Nesse sentido, faz-se necessário compreender inicialmente as mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento e avaliar como o ambiente pode torna-se restaurador da saúde, para tanto, os pressupostos de Florence Nightingale, que defendia um ambiente saudável como ter ar puro, água potável, drenagem eficiente, limpeza e luz adequadas; ausência de calor e de barulho e dieta adequada^(4,5) são elementos a serem considerados no cuidado de enfermagem nas ILPI.

Desse modo, o ambiente institucional necessita ser adequado para atender às principais necessidades do idoso, para lhe garantir conforto, segurança e independência para a realização de suas atividades diárias, além de evitar e prevenir problemas que possam surgir, como as quedas, que geram imobilizações, fraturas, medo, dependência e uma série de consequências limitantes para a vida do institucionalizado. O ambiente é o maior responsável pela funcionalidade na velhice, devendo oferecer segurança, promover a interação social e propiciar bem estar ao idoso em ambiente acolhedor e agradável⁽⁶⁾. Para isso, é importante considerar a limpeza do ambiente, um adequado arejamento, um local com boa iluminação, uma variedade na alimentação, além de uma temperatura agradável e um ambiente livre de ruído⁽⁷⁾.

As ILPI brasileiras são regulamentadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). De acordo com essa Resolução, essas instituições devem atender a critérios mínimos para o seu funcionamento e para a prestação de serviços aos residentes, sobretudo, no que diz respeito aos aspectos físico-estruturais e organizacionais⁽⁸⁾. Entretanto, percebe-se uma carência de políticas públicas eficazes além de estudos que abordem as desigualdades relacionadas ao ambiente, entre ILPI públicas e privadas, sobretudo, fundamentado nos conceitos defendidos por Nightingale.

Diante do exposto, este capítulo tem a finalidade de expor os resultados de um relato de experiência, que visou analisar a utilidade da teoria ambientalista no cenário de cuidado de instituições de longa permanência que compõem o campo de prática de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Ao final deste capítulo, o leitor será capaz de perceber a aplicabilidade da teoria ambientalista no cenário de ILPI e repensar sobre as condições organizacionais.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, ancorado em ferramentas teórico metodológicas que se afinam com a Teoria Ambientalista de Florence.

O relato foi baseado na experiência de uma enfermeira residente em duas ILPI que compõem o itinerário formativo de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, ambas localizadas na Região Metropolitana do Recife. As experiências foram vivenciadas entre março a novembro de 2019, em ILPI com caráter filantrópico e entre março a junho de 2020 na ILPI em caráter particular.

A ILPI filantrópica, composta por uma casa, recebia duas vezes por semana a visita de residentes com formações multiprofissionais. As atividades eram divididas, de forma que, uma vez por semana eram realizadas

atividades assistenciais, voltadas para as demandas da enfermagem, nutrição, odontologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmácia, serviço social, psicologia, medicina, fisioterapia e educação física, sendo estas desenvolvidas de forma interdisciplinar e de acordo com as principais necessidades da instituição e individualidade de cada idoso, sob a supervisão de um profissional médico geriatra. No segundo encontro da semana, foram desenvolvidas atividades com o intuito de estimular a socialização e trabalhar os aspectos cognitivos dos idosos, sob preceptoria de um profissional de educação física. As visitas eram planejadas para serem executadas em 3 horas. A ILPI particular, composta por duas casas, recebia as mesmas atividades descritas para a ILPI filantrópica, com a mesma periodicidade e planejamento, no entanto, sob a preceptoria da equipe multiprofissional do serviço.

O presente estudo tem como base a observação dos aspectos gerenciais e ambientais dos serviços no qual a enfermeira esteve inserida. Ao longo da experiência foi realizado um diário de campo, com resgate das informações relacionadas ao ambiente de cuidado. A partir dos conhecimentos adquiridos na disciplina, buscou-se analisar a aplicabilidade da teoria ambientalista no contexto das ILPI, por correlacionar ambiente físico e fatores intrínsecos com bases psicológicas e sociais⁽⁹⁾. Diante disso, a apresentação dos resultados foi organizada da seguinte forma: a) particularidades ambientais entre as ILPI e b) contextualização à luz da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS DAS ILPI

A análise da realidade dos ambientes das duas ILPI sob a luz da teoria ambientalista permitiu conhecer o ambiente de cuidado entre as instituições, como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Condições Ambientais das ILPI

Item	ILPI Filantrópica	ILPI Privada
Limpeza do ambiente	Adequada	Adequada
Arejamento	Pouco arejada	Bem arejada
Iluminação	Pouca iluminação	Iluminação suficiente
Alimentação	Básica, pouca variação	Adequada, variada
Temperatura	Temperatura elevada	Temperatura adequada
Ruído	Pouco ruído	Pouco ruído

Fonte: Elaboração dos Autores, 2022.

As instituições possuem ambientes distintos, como relacionados ao arejamento, iluminação, alimentação e temperatura. A ILPI filantrópica possui dormitórios compartilhados entre moradores do mesmo sexo, todos eles com espaço limitado, contendo o básico, como cama e guarda roupas ou cômoda, sem objetos pessoais para decoração do ambiente. A ILPI particular é constituída por duas casas, as quais são separadas por um espaço de convivência e socialização entre os idosos, a ocupação dos dormitórios varia, os quais podem ser utilizados por apenas um morador ou até três moradores do mesmo sexo, e a quantidade de moradores por quarto relaciona-se com o valor da mensalidade, que varia de três a seis mil reais mensais.

Quanto às características das condições ambientais, a ILPI filantrópica apresenta limpeza adequada do ambiente, conta com um único profissional destinado à limpeza, sendo necessária a colaboração dos demais profissionais da casa, incluindo a cuidadora dos idosos, para que o ambiente seja mantido limpo e organizado.

Aquele que tange a ILPI privada, possui limpeza adequada do espaço, com quadro de profissionais bem organizado, havendo uma equipe da higienização, responsável pela limpeza e organização do ambiente. Ressalta-se que ambos os ambientes são higiênicos, livres de sujidades e odores.

Quanto ao arejamento e a iluminação, a ILPI filantrópica é pouco arejada, a casa possui pouca circulação de ar, a maioria dos quartos são desprovidos de janelas, sem ventilação natural adequada, contém um espaço aberto para socialização e refeição dos moradores, algumas árvores e plantas ao redor, porém, a área arborizada é de difícil acesso para os idosos devido irregularidades do solo e ausência de rampas para acesso com cadeira de rodas, os ambientes comuns como recepção e sala de estar são escuros, com iluminação insuficiente e pouco ventilados. A ILPI privada possui espaço ao ar livre, com facilidade de acesso por parte dos idosos, sejam eles com marcha independente ou dependente, presença de árvores e plantas, os ambientes comuns e dormitórios são arejados, possuem ventilação e iluminação adequadas e suficientes.

Aquele que tange a alimentação dos idosos da ILPI filantrópica, há três refeições e dois lanches ao dia. A dieta é composta por alimentos preparados pelos profissionais da instituição, às vezes inadequados para pacientes com feridas, sarcopênicos ou disfágicos. A alimentação na ILPI privada é organizada por uma nutricionista e há uma equipe específica para o preparo das refeições, a maioria dos institucionalizados possuem suporte da família, a qual além de fornecer os materiais de higiene pessoal ao morador, também levam comidas conforme a vontade do idoso, desde que autorizado pela nutricionista. Também existe suporte para pacientes sarcopênicos e disfágicos, como uso de espessante nas dietas, além de acompanhamento com fonoaudiólogo.

No quesito temperatura do ambiente, a ILPI filantrópica, possui pouca ventilação e circulação de ar, apresenta temperatura mais elevada, com uso de ventiladores nos quartos dos idosos. No ambiente da ILPI privada são utilizadas janelas e ar condicionado nos quartos e em espaços de convivência, como sala de estar dos idosos e setores administrativos. Em relação ao ruído, ambas as instituições possuem um bom controle de ruído, sendo considerados ambientes silenciosos e tranquilos, que colaboram para o bem estar dos idosos institucionalizados.

Quanto à assistência profissional, na ILPI filantrópica a assistência é prestada por duas cuidadoras de idosos, que trabalham individualmente em dias alternados, havendo uma pessoa responsável por preparar as refeições dos idosos e uma pessoa para realizar a limpeza do ambiente diariamente. Ao que se refere à assistência à saúde dos idosos, medicamentos e exames, os mesmos são acompanhados pela Unidade Básica de Saúde do bairro e pelos residentes multiprofissionais de saúde do idoso e de cuidados paliativos, sob supervisão de uma médica geriatra, a qual também presta assistência médica aos idosos.

A ILPI privada possui quadro de profissionais composto por cuidadores, equipe de limpeza, equipe para preparo das refeições e equipe administrativa que faz reuniões periódicas. Ao que tange a assistência à saúde, duas das proprietárias da ILPI são médicas e a equipe multiprofissional é composta por: enfermeira, nutricionista, fonoaudiólogo, psicóloga, terapeuta ocupacional, farmacêutica e fisioterapeuta; todos os idosos possuem plano de saúde e também recebem assistência dos residentes de saúde do idoso.

Em relação à socialização entre os idosos, ambas as instituições apresentam pouca socialização entre o grupo, na ILPI filantrópica, os idosos que deambulam sem auxílio ficam distantes dos demais e os idosos dependentes são sentados à mesa na área de socialização, porém, há pouca conversação. A maioria dos idosos não recebe visita da família, e os profissionais da ILPI possuem pouco tempo para diálogo com os moradores devido ao dimensionamento de profissionais. Algumas atividades para estimular a socialização entre os idosos eram realizadas pelos residentes de saúde do idoso e cuidados paliativos, os quais organizavam atividades para estimular a socialização e a cognição dos idosos.

Na ILPI privada, também há pouca socialização, mas, frequentam os ambientes comuns e de socialização, recebem mais visitas da família, além de músicos para entretenimento, facilitando a socialização entre o grupo. O contato entre os profissionais e os moradores, é mais frequente, fato que se justifica devido ao

dimensionamento de pessoal suficiente, os residentes de cuidados paliativos e saúde do idoso também realizavam atividades para estimular a socialização e a cognição dos idosos.

Sendo assim, percebe-se que apesar de existir particularidades entre as instituições, identificá-las auxilia no processo de reconfiguração organizacional dentro das possibilidades de cada instituição e que, apesar das limitações enfrentadas por algumas instituições, os profissionais desempenham seus papéis da melhor forma possível, na busca de promover uma melhor qualidade de vida para os usuários.

• APLICABILIDADE DA TEORIA AMBIENTALISTA NAS ILPI

Ao estudar sobre o envelhecimento, o elevado crescimento da população idosa e o consequente aumento da demanda de ILPI, vê-se que os cuidados mínimos a essa população devem garantir: participação na sociedade, dignidade, bem-estar e direito à vida, assim como é previsto pela Constituição brasileira e pelo Estatuto do idoso, para manter a independência e autonomia, para tornar-se protagonista no seu processo de cuidar.

A teoria ambientalista ajuda a demonstrar a importância da implementação da assistência de enfermagem para a recuperação, reabilitação e tratamento por meio de um ambiente de qualidade, bem como a importância de praticar o cuidado holístico por meio da assistência sistêmica com os princípios éticos da profissão. A teoria ambientalista possui conceitos ainda bastante atuais e significativos para a prática atual do enfermeiro, através de uma base teórica sólida para o desenvolvimento de propostas que colaboram para a prática da higiene ambiental pelos profissionais de enfermagem⁽¹¹⁾.

Dentro do contexto de ILPI, faz-se necessário abordar a teoria ambientalista de Florence Nightingale, na qual existem oito componentes que irão colaborar com a recuperação/manutenção da saúde: ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza, luz, calor, barulho e dieta. Por meio de uma análise comparativa entre ILPI filantrópica e privada, serão descritas as desigualdades entre as instituições sob a ótica da teoria ambientalista.

Quando se tratava de limpeza, Florence alegava que ambientes sujos eram fonte de infecção por meio do material orgânico. A limpeza, para ela, incluía: manipular e desprezar de forma adequada as excretas corporais, banho diário e lavagem das mãos com frequência, para garantir a limpeza do ambiente e do paciente, prevenindo morbidades⁽⁴⁾. Em ambas as ILPI, a limpeza do ambiente estava adequada. Apesar de não estarem dentro das normas da RDC 238, que prevê um profissional de limpeza por turno, a instituição filantrópica conseguiu manter a limpeza satisfatória.

Nightingale instruía as enfermeiras a manter as janelas abertas para obter arejamento/ventilação e temperatura, para conservar ambiente com ar tão puro quanto o ar exterior; pois esse componente seria fonte de doença e recuperação^(4,12). Nesse quesito, a ILPI filantrópica é pouco arejada e a ILPI privada bem arejada. Já no quesito temperatura, a instituição filantrópica apresentava temperaturas elevadas e sem climatização do ambiente adequado e, na instituição privada, a temperatura era adequada e possuía boa climatização do ambiente.

Em termos de iluminação, para Florence, deveria envolver a claridade e a luz solar direta. Ela determinava que a luz solar direta era essencial para os pacientes, pois tinha efeitos reais no corpo humano, e instruiu as enfermeiras a expor os pacientes à luz solar direta^(8,12). Na instituição privada, a iluminação era suficiente, já a instituição filantrópica era pouco iluminada.

Outra proposição da teoria ambientalista é a alimentação, que deveria ser nutritiva e variada. Segundo a RDC 283, a ILPI deve garantir aos idosos a alimentação, respeitar os aspectos culturais locais, e oferecer, no mínimo, seis refeições diárias^(4,12). A ILPI filantrópica dispunha de alimentação básica e pouco variada, enquanto que na ILPI privada a alimentação era adequada e variada.

Um outro ponto descrito por Florence Nightingale são os ruídos. Ela enfatiza que qualquer ruído seja de conversas, andar arrastado ou agitar de objetos que acorde um indivíduo, seja ele doente ou sadio, é de fato a mais cruel falta de cuidado com a uma pessoa e pode causar mais riscos à saúde⁽⁴⁾. Ambas as instituições apresentaram pouca presença de ruídos.

A teoria ambiental é um marco na história da enfermagem, e ainda na época atual há grande influência dessa prática nos serviços de enfermagem e em hospitais e instituições de saúde, sendo assim relevante abordá-la nos contextos das ILPI.

CONCLUSÃO

A partir da análise das instituições sob à luz da teoria ambientalista, pode-se perceber que existem particularidades ambientais entre instituições filantrópicas e privadas. Tais particularidades evidenciam que o ambiente da instituição filantrópica, segundo a teoria de Florence, possui limitações para a recuperação e manutenção da saúde dos idosos, pois apresentam recursos restritos e a instituição privada possui recursos que possibilitam melhor organização do ambiente conforme a teoria ambientalista.

Dessa forma, estudar as condições ambientais e relacioná-la com a teoria ambientalista de Florence contribuiu para a identificação das necessidades das ILPI, de modo a repensar as condições organizacionais, com enfoque nos principais fenômenos do ambiente que comprometem a saúde e qualidade de vida humana.

REFERÊNCIAS

1. Barros MBA, Goldbaum M. Challenges of aging in the context of social inequalities. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52(2 Suppl). doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201805200supl2ed>.
2. Adão MP, Zarpellon MG. A política do envelhecimento ativo se aplica ao contexto das instituições de longa permanência para idosos?. *RVCH* [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 2];(2). Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/11461>.
3. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019;22(1):e180197. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180197>.
4. Gerontologia. 2019;22(1):e180197. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180197>.
5. Alves MB. A saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência apoiada na Teoria de Nightingale [dissertação]. 2014. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
6. Medeiros ABA, Enders BCL, Carvalho ALB. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery*. 2015;19(3):518-524. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>.
7. Porto NRS. Estudo comparativo entre instituições de longa permanência para idosos na cidade do Recife sob foco da ergonomia do ambiente construído. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
8. Costa MCNS, Mercadante EF. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013;6(2):209-222.
9. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2022 June 2];21(4):e20160337. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520170004 00213&lng=en.
10. Couto J, Tyrrel MAR, Araújo STC, Tonini T, Machado WCA, Figueiredo NMA. Trazendo Nightingale para o século XXI: retrospectiva do cuidado de enfermagem na perspectiva da teoria ambientalista. *Research, Society and Development*. 2020; 9(5):e77953122. doi:10.33448/rsd-v9i5.3122.
11. Camponogara S, Laboratório Virtual da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Pará. Mercado Monumental: Renascença ou São Brás [Internet]. Belem: UFPA; 2012 [citado 2022 set 20]. Disponível em: <https://fauufpa.org/2014/07/18/mercado-monumental-1911-%e2%80%99-renascenca-ou-sao-bras/>
12. Silveira-Alves A, Sepp VJ, Loureiro LH, Silva CM. A teoria ambientalista no ensino e na prática profissional em enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Práxis*. 2021;13(25):e2176-9230. doi:10.47385/praxis.v13.n25.2982.
13. 12 Borson LAMG, Cardoso MS, Gonzaga MFN. A teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Revista Saúde em Foco* [Internet]. 2018 [citado 2022 nov 3];10. Disponível em: https://portal.unisepo.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/0105_A-TEORIA-AMBIENTALISTA-DE-FLORENCE-NIGHTINGALE.pdf

VIVÊNCIA PROFISSIONAL NUMA MATERNIDADE DURANTE A PANDEMIA: ANÁLISE NA PERSPECTIVA TEÓRICA DE CALLISTA ROY

Eduarda Augusto Melo¹

ORCID: 0000-0002-2867-1530

Aline Barros de Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-0427-7181

Auricarla Gonçalves de Souza¹

ORCID: 0000-0001-9378-6513

Cláudia Gabrielle da Silva¹

ORCID: 0000-0001-8197-7929

Laís Carolina da Silva¹

ORCID: 0000-0001-8500-0883

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes¹

ORCID: 0000-0001-9831-0338

¹ Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

Autora Correspondente:

Eduarda Augusto Melo
eduarda.melo@ufpe.br



INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem é a expressão da atividade profissional e precisa do saber científico para fundamentação da sua prática. Estão envolvidos neste cuidado, responsabilidade, ética e respeito, a partir de um embasamento científico, de forma a atender às necessidades do ser humano, na sua multidimensionalidade, abordando este indivíduo como ser holístico. A prática a partir do conhecimento científico se dá a partir de teorias de enfermagem, que são instrumentos referenciais para o exercício da prática do profissional da enfermagem⁽¹⁾.

A implementação de um cuidado fundamentado em uma teoria de enfermagem confere fundamentação científica à prática dessa profissão, contribuindo para construção de um conhecimento crítico e reflexivo, favorecendo melhorias ao cuidado prestado⁽¹⁾. Dentre as várias teorias de enfermagem, a Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy entende o indivíduo como sistema adaptativo e holístico, com a noção de estímulos que interagem com as pessoas e desencadeiam respostas, tendo a capacidade de se adaptar mediante influências do meio⁽²⁾.

Seja de maneira evidente ou subconsciente, utilizamos alguma teoria na nossa prática de trabalho. Quando falamos da Teoria de Adaptação de Callista Roy, trazemos como exemplo prático o cenário da pandemia da COVID-19 frente a assistência obstétrica, que levou a reformulações e estabelecimentos de cuidados, para adaptação das gestantes e dos profissionais ao novo cenário. Desde janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou estado pandêmico, devido ao novo coronavírus, o SARS-CoV-2, que se propagou de maneira muito rápida, vulnerabilizando alguns grupos de risco, inclusive as gestantes³. O Boletim do Observatório da Covid-19 registrou alta taxa de letalidade para gestantes e puérperas no nosso país⁽⁴⁾.

Diante deste cenário, as maternidades implementaram algumas medidas para prevenir a COVID-19, como: uso



adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI's), protocolo de lavagem das mãos, uso de álcool gel, distanciamento social e uso de face shield para os profissionais de saúde². Dentre os protocolos para prevenir a COVID-19, houveram impedimentos da presença do acompanhante, com o objetivo de prevenir a disseminação do vírus, apesar da lei nº 11.108 de 2005, que garante o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto⁽⁵⁾.

No contexto pandêmico da COVID-19 nas maternidades, a teoria de Callista Roy esteve presente na prática obstétrica ao estabelecer um processo adaptativo com vistas que essa assistência direta, de cuidados profissionais e de apoio do acompanhante mesmo com limitação imposta mantivesse o enfoque humanizado.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo demonstrar a experiência vivida por profissionais de enfermagem em uma maternidade, durante a pandemia de COVID - 19, à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência de profissionais de enfermagem em uma maternidade, durante a pandemia de COVID - 19, à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy, vivenciado no município de Caruaru-PE.

A vivência foi realizada no ano de 2020 em uma maternidade localizada na nordeste brasileiro, na região do agreste pernambucano, que é referência para 32 municípios da IV GERES do estado de Pernambuco e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante este período, devido aos casos de COVID-19, com o intuito de prevenir a disseminação do vírus, mesmo em pacientes assintomáticos, foi instituído um protocolo onde restringia o direito ao acompanhante. Ficou proibido que a mulher tivesse acompanhante durante todo o processo do parto normal, desde a entrada no hospital, ao momento do parto até o pós-parto, com exceção apenas para adolescentes menores de 15 anos, que tinham direito ao acompanhante do início ao fim do processo de internamento. E com relação à cesariana, era permitido um acompanhante apenas durante as primeiras seis horas pós cirúrgicas.

Este relato não faz referência a aplicabilidade da teoria, pois o processo vivenciado pelos profissionais não ocorreu com esse objetivo. Neste relato faz-se uma reflexão quanto a relação da vivência prática de profissionais de enfermagem no contexto da pandemia à luz da Teoria de Adaptação de Callista Roy. De acordo com essa teoria, o indivíduo está em constante processo de adaptação com o meio onde está inserido, desencadeando respostas adaptativas a partir de estímulos. O contexto pandêmico, foi o estímulo que levou toda a equipe profissional a se adequar ao cenário vivenciado, visando a prevenção da disseminação do vírus.

RESULTADOS

A pandemia de COVID – 19 trouxe muitas mudanças para todos e no que se refere aos serviços de saúde, esses sofreram diversas modificações. A chegada dessa doença até então desconhecida, trouxe consigo medos, incertezas, tensão, instabilidade emocional, entre outros, sentimentos estes causados pelo medo da contaminação, da morte e de transmitir para familiares e amigos.

As modificações na maternidade se deram exigindo distanciamento social e uso de máscara por parte de todos. E para atender mulheres gestantes com sintomas respiratórios existia um consultório de isolamento, onde as mesmas eram encaminhadas e diante disso, os profissionais de saúde precisavam se paramentar utilizando máscara N95 e outros equipamentos de proteção individual (EPI's), como capote, touca, luvas e face shield, sendo estes relevantes para proteção e prevenção da contaminação.

Na obstetrícia, os profissionais na assistência direta, tem muito contato físico, porém nesse contexto esse fato teve que ser reduzido ou realizado com a utilização de EPI's, fato este que gerou a redução de exercícios realizados para auxiliar no trabalho de parto, do toque físico (onde se inclui muitos dos métodos naturais de alívio da dor), e práticas como carimbos que eram feitos com placenta para as pacientes guardarem de recordação, foram proibidas durante o período vivenciado.

Houve a restrição também do acompanhante durante todo o processo de internamento, mesmo em pacientes assintomáticas, desde a entrada na maternidade para realização da triagem, e durante o internamento, que envolvia o processo de trabalho de parto, parto (incluindo as cirurgias cesarianas) e pós parto, com exceção apenas para mulheres em trabalho de parto que fossem menores de 15 anos e em puérperas de cesariana, onde foi permitido um acompanhante apenas nas primeiras seis horas pós cirúrgicas.

Outra mudança relevante no período foi a proibição do contato pele a pele mãe e bebê quando a mãe testou positivo para COVID – 19. Como também a exigência por parte de alguns pediatras que fosse feito o clampeamento precoce do cordão umbilical, sob a justificativa de diminuir a possibilidade de icterícia neonatal e consequentemente reduziria o tempo de internamento e o risco de contaminação pelo vírus.

Diante de todas as mudanças e restrições foi um período difícil para todos os profissionais de saúde que atuavam na maternidade, uma vivência jamais será esquecida e que ainda não chegou ao fim, mas já superou sua fase mais difícil, a do desconhecido.

DISCUSSÃO

Na obstetrícia foram alguns os desafios enfrentados pelas gestantes e profissionais de saúde. Neste contexto pode-se enxergar a aplicabilidade da teoria de Callista Roy que indica três estímulos: focal, contextual e residual⁽⁶⁻⁹⁾. Na circunstância da pandemia pelo coronavírus foi importante manejá-los corretamente estes estímulos que Roy definiu como, tudo que vai gerar uma resposta, considerando a interação entre o ser humano e o ambiente⁽⁷⁾.

Com o foco nesta população, o estímulo focal é o que interfere diretamente, o que necessita de maior concentração de energia⁽⁷⁾ e neste caso, a gestação. Os estímulos contextuais, são os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, portanto não é o foco principal, mas sim o que influenciará nas ações da pessoa frente ao estímulo focal, podem ser caracterizados pela presença do coronavírus, por doenças pré-existentes e também pelo local que se estava/trabalhava, que era propício à transmissão^{7,8}. Os estímulos residuais são os fatores externos e internos que podem ser descritos como o estresse vivenciado tanto pelas adaptações impostas pela gravidez, como pelo medo da contaminação e solidão⁽⁸⁾.

Em resposta aos estímulos Roy descreve quatro modos adaptativos: o modo fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência⁽⁶⁻⁹⁾. O primeiro trata da adequação ao qual o corpo da mulher é submetido com o processo gestacional. O segundo, como a mulher se percebe diante da gravidez e do ambiente com a presença do coronavírus. Esse modo visa o fortalecimento psíquico em meio ao pânico, o encontro de um amparo emocional pode favorecer o bem estar psicológico⁽⁸⁾. A função do papel é como essa gestante se vê contribuindo na sociedade, em meio a pandemia, o isolamento social foi uma contribuição positiva e uma proteção ao seu filho. A interdependência trata da interação social, englobando as necessidades afetivas^(7,9).

Então, esses modos adaptativos direcionam às respostas, se essas serão adaptativas ou inefetivas. No contexto da pandemia muitos pacientes não puderam ficar com acompanhantes no momento do trabalho de parto o que as deixou temerosas e inseguras, contrariando o que o Ministério da Saúde orienta, que toda mulher tem direito a acompanhante, com algumas ressalvas: não realizar revezamentos e não ser de grupos de risco.⁽³⁾

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID - 19 acarretou consigo diversas modificações e dentre elas as modificações no processo de trabalho nas instituições de saúde, trouxe diversos sentimentos para os profissionais como medo, tristeza, entre outros. Essas mudanças refletiram na assistência prestada às mulheres nas maternidades e muitas delas tornaram esse momento difícil.

Diante do exposto, as mulheres necessitaram se adaptar à ausência de seus acompanhantes para contribuir com uma questão social, mesmo ferindo a lei do acompanhante. E assim, os enfermeiros obstetras precisavam estar mais próximos delas, para promover esse suporte emocional, que por muitas vezes, não foi suprido diante das demandas da instituição, além disso não são pessoas próximas, não fazem parte da vida dessas mulheres e não são quem elas escolheram para estar ao lado em um momento tão relevante em suas vidas, que é o nascimento de seu filho.

AGRADECIMENTOS

Aos nossos familiares e amigos, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Nós, que sempre estivemos lado a lado, apoiando umas as outras, sendo paciente e perseverantes para que tudo desse certo.

As nossas professoras Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais e Suzana de Oliveira Mangueira, por terem sido nossas orientadoras e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade. Obrigada pelas correções e ensinamentos que nos permitiram apresentar um melhor desempenho, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o nosso aprendizado.

REFERÊNCIAS

1. Frota SS, Lopes LV, Onofre MR, Dodou HD, Guedes MVC. Aplicabilidade do modelo de adaptação de Roy no cuidado ao paciente diabético. *Rev. Curitiba.* 2020;3(4):10699-709.
2. Monteiro AKC, Costa CPV, Campos MOB, Monteiro AKC. Aplicabilidade da teoria de callista roy no cuidado de enfermagem ao estomizad. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2016;5(1):84-92.
3. Estrela FM, Silva KKA, Cruz MA, Gomes NP. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2020;30(2):e300215. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>
4. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 20 e 21: 16 a 29 de maio de 2021 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 [citado 2022 maio 31]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021- semanas_20-21-red.pdf.
5. BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de setembro de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República; 2055. [citado 2022 maio 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
6. Roy SC. The Roy adaptation model. 3. ed. New Jersey: Pearson Education; 2009.
7. Melo KM.. O processo de adaptação da mulher às modificações da gestação à luz da teoria de Callista Roy [dissertação]. São Luís: Faculdade de Enfermagem do Maranhão; 2018.
8. Almeida IJS, Lúcio OS, Nascimento MF, Coura AS. Coronavirus pandemic in light of nursing theories . *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 2):e20200538. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>
9. Reis PP, Evers EC, Mendes JO, Makuch DMV. Adaptation of mothers to prematurity: an integrative review in the Roy's vision Adaptación de las madres a la prematuridad: una revisión integradora a la luz de Roy. *REAS/EJCH.* 2021;13(1):e5827. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e5827.2021>

FATORES ESTRESSORES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM INTENSIVA À LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMANN

Virgínia Maria Holanda de Moura¹

ORCID: 0000-0002-7599-6821

Suely de Fátima Santos Freire Bonfim¹

ORCID: 0000-0001-6792-6367

Thaís de Almeida da Silva¹

ORCID: 0000-0001-5977-173X

Suzana de Oliveira Mangueira¹

ORCID: 0000-0003-0931-8675

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes¹

ORCID: 0000-0001-9831-0338

Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos¹

ORCID: 0000-0003-3711-4194

¹ Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

Autora Correspondente:
Virgínia Maria Holanda de Moura
virginia.moura@ufpe.br



INTRODUÇÃO

O estresse tem sido uma preocupação no meio científico por representar um problema de saúde pública sendo objeto de debate e discussões frente as suas repercussões na saúde dos indivíduos. Seus primeiros sinais foram observados e compreendidos pelo homem na antiguidade, quando guerreava por sua sobrevivência⁽¹⁾.

O termo stress tem origem no latim, “stringere”, que significa tencionar, apertar, comprimir. No século XVII, foi utilizado na língua inglesa por Robert Hooke com o significado de aflição e adversidade; no século seguinte, esse termo foi apropriado pela física e passou a ser usado para expressar a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre algo, causando nesse ser uma deformação⁽²⁾.

O primeiro estudos que tentou definir o estresse foi Selye⁽¹⁾, com base nos aspectos biológicos, definido como uma síndrome por envolver uma ampla circunstância de desgaste, o que originou a teoria do estresse. Tal condição, não pode ser considerada como uma tensão nervosa, nem mesmo possui semelhança com o desequilíbrio da homeostase, atribui-se ao equilíbrio do organismo, considerando sua interrupção ou in tranquilidade. O estresse pode ser compreendido em três fases, sendo a primeira, a fase de alerta, onde o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida; se o estressor continuar por tempo indeterminado, inicia-se a segunda faz, que é a de resistência, quando o organismo tenta adaptar-se, devido à capacidade de buscar a homeostase interna. Não havendo estratégias para lidar com o estresse, o organismo extenua sua reserva de energia adaptativa e entra na terceira fase, a de exaustão, que se manifesta com as doenças, podendo levar à morte⁽¹⁾.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) descreveu em 1984 alguns riscos psicossociais no ambiente de trabalho que podem causar estresse, como as interações dinâmicas; a situação organizacional; a capacidade do



trabalhador, suas necessidades, cultura, experiências e percepções³. Os estudos acerca do estresse no mundo do trabalho vêm aumentando e em particular desde a década de 1990, o impacto do estresse relacionado a saúde do trabalhador. Sabe-se da existência de vários fatores de risco, no trabalho, que são denominados de estressores do trabalho, que são os causadores de estresse ocupacional⁽⁴⁾.

O estresse ocupacional é definido como uma resposta ao estressor, ressaltando em conjunto tanto os fatores do trabalho que extrapolam a competência de enfrentamento do indivíduo quanto às respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais aos eventos avaliados como estressores⁽²⁾. Na área da saúde e em particular a profissão de Enfermagem esses fatores ainda são mais acentuados pois existem os fatores que estão implícitos à profissão, como aqueles relacionados à dificuldade de enfrentamento da dor, sofrimento e morte dos pacientes, e, por outro, aqueles relacionados à organização do trabalho, como a falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e problemas com colegas de equipe, tanto de enfermagem quanto médicos⁽³⁾.

A enfermagem é considerada uma profissão estressante, pois apresenta alta prevalência de distúrbios psicológicos relacionados ao estresse, insatisfação no trabalho, absenteísmo e frequentes mudanças de emprego ou abandono da profissão⁽⁵⁾. A depender do local de trabalho o estresse ainda é maior, conforme evidenciado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pelo fato de representar setor que requer uma vigilância mais acurada e albergar pacientes em situação mais críticas e complexas o que requer uma atenção e provoca uma sobrecarga emocional mais intensa nos profissionais⁽⁶⁾.

Desta forma é importante conhecer as causas que levam o profissional de enfermagem ao estresse, em especial do trabalhador que atua na unidade de terapia intensiva e que está exposto a diferentes estressores ocupacionais que comprometem diretamente o seu bem-estar. Para maior compreensão dos fatores estressores identificados neste estudo, foi escolhido o referencial teórico de Betty Neuman, por se tratar de um sistema aberto que trabalha os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais⁽⁷⁾.

A teoria de Betty Neuman auxilia o enfermeiro a compreender o processo de adoecimento, pois favorece a compreensão do estresse em todas as suas dimensões. De acordo com essa teoria o ser humano encontra-se em constante inter-relação com o meio ambiente; e sua saúde depende dessa interação entre o ambiente interno e o externo, entre a capacidade das linhas de defesa de repelir os estressores externos e na constante adaptação às mudanças⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivos: Identificar os fatores estressores dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI por meio de uma revisão integrativa da literatura; relacionar os fatores estressores apresentados na revisão integrativa com os descritos na teoria de Betty Neuman; refletir sobre estratégias de prevenção e promoção à saúde da equipe de enfermagem a partir da compreensão da natureza dos estressores intra, inter e extrapessoal.

CAMINHO METODOLÓGICO

A partir de um recurso da prática baseada em evidências foi utilizado a revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a construção do conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado em evidências científicas aplicáveis à realização de uma prática clínica de enfermagem de qualidade. Para isso foram percorridas seis etapas propostas com base na literatura⁸, a saber: estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento ou apresentação da revisão. Desta forma buscou-se responder ao seguinte questionamento: quais os fatores de estresse identificados em profissionais de enfermagem atuantes em UTI?

Para a identificação e seleção das publicações foram utilizadas as seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library on Line (SCIELO); Base de Dados de Enfermagem, consultadas no

site da biblioteca virtual em saúde (BVS); Cumulative Index to nursing and Allied health literature (CINAHL) e US National Library of Medicine (PUBMED).

Foram utilizados os descritores em inglês, espanhol e português, catalogados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, estresse, estresse ocupacional e Unidade de Cuidados Intensivos. Em inglês os descritores catalogados no Medical Subject Headings (Mesh): Nurse, Stress, Occupational stress, intensive care unit. Para o cruzamento dos descritores foi empregado o operador booleano AND. Fazendo a relação: "estresse ocupacional" AND "nurse" AND "intensive care unit" foram evidenciados um total de 316 estudos. Utilizando a relação: "estresse ocupacional" AND "Enfermagem".

Nesse contexto, a busca em bases de dados procurou ser ampla e diversificada envolvendo as bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências dos estudos selecionados, incluindo contatos com autores e material não publicado⁽⁸⁾.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos publicados no período de 2012 a 2022, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que apresentassem os fatores predisponentes para a ocorrência de estresse na equipe de Enfermagem que atua em UTI, disponibilizados on-line. Foram excluídos os estudos referentes a resumos de congressos, anais, editoriais e notas prévias. Na seleção dos estudos foi realizada inicialmente a leitura dos títulos e resumos dos artigos, excluindo- se aqueles que não contemplaram os critérios de inclusão. Em seguida foi realizada a leitura na íntegra das publicações selecionadas. A coleta de dados e avaliação do rigor metodológico dos estudos baseou-se no instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programam* (CASP), que classifica os estudos como: de boa qualidade metodológica e viés reduzido - categoria A - 6 a 10 pontos e com qualidade metodológica satisfatória - categoria B - no mínimo 5 pontos⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Na busca dos artigos, foram identificados inicialmente 312 artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e 04 na US National Library of Medicine (PUBMED), num total de 316 artigos. A partir da leitura dos títulos foram excluídos 280 estudos. Destes, após aplicação dos critérios de elegibilidade foram excluídos 240 estudos, onde 26 encontravam-se indisponíveis e 14 em duplicidades nas bases de dados. Foram selecionados 36 artigos, os quais após leitura dos resumos, foram excluídos 29 por não responder à questão de pesquisa, restando 07 artigos para compor a amostra.

Dentre os 07 estudos incluídos na revisão, 01 foi oriundo da base de dados *Scientific Eletronic Library on Line* (SCIELO), 01 da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS, 04 da Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e 01 da US National Library of Medicine (PUBMED). Todos os estudos foram realizados no Brasil e tiveram uma abordagem quantitativa e a partir da leitura, foi possível correlacionar as situações estressoras dos profissionais de enfermagem atuantes em UTI com os estressores intra, inter e extrapessoal preconizados na teoria de Betty Neuman (Quadro 1).

Nesse contexto foi evidenciado que 71,4% dos estressores identificados foram caracterizados como intrapessoais e se referem às situações de tensão vivenciadas no ambiente da UTI; 57,1% são extrapessoais, relacionados a ampla jornada de trabalho e baixa remuneração da categoria; 28,6% são intrapessoais e trata-se do lidar constante com o sofrimento e a dor do paciente. Os demais fatores estressores foram classificados em interpessoais e extrapessoais, correspondendo a 14,3% das seguintes situações: dificuldades no gerenciamento das atividades específicas da equipe de enfermagem; dimensionamento inadequado de pessoal; conflitos nas relações interpessoais no trabalho; dificuldade na articulação com outros setores e fragilidades na administração de recursos humanos e materiais na UTI.

Quadro 1 - Correlação dos fatores predisponentes às situações estressoras aos profissionais de enfermagem à luz da teoria de Betty Neuman. Brasil - 2022.

Fatores estressores segundo a teoria de Betty Neuman	Situações estressoras dos profissionais de enfermagem atuantes em UTI	Estudos encontrados (n)	
		e	%
Extrapessoais	Ampla jornada de trabalho ^{12, 13, 15, 17} e baixa remuneração da categoria ^{12, 13, 17} .	(4)	57,1%
Intrapessoais	O lidar constante com o sofrimento ^{13, 16} e a dor do paciente ^{13, 16} .	(2)	28,6%
	Ambiente de tensão da UTI ^{12, 13, 16, 17, 18} .	(5)	71,4%
Interpessoais	Dificuldades no gerenciamento das atividades específicas da Equipe de Enfermagem ¹² .	(1)	14,3%
Extrapessoais	Dimensionamento inadequado de pessoal ¹⁴ .	(1)	14,3%
Interpessoais	Conflito nas relações interpessoais no trabalho ¹⁶ .	(1)	14,3%
Extrapessoais	Dificuldade na articulação com outras unidades ¹² .	(1)	14,3%
	Fragilidades na administração de recursos humanos e materiais na UTI ¹² .	(1)	14,3%

Fonte: Elaborado pelas Autoras, a partir dos estudos identificados, 2022.

Quadro 2 - Síntese dos artigos de acordo com o autor, título, país de origem, ano de publicação, população e amostra, tipo de estudo, nível de evidência e resultados. Brasil- 2022.

AUTORES/ANO/ PAÍS E BASE DE DADOS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO POPULAÇÃO/ AMOSTRA	RESULTADOS/ FATORES ESTRESSORES
• Monte P.F et al ¹⁰ • 2013 • BRASIL • LILACS	Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva.	Estudo transversal de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 22 enfermeiros da Unidade de terapia intensiva que desenvolviam suas atividades profissionais neste local por mais de seis meses.	<ul style="list-style-type: none"> O relacionamento com os setores: centro cirúrgico, CME e almoxarifado, e a comunicação com superiores de enfermagem foi considerado como desgaste médio a alto; O controle do material a ser usado – controle de equipamentos, solicitação e revisão de equipamentos foram considerados como desgastantes; No domínio assistência de enfermagem prestada ao paciente – (nível médio ou elevado de desgaste) Atendimento das necessidades dos familiares, - Orientação do paciente para o autocuidado, Orientação dos familiares para cuidar do paciente, Supervisionar o cuidado de enfermagem - médio ou muito desgaste com os seguintes aspectos: - Controle da qualidade do cuidado e coordenação das atividades. O ambiente físico da unidade o nível de barulho da unidade, Realização de atividades burocráticas e realização de atividades com tempo mínimo disponível.
• Gouveia M T O et al ¹¹ • 2015 • BRASIL • BDENF	Avaliação do estresse e sintomas apresentados pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátricas.	Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátricas.	<p>Fatores estressores</p> <ul style="list-style-type: none"> As atividades familiares atuam como suporte para gerenciamento do estresse ou favorecem ao desgaste, quando se associam ao desenvolvimento de múltiplas atividades, com gerenciamento de dupla jornada entre vida familiar e profissional. A baixa remuneração, Os ruídos constantes nas unidades, O convívio com pacientes em estado terminal e a - sobrecarga de trabalho, estressores condizentes com a especificidade do setor.

Continua

Continuação do Quadro 2

AUTORES/ANO/ PAÍS E BASE DE DADOS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO POPULAÇÃO/ AMOSTRA	RESULTADOS/ FATORE ESTRESSORES
<ul style="list-style-type: none"> • Andolhe R. B <i>et al</i>¹² • 2015 • BRASIL • PUBMED 	Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados.	<p>Estudo observacional de abordagem quantitativa.</p> <p>A população foi constituída por todos os profissionais de enfermagem atuantes em duas UTI Clínicas, duas Cirúrgicas e quatro UTI de especialidades, população-alvo de 344 profissionais (120 enfermeiros e 224 técnicos e auxiliares de enfermagem). Amostra de 287 profissionais.</p>	<p>Fatores estressores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quase metade da amostra apresentou nível médio de estresse, e 30% altíssimo nível de estresse. (12,54%) apresentou a síndrome de <i>burnout</i>. • Tempo de trabalho em UTI, com média de 7,74 anos para enfermeiros e de 9,23 anos para técnicos e auxiliares de enfermagem; • Para a maioria dos profissionais as horas de sono dormidas eram insuficientes; • A ausência de horário fixo de trabalho; • Falta de disposição para o trabalho, • Insatisfação com o trabalho na UTI. • Dimensionamento de profissionais inadequado.
<ul style="list-style-type: none"> • Silva JLL <i>et al</i>¹³ • 2017 • BRASIL • SCIELO 	Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas.	<p>Estudo observacional, descritivo do tipo seccional.</p> <p>Participaram do estudo 130 profissionais de enfermagem da Unidade Coronariana e UTI de dois hospitais federais de grande porte.</p>	<p>Fatores estressores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre o estresse auto- referido, 93 profissionais (71,5%) relataram o estrato de médio estresse. • Jornada de trabalho em turno misto (profissionais que trabalhavam em turnos, variando entre noturno e diurno sem horário fixo); a média de tempo no setor aferida foi de 5 anos; com 92 (70,8%) profissionais abaixo dessa média; quanto ao tempo na profissão, a média foi de 12 anos; • A carga horária semanal média encontrada foi de 51 horas; A organização do trabalho em unidades de terapia intensiva favorece ao estresse de alta exigência e, como consequência, demonstra prevalências expressivas de transtornos mentais comuns e <i>burnout</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • Souza <i>et al</i>¹⁴ • 2018 • BRASIL • BDENF 	Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos.	<p>Estudo transversal, quantitativo.</p> <p>Profissionais de Enfermagem.</p>	<p>Fatores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente tensional da UTI- Cuidados prestados aos indivíduos em fase terminal ou com complicações da patologia, por situações repentinas e imprevisíveis; • Conflitos pessoais e profissionais gerados pelo confronto entre suas crenças, valores e questões éticas suscitadas pelo cotidiano de trabalho
<ul style="list-style-type: none"> • Moura RS, Saraiva FJC, Santos RM <i>et al</i>¹⁵ • 2019 • BRASIL • BDENF 	Níveis de estresse da enfermagem nas unidades de terapia intensiva.	<p>Estudo quantitativo, analítico e transversal.</p> <p>Profissionais de Enfermagem de nível médio nas unidades de terapia intensiva adulto. Amostra - 72 profissionais.</p>	<p>Fatores estressores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quase metade da amostra apresentou nível médio de estresse, e 30% altíssimo nível de estresse. (12,54%) apresentou a síndrome de <i>burnout</i>. • Tempo de trabalho em UTI, com média de 7,74 anos para enfermeiros e de 9,23 anos para técnicos e auxiliares de enfermagem; • Para a maioria dos profissionais as horas de sono dormidas eram insuficientes; • A ausência de horário fixo de trabalho; • Falta de disposição para o trabalho, • Insatisfação com o trabalho na UTI; • Dimensionamento de profissionais inadequado.
<ul style="list-style-type: none"> • Zavalis <i>et al</i>¹⁶ • 2019 • BRASIL • BDENF 	O nível de estresse dos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva.	<p>Estudo quantitativo, exploratório e descritivo.</p> <p>Enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva.</p>	<p>Fatores estressores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro (controlar a equipe e a qualidade do trabalho; realização de tarefas num tempo mínimo; atividades burocráticas).

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

Conforme evidenciado nos artigos e analisados os estressores a luz da teoria de Betty Neumann, no cenário da terapia intensiva, o profissional de enfermagem se depara com inúmeros fatores que podem levar a um desequilíbrio no sistema, tais como: baixa remuneração^(10, 11, 15), o duplo vínculo e a carga horária trabalho excessiva^(10, 11, 13, 15), tempo de atuação em UTI^(12, 13), lidar frequentemente com a morte^(11, 14), relações interpessoais conflituosas, quer seja com os colegas de trabalho ou com os familiares dos pacientes⁽¹⁴⁾.

O modelo de Sistema aberto descrito na teoria de Betty Neuman trouxe contribuições relevantes para a identificação dos estressores intra, inter e extrapessoal evidenciados nos estudos. De acordo com a teoria, os estressores, a reação aos estressores e a interação da pessoa com o ambiente, interferem na estrutura básica do indivíduo de forma positiva ou negativa, a partir da interação constante como ambiente que ele vive⁽¹⁷⁾. Essa busca constante pelo equilíbrio nem sempre é positiva, ocasionando reações que podem desenvolver sintomas perceptíveis, desencadeando a perturbação e/ou adoecimento⁽¹⁸⁾.

Os estressores mais citados nas publicações analisadas corresponderam a tensão no ambiente da UTI; a ampla jornada de trabalho aliada a baixa remuneração da categoria e o lidar constante com o sofrimento e a dor do paciente^(10, 11, 13, 14, 15). As situações que resultam em sofrimento para os profissionais de enfermagem, no ambiente de terapia intensiva, são intensificadas com a presença de outras situações, como a falta de recursos materiais e tecnológicos⁽¹⁹⁾. Tais situações conduzem os profissionais ao sentimento de frustração e impotência em seu cotidiano laboral⁽²⁰⁾.

Estes estressores como extra pessoais representam os fatores estressantes advindos do ambiente de trabalho, que levam ao cansaço físico e mental, com consequente redução da capacidade de trabalho^(10, 11, 12, 13, 15). O contato rotineiro com a dor e o sofrimento; a terminalidade da vida e mais de um vínculo empregatício, resulta em um grande desgaste físico e emocional do profissional de enfermagem atuante em UTI^(11, 14). As precárias condições e sobrecarga de trabalho, a exposição aos fatores de riscos, a desmotivação profissional e a baixa remuneração afetam negativamente a qualidade de vida desses profissionais^(10, 11, 13, 15). Ademais, o elevado nível de estresse comum ao setor de trabalho, pode acarretar riscos de falhas na assistência, refletindo diretamente na segurança do cuidado^(15, 19).

Portanto ao analisar o cenário da UTI e os profissionais da equipe de enfermagem, o modelo de sistemas de Betty Neuman favorece a compreensão das causas dos possíveis desequilíbrios que culminam com alterações das mais diversas ordens (físicas, psíquicas e sociais), possibilitando a intervenção nesse sistema, auxiliando o cliente, ou seja, a equipe de enfermagem, a reagir de modo a alcançar o equilíbrio.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados foi possível identificar e correlacionar os estressores de ordem extrapessoal, intrapessoal e interpessoal que desencadeiam desequilíbrio ao profissional de enfermagem no cenário de terapia intensiva; com base na teoria de Betty Neuman. A prática da Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, pode ser considerada um sistema, por possuir diversos elementos estressores em interação com o indivíduo, equipe e o ambiente. Os estudos mostraram que estes fatores em sua maioria foram de ordem interpessoal e extrapessoal, ocasionando um gasto de energia elevado e desequilíbrio do sistema, decorrente das forças estressoras, concorrendo para a desordem no processo de trabalho tornando-o tensiogênico e desgastante.

Neste contexto, propõe-se algumas estratégias de caráter preventivo e promoção à saúde, como o estímulo e promoção de uma maior autonomia profissional nas tomadas de decisões da equipe de enfermagem; o uso da criatividade para desenvolvimento individual que contribui para motivação no trabalho, reduzindo o risco de estresse psicológico e consequentemente o risco de desenvolver doenças físicas; mudanças nos processos organizacionais do trabalho baseados em uma boa relação emocional entre colegas e superiores;

revisão de processos gerenciais das atividades específicas. O uso de práticas integrativas e complementares em saúde. Tais estratégias têm o propósito de harmonizar o cliente e restabelecer o equilíbrio, a partir do reconhecimento das situações estressantes, promovendo interação saudável entre o indivíduo, o meio em que vive e trabalha; resultando na prevenção de agravos, doenças e melhoria da qualidade de vida para o profissional de enfermagem atuante em UTI.

REFERÊNCIAS

1. Selye H. Stress: a tensão da vida. 1. ed. São Paulo: Ibrasa; 2018.
2. Benke MRP, Carvalho E. Estresse x qualidade de vida nas organizações: um estudo teórico. Revista Objetiva [Internet]. 2008 [citado 2018 jul 10];4:114. Disponível em: <https://diferencialmg.com.br/site/images/artigos/Estresse%20e%20sade%20do%20trabalhador.pdf>
3. Fitch MI, Bakker D, Conlon M. Questões importantes na prática clínica: perspectivas de enfermeiros oncológicos. *Can Oncol Nurs J*. 1999;(9):151-164.
4. Paschoal T, Tamayo A. A validação da Escala de Estresse no Trabalho. *Estudos de Psicologia*. 2004;9(1):45-52.
5. Trinkoff AM, Storr CL, Lipscomb JA. Trabalho fisicamente exigente e sono inadequado, uso de analgésicos e absenteísmo em enfermeiros. *J Occup Environ Med*. 2001;(43):355-363.
6. Carrillo-Garcia C, Ríos-Risquez MI, Martínez-Hurtado R, Noguera-Villaescusa P. Nivel de estrés del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital clínico universitario. *Enferm Intensiva*. 2016;(27)3:89-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.03.001>
7. Neuman, B. The Neuman: systems model. 3.ed. Stamford: Appleton & Lange; 1995.
8. Whittemore R, Knafli K. The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursy*. 2005;52(3):546-53.
9. Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. Oxford: CASP; 2013-[citado 2017 nov 08]. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/dded87_ebad01cd736c4b868abe4b10e7c2ef23.pdf
10. Monte PF, Lima FET, Neves FMO, Studart RMB, Dantas RT. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):421-7.
11. Gouveia MTO, Torres CRD, Costa RS et al. Avaliação do Estresse e sintomas apresentados pelos enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *J Nurs UFPE on line*. 2014;9(Suppl. 1):360-7.
12. Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira EM, Costa ALS, Padilha KG. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. *Rev esc enferm USP*. 2015;49(Esp):58-64.
13. Silva JLL, Teixeira LR, Soares RS, Costa FS, Aranha JS, Teixeira ER. Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2025 Out 01];16(48):80-120. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400080&lng=pt.
14. Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, Costa MAR, et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2177-86. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.506>.
15. Moura RS, Saraiva FJC, Santos RM dos et al. Níveis de estresse da enfermagem nas unidades de Terapia Intensiva. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 13(3):569-77, mar., 2019.
16. Zavalis A, De Paula VG, Machado DA, Marta CB, Perez Junior EF, Santiago LC. O nível de estresse dos enfermeiros na unidade de terapia intensiva. *RevFun Care Online*. 2019;11(1):205-210.
17. Neuman B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. 5th ed. Prentice Hall; 2010.
18. Cross J, Neuman B, George JB. Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. 4th. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
19. Santana RE, Tonon TCA. Estresse ocupacional: desequilíbrio no exercício profissional de Enfermagem. *Research, Society and Development*. 2020;9(8):e222985674.
20. Vasconcelos LS, Camponogarra, S, Dias GL, Bonfada MS, Beck CLC, et al. Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Mineira enferm* [Internet]. 2019 [citado 2022 jul 20];23:e1165. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1165.pdf>

A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES MASTECTOMIZADAS UTILIZANDO O REFERENCIAL DE DOROTHEA OREM

Breno Azevedo da Silva¹

ORCID: 0000-0003-4917-8726

Casiana Tertuliano Chalegre¹

ORCID: 0000-0002-9893-5749

Ellen Renata Gomes Silva¹

ORCID: 0000-0001-7714-6161

Laís Lacerda Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-0082-3248

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes¹

ORCID: 0000-0001-9831-0338

¹Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

Autor Correspondente:

Breno Azevedo da Silva
breno.bas@ufpe.br



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um grande problema de saúde pública, sendo um dos mais incidentes em mulheres no Brasil, atrás apenas do câncer de pele. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama na mulher estão ligados a fatores endócrinos, genético- hereditários, aos hábitos de vida e ao envelhecimento⁽¹⁾. O tratamento do câncer de mama deve ser realizado pela equipe multidisciplinar, a fim de melhorar a qualidade de vida da vítima e, consequentemente, prevenindo futuras complicações. A quimioterapia, a hormonioterapia, radio-terapia e a mastectomia são os tratamentos mais indicados para o manejo da paciente⁽¹⁻³⁾.

Sabe-se que as mulheres mastectomizadas possuem maiores chances de desenvolverem transtornos de imagem corporal, distúrbios do sono e distúrbios emocionais, como a depressão e ansiedade⁽²⁾. Há um estresse psicológico associado ao tratamento radical, responsável pela redução do bem-estar físico e mental. Fato esse explicado pela associação da mastectomia a um evento traumático^(3,4). Além disso, esse público refere, em sua maioria, sentimentos de tristeza, inferioridade, medo e preocupações com o futuro⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o autocuidado é de suma importância para as mulheres mastectomizadas, pois ajuda a evitar complicações pós cirurgia, como o linfedema. Além disso, pode contribuir para a aceitação das mudanças corporais⁽⁵⁾. O autocuidado é um conceito amplo, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e refere-se ao modo que a população estabelece e mantém a própria saúde, e como prevenir e lidar com as doenças. O autocuidado aborda questões fundamentais do cotidiano, como higiene, nutrição, estilo de vida, fatores ambientais e socioeconômicos⁽⁶⁾.

O termo autocuidado foi conceituado a partir da teoria de Orem⁽⁷⁾. A teoria baseia-se na ideia de que as pessoas devem ter conhecimento sobre seus problemas de saúde para fornecer um cuidado adequado. O modelo



do autocuidado proposto por Orem foi desenvolvido na década de 1950, baseado na premissa de que os indivíduos podem cuidar de si próprios.

Nesse contexto, espera-se que o leitor obtenha uma melhor compreensão sobre a importância do autocuidado para a vida da mulher mastectomizada, a fim de direcionar as ações de educação em saúde para a qualidade de vida das pacientes. Para isso, foi realizado uma breve revisão integrativa da literatura. Os bases de dados utilizados foram: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Biblioteca Virtual da Scientific Electronic Library Online (SciELO), BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) e Pubmed.

Os descritores utilizados para busca dos artigos foram “Autocuidado”, “Enfermagem”, “Mastectomia”, “Neoplasia da mama”, “Educação em saúde” e “Teoria de Enfermagem”, consultados através do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os descritores foram utilizados nos idiomas inglês, espanhol e português, com combinações a partir dos operadores OR e AND, considerando o descritor “neoplasias da mama” e “autocuidado” como o principal.

O capítulo está dividido em três tópicos para uma melhor discussão e compreensão do tema, sendo: Teoria do autocuidado de Dorothea Orem: história e conceituação; Mastectomia e o autocuidado; e aplicação da teoria à prática. Dessa forma, este capítulo tem como objetivo discutir sobre a promoção do autocuidado em mulheres mastectomizadas à luz do referencial de Dorothea Orem e fazer compreender a aplicação da teoria na prática do cuidado à essas mulheres.

TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM: HISTÓRIA E CONCEITUAÇÃO

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. Em 1930, concluiu o curso de enfermagem no Providencie Hospital School Nursing. Em 1945, recebeu o título de Doutora em Ciências Georgetown University, quando expôs suas idéias no que diz respeito ao processo de enfermagem, tendo como sugestão três teorias interligadas que foi melhor esclarecida e aperfeiçoada mais de uma década depois. Em 1959, desenvolveu o modelo do autocuidado, como conceito para a área de enfermagem, compreendendo que os indivíduos podem cuidar de si próprios⁽⁸⁾.

Em 1971 publicou o livro “Nursing: Concepts of Practice”. O sucesso deste trabalho e a teoria que ela apresenta estabeleceram Orem como uma das principais teóricas da prática e da educação em enfermagem⁽⁸⁾.

Figura 1

Para Orem, autocuidado é a execução de ações que o indivíduo inicia e executa em seu próprio interesse, a fim de manter a vida, manter-se saudável e em função do bem estar, para promover proporcionar, resgatar ou relacionar-se de maneira amistosa com restrições decorrentes de alterações da saúde.

Fonte: Orem¹, com adaptação dos autores, 2022.

A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado é o núcleo central da teoria geral de Orem, descrita, primeiro, em termos de suas funções, como uma teoria geral de enfermagem. Foi retratada pela primeira vez na segunda edição do modelo, pois na publicação anterior fez-se referência apenas às dimensões do autocuidado⁽⁸⁾. Em 1973, durante a 5^a Conferência Anual de Pós- Mestres, Dorothea Orem apresentou cinco premissas sobre o ser humano que dariam robustez às demais edições da teoria e subsidiaram todo o processo de conceitualização da teoria do déficit de autocuidado⁽⁹⁾.

1º: O ser humano requer insumo para si próprio e para o seu ambiente, de forma constante, a fim de preservar a vida e a função humana natural.

2º: O ser humano tem o poder de conduzir-se com autonomia através de cuidados de si e de terceiros, caso haja o reconhecimento de necessidades ou de insumos requeridos.

3º: O ser humano em processo de envelhecimento vive limitações no cuidado de si mesmo e relativas ao suprimento de insumos de sobrevivência como, por exemplo, a função regulatória do corpo.

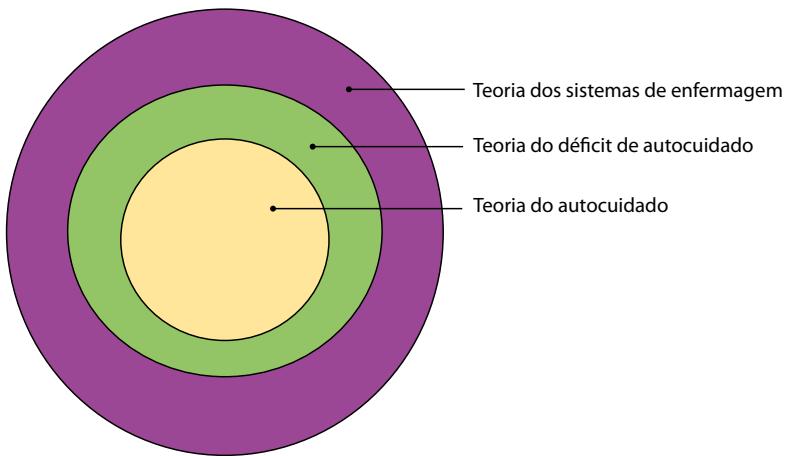
4º: O organismo humano é incentivado a descobrir, desenvolver meios e demonstrar aos outros suas exigências de insumos.

5º: Grupos de seres humanos com relações estruturadas atribuem tarefas e prestação de cuidados aos membros do grupo que vivenciam alguma dificuldade de autocuidado.

Fonte: Vitor et al., 2010⁸, com adaptação dos autores, 2022.

Avançando no tempo, em 1985, Orem aprimorou a teoria do déficit de autocuidado, como uma das primeiras teorias de enfermagem concebidas, contribuindo para a estruturar essa área de conhecimento. Assim, a teoria do déficit de autocuidado de enfermagem é uma teoria geral composta por três partes: teoria dos sistemas de enfermagem, teoria do déficit de autocuidado e teoria do autocuidado⁽¹⁰⁾. Podemos observar, em linhas gerais, conforme a figura a seguir, que essas três teorias propostas por Orem estão relacionadas entre si, entendendo que a teoria dos sistemas de enfermagem engloba a teoria do déficit de autocuidado e esta, por sua vez, contém a teoria do autocuidado⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Figura 1 - As três teorias interligadas de Orem.



Fonte: Orem⁸, com adaptação dos autores, 2022.

A autora defende que para a enfermagem ser legítima, o déficit de autocuidado precisa existir. Para Orem, quando alguns dos requisitos para o autocuidado ficam comprometidos é que se estabelece o déficit de autocuidado. Ao nos aproximarmos desse conceito, surge o autocuidado, como o cuidado pessoal necessário para que os indivíduos possam regular o próprio funcionamento e desenvolvimento⁽⁸⁾.

Dessa forma, quando a necessidade de autocuidado é reconhecida ou exigida, um sistema de enfermagem é ativado e se configura como um conjunto de ações e interações entre enfermeiros e pacientes, classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educacional⁸. No sistema totalmente compensatório, o paciente apresenta limitações funcionais que o impedem de desempenhar as ações de autocuidado e, nesse caso, necessita da enfermagem de forma intensiva⁸. Nesse sistema, podemos reconhecer as mulheres mastectomizadas no pós- operatório imediato, uma vez que essas pacientes estão dependentes dos cuidados da equipe que está acompanhando⁽⁸⁻¹⁰⁾.

No segundo sistema de enfermagem, o parcialmente compensatório, as ações são desempenhadas pelo profissional de enfermagem (por exemplo, troca de curativos) e pelo paciente e/ou acompanhante (por exemplo, banho), sendo os dois responsáveis pelas atividades de autocuidado⁽⁸⁾.

Por fim, no sistema de apoio educacional, o sujeito tem condições de desenvolver ou aprender acerca das ações de autocuidado. O objetivo da enfermagem é o de ser um facilitador, através da educação em saúde, para que o paciente adquira conhecimentos e habilidades para o autocuidado⁸. Nesse sistema, é possível incluir tanto as pacientes do pós-operatório imediato de cirurgia de mastectomia como as que estão no pós-operatório tardio no nível ambulatorial⁽⁸⁻¹⁰⁾.

MASTECTOMIA E O AUTOCUIDADO

Mulheres que realizaram mastectomia podem levar um tempo considerável para recuperação da imagem corporal. Estudo realizado na Austrália mostrou que mulheres mastectomizadas se recuperam do impacto negativo da mastectomia na imagem corporal dentro de quatro anos após a cirurgia, independentemente de terem reconstrução imediata, tardia ou sem reconstrução⁽¹¹⁾.

O câncer de mama pode prejudicar a qualidade de vida relacionada à saúde. Estudo transversal realizado com 431 pacientes em dois hospitais na província de Shaanxi, na China, evidenciou que mulheres com câncer de mama recém diagnosticados apresentaram menor resiliência e percepção de suporte social (PSS), e maior estilo de enfrentamento negativo, sugerindo que PSS e enfrentamento negativo mediaram a influência da resiliência⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada com 120 diagnosticadas com câncer de mama no Irã mostrou uma relação direta e significativa entre o letramento em saúde e autocuidado em pacientes, resultando em melhoria do autocuidado entre elas. Além disso, devido à prevalência cada vez mais elevada desta doença entre as mulheres, o estudo sugere que melhorar o seu letramento em saúde pode ser eficaz no tratamento desta doença ou na melhoria da sua qualidade de vida⁽¹³⁾.

Outra pesquisa que teve como objetivo examinar a relação entre a autoeficácia do manejo dos sintomas e a qualidade de vida em pacientes ambulatoriais de oncologia de Taiwan com câncer de mama e, em seguida, propor o autocuidado como mediador entre esses dois fatores, identificou que a autoeficácia no manejo dos sintomas esteve diretamente associada à qualidade de vida dos participantes⁽¹⁴⁾.

O modelo de Dorothea Elizabeth Orem fornece uma estrutura conceitual e estabelece uma série de conceitos, definições, objetivos metaparadigmáticos para destacar o que está relacionado ao cuidado da pessoa, pelo que se considera aceito para o desenvolvimento e fortalecimento da enfermagem. A teoria é uma relação entre as propriedades humanas da necessidade terapêutica de autocuidado e a atividade de autocuidado⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado em Madrid, que se baseou conceitualmente na Teoria Geral do déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, observou que em mulheres com câncer de mama a ansiedade é identificada como o principal diagnóstico relacionado às crises situacionais, estressores e grandes mudanças manifestadas por

preocupação e distúrbios do sono. Além de enfrentamento familiar incapacitante e distúrbio da imagem corporal. O plano de cuidados desenvolvido incluiu o planejamento dos critérios de resultados desejados acordados com o paciente, bem como as intervenções necessárias para sua realização. O autor conclui que o uso de uma linguagem padronizada entre os profissionais de enfermagem facilita o cuidado e visibilidade da assistência prestada⁽¹⁶⁾.

Agrupar e alinhar as principais manifestações clínicas e fatores relacionados ou de risco que os pacientes referem, associando as exigências de autocuidado de Orem, permite a realização de uma avaliação de enfermagem abrangente e exaustiva, individualizando cada conduta. Abordar os sinais e sintomas psicológicos que geram maior demanda e alteram o equilíbrio existente no seu autocuidado é de suma importância, pois, estão afetando tanto sua qualidade de vida como o da unidade familiar⁽¹⁶⁾.

APLICAÇÃO DA TEORIA À PRÁTICA: AUTOCUIDADO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS À LUZ DO REFENCIAL DE DOROTHEA OREM

Sabe-se que as complicações no pós-operatório do câncer de mama são grandes, pode afetar a capacidade de autocuidado da mulher. A fraqueza muscular, a limitação de amplitude de movimento, alteração de sensibilidade, o linfedema, o seroma e diminuição das capacidades pulmonares são alguns dos principais achados pós mastectomia, fazendo-se necessário medidas para garantir o autocuidado da paciente^(1,2,11).

Nesse sentido, destaca-se a importância da Teoria de Dorethea Orem, no qual trouxe consigo principais fundamentos, particularmente abordando o cuidado de enfermagem preventivo e terapêutico ou o que caracteriza o autocuidado do indivíduo⁽⁷⁾. Outrossim, o processo de autocuidado auxilia na prática profissional da Enfermagem, uma vez que o planejamento assistencial pode garantir a qualidade de vida durante o processo de cuidado, tal fato pode ser evidenciado durante as ações de promoção e prática curativa na atividade assistencial⁽¹⁰⁾.

O processo de assistência à enfermagem parte do pressuposto do cuidado voltado à promoção, prevenção e reabilitação da saúde no âmbito coletivo e individual. Desta forma, o processo de cuidar de forma integral está relacionado à qualidade da assistência e abordagem humanizada, além de promover a prática do cuidado em enfermagem de forma holística⁽¹⁷⁾.

Um estudo qualitativo realizado com 11 mulheres mastectomizadas, evidenciou que essa população apresenta dúvidas acerca da manutenção do seu autocuidado após a cirurgia do câncer de mama¹⁸. Nesse cenário, pode-se observar a importância de identificar os requisitos do autocuidado, pois através dessa identificação, os profissionais podem atuar conforme as necessidades individuais de cada paciente.

A rede de apoio social à mulher mastectomizada é fundamental na assistência a essas mulheres. No estudo foi evidenciado, nas falas, que os profissionais que prestam as orientações devem ter competência e habilidade para transmitir essas informações, estabelecendo vínculo com a paciente^(18, p.488).

As recomendações necessárias para o método do autocuidado são diversas, no qual, inclui a criação de estratégias de intervenção e planejamento, como também a formação profissional. Destaca-se que a implantação relacionada à autoimagem, os desafios das reações adversas relacionadas à mastectomia, o impasse físico-psicológico e o preconceito são uma das grandes adversidades vivenciadas pelas mulheres⁽¹⁹⁾.

Em outra pesquisa qualitativa com 18 mulheres mastectomizadas, Silva²⁰ mostrou a importância de compreender as representações sociais de mulheres mastectomizadas, visto que a cirurgia vai causar um impacto negativo na qualidade de vida dessa mulher. Compreender essas representações sociais pode proporcionar a elaboração de estranjerias educativas a fim de favorecer o autocuidado da vítima⁽²⁰⁾.

A partir dessa visão, cabe ao profissional de saúde esclarecer as dúvidas de forma objetiva, tais como, promover a autoaceitação das mulheres, reconhecer o processo como normalidade, informar a respeito

dos tratamentos e possíveis efeitos colaterais, trabalhando no sentido de procurar estratégias alternativas de lidar com esses eventos adversos, como por exemplo o uso de perucas na situação de queda de cabelo. Outra estratégia seria um grupo de apoio para contribuir no diálogo e construção coletiva no trabalho de empoderamento feminino e melhoria do auto estima de mulheres acometidas por retirada da mama⁽²¹⁾.

Segundo Martínez⁽²²⁾, a intervenção da enfermagem é fundamental para as mulheres com linfedema após mastectomia radical. Essa intervenção vai se basear na identificação dos requisitos de autocuidado a fim de favorecer as demandas terapêuticas de autocuidado, são elas: conhecimento, habilidades e motivação⁽²²⁾.

A promoção do autocuidado pela equipe de enfermagem auxilia na criação de estratégias de intervenção com o objetivo de traçar abordagens humanizadas a pacientes que vivenciam ou vivenciaram o processo de retirada de mamas, em especial na criação de planos de autocuidado para aplicação durante as atividades de vida diária, tais como a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, repouso e sono equilibrado ao longo da prática profissional^(16,21,22). Uma vez que, segundo defendido por Orem8, esse contexto alia-se à prática de cuidados executados pelo indivíduo passível de necessidades para manter-se com vida, saúde e bem-estar⁽⁸⁾.

Dessa forma, um dos fatores primordiais que devem ser adotados pelos profissionais de enfermagem é o processo de educação em saúde. Para que isso seja possível requer que o profissional possua habilidades que envolvam comunicação proporcionando um elo de confiança com o paciente⁽²²⁾. Possibilitando, a escuta qualificada, orientação clara direcionada e diálogo para que todas as dúvidas levantadas por mulheres durante o procedimento sejam sanadas⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados nos artigos selecionados, pôde-se evidenciar que a mastectomia compromete as funções biológicas, os padrões fisiológicos e as relações psicossociais da mulher o que pode interferir na capacidade do autocuidado. Além disso, destaca-se a importância da educação em saúde, a fim de prevenir possíveis complicações a longo prazo e, consequentemente um suporte individualizado para auxiliar no processo de autoaceitação e no processo de cuidado com essas pacientes.

Diante disso, a Teoria do autocuidado de Dorothea Orem é essencial para as pacientes mastectomizadas, visto que a mesma vai englobar uma assistência holística e individualizada, mostrando os desvios de saúde e favorecendo o raciocínio clínico dos enfermeiros. Por fim, é necessário incentivar novas produções científica acerca da temática do estudo, visto os poucos artigos científicos encontrados da atualidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2017: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Zhang C, Hu G, Biskup E, Qiu X, Zhang H, Zhang H. Depression induced by total mastectomy, breast conserving surgery and breast reconstruction: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg*. 2018 Jul; 42(7):2076-2085. doi: 10.1007/s00268-018-4477-1.
3. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological resilience as a protective factor for the body image in post-mastectomy women with breast cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jun; 15(6):1181. doi: 10.3390/ijerph15061181.
4. Lima MMG, Leite KNS, Santos MLL, César ESR, Souza TA, Nascimento BB, Barboza JP, Dantas TM. Sentimentos Vivenciados pelas mulheres mastectomizadas. *Rev. Enferm. UFPE online*. 2018;12(5):1216-1224.
5. Almeida TG, Comassetto I, Alves KMC, Santos AAP, Silva JMO, Trezza MCSF. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):432-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150057>.
6. Galvão MTDRS, Janeiro JMDSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev. min. enferm.* 2013;17(1): 226-236.

7. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 4th ed. Saint. Louis, US: Mosby; 1991.
8. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. Saint Louis, US: Mosby; 2001.
9. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):611-6.
10. Queirós PJP; Vidinha TSS; Almeida-filho AJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev. Enf. Ref.* 2014;(3):157-164. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
11. Dempsey K, Mathieu E, Brennan M, Snook K, Hoffman J, Campbell I, Scarlet J, Flay H, Wong AZH, Boyle F, King M, Spillane A. The role of breast reconstruction choice on body image patient-reported outcomes at four years post-mastectomy for breast cancer: a longitudinal prospective cohort study. *Psychooncology*. 2022 Jan;31(1):54-61. doi: 10.1002/pon.5776.
12. Zhou K, Ning F, Wang X, Wang W, Han D, Li X. Perceived social support and coping style as mediators between resilience and health-related quality of life in women newly diagnosed with breast cancer: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):198. doi: 10.1186/s12905-022-01783-1.
13. Ahmadzadeh I, Abdekhoda M, Bejani M. Improving Self-Care Management in Patients with Breast Cancer through Health Literacy Promotion. *Ethiop J Health Sci*. 2021 Jan;31(1):85-90. doi: 10.4314/ejhs.v31i1.10.
14. Chin CH, Tseng LM, Chao TC, Wang TJ, Wu SF, Liang SY. Self-care as a mediator between symptom-management self-efficacy and quality of life in women with breast cancer. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246430. doi: 10.1371/journal.pone.0246430.
15. Naranjo-hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Arch. méd. Camaguey*, 2019;23(6):814-825.
16. Ramos-Montoya A, Sergura-Martín M, Peña Otero D, Visiers-Jiménez L. Plan de cuidados tras cirugía conservadora en mujer con cáncer de mama: a propósito de un caso. *Rev. Rol enferm*, 2019;42(2):141-148.
17. Savioto RM, Leão ER. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):198-202.
18. Carvalho APR, Santos TMB, Linhares FMP. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(3):485-491.
19. Pereira SG. Vivência de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(6):50-75.
20. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV, Santos LMS et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Rev. Bras. Enferm*. 2010 set/out;63(5):727-34.
21. Pereira SG. Vivência de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):50-75.
22. de la Borbolla Martínez GD, Martínez MEH, Raygoza NP. Nursing intervention in women who developed lymphedema after undergoing a modified radical mastectomy: a pre-experimental study. *Ecancermedicalscience*. 2018 Apr 19;12:827. doi: 10.3332/ecancer.2018.827.

AROMATERAPIA NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À PARTURIENTE SOB À LUZ DA TEORIA DE MARTHA ROGERS

Cristovão Barros Rodrigues dos Santos¹

ORCID: 0000-0002-9876-461X

Gabriel Arruda de Souza Fernandes¹

ORCID: 0000-0001-7254-8460

Kadja Elvira dos Anjos Silva Araújo¹

ORCID: 0000-0002-5710-384X

Suzana de Oliveira Mangueira¹

ORCID: 0000-0003-0931-8675

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes¹

ORCID: 0000-0001-9831-0338

¹Universidade Federal de Pernambuco,
Departamento de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

Autor Correspondente:

Cristovão Barros Rodrigues dos Santos
cristovao.barros@ufpe.br



INTRODUÇÃO

A enfermagem em seu processo de trabalho, mantém uma visão mais ampla do cuidar e do fazer saúde, com um enfoque que transcende as necessidades fisiológicas na valorização dos fatores mentais, sociais e espirituais. Reconhecer os sinais e sintomas que são apresentados pelas pessoas nessas dimensões oportuniza possibilidades infinitas para este cuidar holístico⁽¹⁾.

A abordagem focada no ser humano e suas dimensões física, emocional, social e espiritual, somada a compreensão de que o ambiente atua sobre sua saúde, pode ser conduzida na perspectiva do referencial teórico de Martha Rogers que tem como pressupostos a integração entre os campos de energia humana e ambiental. Estudar a ciência do ser humano unitário de Martha Rogers é compreender que o cuidado, função precípua do enfermeiro, depende de uma visão holística⁽²⁾.

Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICs) são ferramentas que têm um conceito próximo à teoria de Martha Rogers: são recursos terapêuticos que buscam promover ou recuperar a saúde, com ênfase na integração do ser humano com o meio e a sociedade. Desta maneira, assim como na teoria de Martha Rogers, a PICs tem como principal interesse o ser humano sem fragmentações e suas relações/ trocas de energia. Por isso, reconhecer a importância das PICs é necessária para que o enfermeiro oferte a seu cliente, uma assistência integral com propósito da melhora e/ou cura sintomática e/ou energética⁽³⁾.

A aromaterapia é uma técnica que integra as PICs e é definida como uma prática terapêutica que através das propriedades físico-químicas dos óleos essenciais (OE), busca restaurar o equilíbrio e a harmonia do organismo em sua integralidade, corpo e mente⁽⁴⁾. Os óleos essenciais são compostos orgânicos de origem vegetal e apresentam



várias funções químicas e podem ser utilizados através de aplicação tópica, inalatória ou olfatória⁽⁵⁾. A aromaterapia tem sido utilizada no manejo de diversas situações como dor e ansiedade⁽⁶⁻⁷⁾.

No contexto do trabalho de parto (TP), a ansiedade pode atrapalhar os mecanismos fisiológicos do TP, devido a ativação do sistema nervoso simpático, que libera adrenalina e inibe a ocitocina, hormônio importante na dinâmica do parto. Uma revisão integrativa que avaliou os efeitos da aromaterapia no TP, concluiu que desde a primeira fase os óleos podem ser utilizados, como a lavanda e a camomila, que ajudam a reduzir a ansiedade e a melhorar a respiração⁽⁸⁾. A aromaterapia é uma intervenção de enfermagem reconhecida pela Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem – CIPE⁽⁹⁾.

A parturiente deve ser, portanto, compreendida como um ser completo e indivisível, pois o trabalho de parto e o parto não dependem apenas de questões físicas, como uma técnica, exercício ou movimento na biomecânica do parto⁽¹⁰⁾. O bem-estar mental é essencial para que os aspectos psico-neuro-endócrinos possam influenciar positivamente na progressão do trabalho de parto. Sob a luz Rogeriana, a gestante é ser completo e indivisível, formado por um campo de energia irredutível e pandimensional, e a energia do ambiente em que ela se encontra e as trocas com os profissionais que lhe prestam assistência fazem parte deste contexto, e poderão ou não ser facilitadores da fisiologia⁽¹¹⁾.

Na literatura, existem diversos estudos que demonstram a aplicabilidade da aromaterapia e seus benefícios no contexto obstétrico, no entanto, a teoria do ser humano unitário de Martha Rogers é pouca explorada, assim como sua relação com as PICs.

Este capítulo tem como objetivo apresentar as potencialidades da aromaterapia no contexto obstétrico, com foco no cuidado holístico a parturiente, e sua articulação com a teoria de Martha Rogers, para que o enfermeiro reconheça a aplicabilidade da teoria em sua prática profissional, fortaleça seu conhecimento e organize suas ações, com respaldo científico. O texto foi baseado em um estudo de revisão integrativa da literatura.

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor será capaz de:

1. Descrever a forma como a aromaterapia e os OE modificam os padrões energéticos dos organismos;
2. Exemplificar a aplicabilidade da aromaterapia no contexto obstétrico, executada por enfermeiros na assistência à parturiente;
3. Articular a aromaterapia e a teoria ser humano unitário de Martha Rogers, considerando as nuances de sua aplicabilidade na assistência de enfermagem à parturiente.

CAMINHO METODOLOGICO

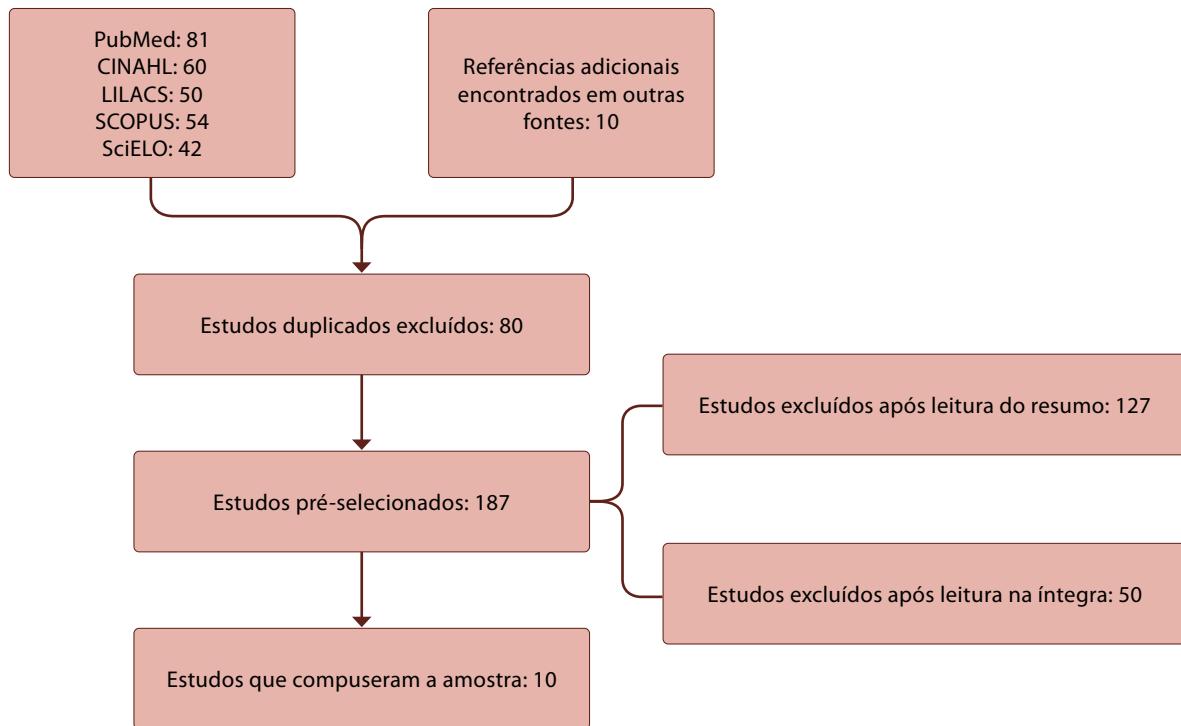
É um estudo de revisão integrativa da literatura, que foi desenvolvido em seis etapas: identificação do tema e formulação da pergunta de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, pesquisa nas bases de dados e identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos dados e apresentação de revisão e síntese do conhecimento, na forma de um capítulo de livro⁽¹²⁾.

A figura abaixo, ilustra como foi realizada a identificação e pré-seleção dos estudos. Após esse procedimento, foram realizadas as exclusões dos estudos duplicados ou que não respondessem à pergunta de pesquisa, identificado através da leitura do resumo dos artigos e posteriormente dos artigos na íntegra. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 10 estudos foram incluídos na amostra da presente revisão.

A análise e a discussão das evidências encontradas foram realizadas com base na Teoria do ser humano unitário de Martha Rogers. A teoria Rogeriana nos sugere que o ser humano é um todo unificado, indivisível e totalmente integrado ao ambiente e esse é constituído como um campo energético humano, em interação constante com o universo, que é definido por Rogers como pandimensional. Os campos do ser humano e

do universo são sistemas abertos em constantes trocas de energia, estando ambos sujeitos à mudanças, constantes e simultâneas nos dois campos⁽¹¹⁾.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa. Recife, PE, 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, a partir da correlação entre os achados nos artigos que compõe a amostra e os conceitos de Rogers, buscando determinar a correlação entre essa teoria de enfermagem e a forma como a prática da aromaterapia impacta nos cuidados de enfermagem prestados à parturiente.

RESULTADOS

Dos 10 estudos selecionados, 07 estavam em língua portuguesa e 03 em inglês. As bases de dados de origem da amostra foram a PubMed (03 artigos), CINAHL (02 artigos), LILACS (02 artigos) e SciELO (03 artigos).

Os principais achados da amostra, após a extração de suas informações, demonstram a escassez de artigos que correlacionam a teoria de enfermagem em discussão com a aplicação da aromaterapia ao público alvo. Todos os estudos selecionados versavam acerca da importância do uso da aromaterapia e sua relação com o cuidado das parturientes, sem trazer as discussões à luz da teoria de Martha Rogers.

Tal panorama reforça ainda mais a importância de se trazer à tona a discussão acerca das práticas de enfermagem, no que se refere às práticas integrativas, sobretudo quanto correlacionadas às teorias de enfermagem. A fundamentação do cuidado nessa perspectiva aumenta a eficácia desse e ajuda na consolidação da enfermagem enquanto ciência.

DISCUSSÃO E APLICABILIDADE DA TEORIA

Os primeiros relatos sobre o uso terapêutico da aromaterapia, se deu por volta de 1928, com René Maurice Gattefossé, perfumista francês, que percebeu as potencialidades medicinais dos óleos após sofrer uma queimadura em seu trabalho e accidentalmente mergulhar a mão em um frasco com óleo de lavanda, obtendo alívio imediato da sensação dolorosa⁽¹³⁾. No entanto, o uso de ervas aromáticas em rituais e com finalidades terapêuticas é conhecido desde muito tempo, e é provável que a história da terapêutica tenha se iniciado ainda no século II a.C, com Mitrídates, o Grande^(4,13).

Os óleos essenciais são compostos orgânicos de origem vegetal e apresentam várias funções químicas, podendo ser utilizados através de aplicação tópica, inalatória ou olfatória⁽⁵⁾. Quando a aplicação se dá pela via inalatória, as moléculas dos óleos são absorvidas pelos nervos olfativos, que por sua vez, possuem uma ligação direta com o Sistema Límbico (amígdala, tálamo, hipotálamo, as glândulas pituitárias e a pineal e o hipocampo), localizado no sistema nervoso central, e é responsável pelas emoções (prazer, dor, raiva, medo, tristeza), sentimentos, impulsos motivacionais e “memórias olfativas”⁽¹³⁾.

No alto das narinas situa-se o bulbo olfativo, que contém cerca de dez milhões de células olfativas. Ao ligar-se aos receptores destas células, as moléculas do OE enviadas, são distribuídas em toda corrente sanguínea. Trata-se da única parte do sistema nervoso que possui contato direto com o ambiente. Em resposta, o sistema nervoso central libera neurotransmissores, como encefalinas e endorfinas, capazes de favorecer o bem-estar psicológico e físico⁽⁵⁾. Ainda, os óleos possuem atividade vibracional, cada óleo possui um padrão único de frequência vibratória e sua energia entra em ressonância com o campo bioelétrico humano⁽¹³⁾.

Para a enfermagem, desde 1997, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece as PICs como uma das especialidades da enfermagem, porém o respaldo para a prática clínica e o desenvolvimento de pesquisas veio por meio da Resolução nº 581/2018, que passou a separar as especialidades do enfermeiro por área de abrangência e reafirmou como especialidade a Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares^(13,14).

É neste contexto que a aromaterapia emerge representando uma ferramenta possível de ser utilizada na prática assistencial, em que através da aplicação dos OEs, o enfermeiro pode promover uma abordagem integral da pessoa, buscando seu bem-estar físico, social e mental⁽¹³⁾.

No contexto histórico, temos a figura de Florence Nightingale, que durante a guerra da Criméia administrou o OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) na região frontal dos soldados feridos, com a finalidade de acalmá-los⁽¹³⁾.

Salienta-se a figura de Marguerite Maury, por ser a primeira enfermeira a incluir dentro do planejamento individual ao paciente, o uso de OE no cuidado de enfermagem, demonstrando com seus estudos a atuação dos OE sobre o sistema nervoso, além de apresentar que a partir da problemática de cada pessoa, existe uma fórmula (“mix” de OEs) a ser utilizado de acordo com suas características e necessidades pessoais^(4,15).

Nesse sentido, a aromaterapia se apresenta como uma possibilidade nos diversos cenários do cuidar em enfermagem, prestando um cuidado integral e não tradicional, dispondo de métodos não invasivos, exercitando a criatividade do enfermeiro frente a diversidade do paciente, de modo que configura-se como uma ferramenta chave em diversas áreas da prática da enfermagem, entre elas, na obstetrícia.

O parto é um evento biopsicossocial, e mesmo que conduzido de maneira natural respeitando a fisiologia do nascimento, envolve um turbilhão de emoções, influenciado pelos aspectos emocionais, sociais e culturais da parturiente. Ressalta-se que uma assistência mecanicista, reducionista e sem humanização, que considera apenas os achados e os mecanismos físicos, causa desamparo e dificulta o manejo do trabalho de parto (TP), sendo, portanto, questionável⁽¹⁶⁾.

Práticas como a aromaterapia propiciam uma assistência com abordagem holística à parturiente, o que a torna uma importante aliada diante das percepções dolorosas e psicológicas relacionadas a esse momento.

Para o uso dos OEs, o enfermeiro precisará avaliar seu paciente de forma individual, e no caso do TP, leva-se em consideração também em que momento ou fase do parto a gestante se encontra. Cada óleo exerce um

tipo de efeito em momentos variados e leva-se em conta todo contexto vivenciado, a necessidade da gestante e como o ambiente em que ela se encontra pode influenciar nesse processo. Várias indicações dispostas na literatura devem ser pensadas e não padronizadas, como OE de lavanda, sendo capaz de diminuir a dor e a ansiedade durante o parto, ou o OE de canela, responsável por aumento das contrações⁽¹⁷⁾.

Portanto, devido a ênfase na singularidade de cada pessoa, ao desenvolver um plano terapêutico e optar pelo óleo essencial mais adequado, o enfermeiro passa a concentrar seu atendimento na interação particular com cada pessoa, e atua como parceiro da mesma, visando o alcance da saúde e do bem-estar do ser humano como um todo⁽¹³⁾.

Diante do contexto que o parto envolve, o ambiente hospitalar pode parecer opressivo e monótono, gerando ou aumentando o medo, estresse e ansiedade. O estresse pode alterar ou prejudicar o padrão vibracional, ocasionando um desequilíbrio que acarretará em novos padrões “patológicos”. Através do uso da aromaterapia, os OEs podem modificar os padrões energéticos da gestante e do ambiente, a partir de mudanças a nível sensorial e olfativa, implicando em uma sensação de paz, harmonia, aconchego e segurança^(18,13).

Perante o exposto, ressalta-se a importância do enfermeiro incluir em sua prática profissional as Teoria de Enfermagem, para incumbir uma robustez científica, fortalecendo seu conhecimento e norteando sua práxis. Deste modo, tais ações permitem que a enfermagem avance como ciência, identificando construtos e conceitos para serem aplicados nas relações promovendo uma proposta organizacional^(11,19).

Alicerçados na teoria de Martha Rogers, pode-se afirmar que a Enfermagem por ser considerada uma ciência humanística, deve priorizar e focar o ser humano em seus cuidados, lembrando que ele não se restringe apenas ao espectro físico, devendo ser visto pelo profissional de forma integral englobando os aspectos emocionais, sociais, espirituais e energéticos, tornando-se um ser humano único e com características únicas.

Se faz necessário, uma visão mais ampla do enfermeiro, para atender às suas demandas, pois o ser humano unitário é um campo de energia inserido no sistema de energia universal, constantemente trocando energia e matéria com o ambiente, porém com padrões que variam de acordo com a situação^(13,19).

Para uma elaboração de planos de cuidados voltadas para essa visão mais holística, estimula-se a utilização de métodos não invasivos, que atuem no fortalecimento e manutenção do campo energético humano, direcionando e redirecionando os padrões existentes levando-o para um novo padrão de equilíbrio e promovendo a integração do ser humano consigo mesmo e com o ambiente⁽¹¹⁾.

A aromaterapia se alicerça nesse contexto, por se tratar de uma PICs e fugir dos padrões cartesianos, reducionistas de fazer saúde, sendo assim, ela adequa-se aos princípios éticos e filosóficos desta teoria, permitindo integrar a aromaterapia aos valores e ao conhecimento empírico, estético e pessoal em enfermagem⁽¹³⁾.

A utilização da aromaterapia no cenário obstétrico, reflete a inter-relação entre os OEs e as parturientes, agindo de forma positiva no campo energético e emocional, modificando os padrões das pessoas e do ambiente, resultando diversos benefícios quando associados a um raciocínio clínico que se fundamenta na teoria do ser humano unitário.

CONCLUSÃO

A teoria de Martha Rogers enfatiza a importância do campo de energia humana, que é único e indivisível, assim como a troca de energia entre o enfermeiro, o ambiente e o paciente, que ocorre de forma constante e dinâmica. Diante disso, incumbe ao enfermeiro o conhecimento sobre a aplicação de práticas integrais como a aromaterapia e a dinâmica do parto e suas fases, permitindo ao profissional reconhecer a singularidade de cada mulher diante das fases de trabalho de parto, contribuindo não apenas no aspecto físico e biomecânico, mas também nos aspectos emocionais e psicológicos.

O enfermeiro através do processo de enfermagem subsidia a utilização da melhor terapêutica, selecionando de forma cuidadosa para cada parturiente a intervenção mais adequada. Com a utilização dos óleos essenciais, o enfermeiro pode aliviar a sensação de dor e ansiedade durante o trabalho de parto, além de

tornar o ambiente mais acolhedor e fortalecer o vínculo entre a parturiente e enfermeiro, tornando a experiência do parto mais positiva.

A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, em especial a aromaterapia, embasada na compreensão da teoria de Martha Rogers possibilita que o enfermeiro resgate sua visão holística colo- cando o paciente como agente central do cuidado, modificando e individualizando sua práxis, atendendo as demandas pessoais e auxiliando no processo de humanização ao saber que cada mulher naquele lugar tem sua história, sua necessidade e um campo energético único que entrará em ressonância com os aromas e com o terapeuta de maneira singular.

REFERÊNCIAS

1. Castro LN, Souza NKB, Fernandes JN, Lemos ACM, Figueiredo NMA, Couto JF. O Reiki como suporte aos cuidados de enfermagem para o sofrimento emocional do paciente oncológico. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado 20 Jul 4];10 (5):e34510515053. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15053/13469>
2. Sá AC. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da enfermagem. *Rev. Esc Enf-USP* [Internet]. 1994 [citado 20 Jul 4];28(2):171-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8GNgTY7Vp37v4kMsSQTQLjz/?format=pdf>
3. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IB da, Fernandes VC, Demarzo MMP, et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Feb [citado 2022 Jun 29];25(2):395-405. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GhvcX3KrXxF5LqsFhpVP/>
4. Andrei P, Del Comune AP. Aromaterapia e suas aplicações. *Cadernos, Centro Universitário São Camilo* [Internet]. 2005 [citado 2022 Jun 29]; 11(4):57-68. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07_aromaterapia.pdf.
5. Pessoa DLR, Santos BO, Abreu CBR, Mendes KFC, Hora MCC, Cantanhede MC, Salles RR, Lima SF, Carvalho MSC, Amorim CEN. O uso da aromaterapia na prática clínica e interprofissional. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 29];10(3):e46410313621. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13621/12183>
6. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain and anxiety: a systematic review. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2020 [citado 2022 Jun 21];30(3):449-458. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/195867>
7. Bertone AC, Dekker RL. Aromatherapy in obstetrics: a critical review of the literature. *Clinical Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 28];64(3):572-588. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33927109/>
8. Silva MA, Sombra IVS, Silva JSJ, Silva J, Silva JCB, Dias LRFM, et al. Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 25];13(2):455-63. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/237753/31358>.
9. Garcia TR. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019*. Porto alegre: Artmed; 2020.
10. Silva ADV, Cunha EA, Araujo RV. Os benefícios das práticas integrativas e complementares no trabalho de parto. *Research, Society and Development* [Internet]. 2020 [citado 2023 Jun 28];27;9(7):e614974468. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4468>
11. George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enferm* [Internet]. 2008 [citado 2022 Jun. 28];17(4):758-764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>
13. Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Silva MJP. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2022 Jun. 28];50(1):127-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Z3SpTtG6nQF7Lf7fKbrt3w/?format=pdf&lang=pt>
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 581/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN/COREN, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista de especialidades. *Diário Oficial da União*. 2018 Jul 11. [citado 2022 jun. 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofeno-581-2018_64383.html.

15. Smith MC, Kyle L. Holistic foundations of aromatherapy for nursing. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2008 [citado 2022 Jun 23];22(1):3-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18172401/>
16. Sá RRL, Gouvêa AN. Aromaterapia no parto. *Glob Acad Nurs* [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 23];3(1):e221. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/322/445>
17. Cruz KM, Matias R, Rivero-Wendt CLG. O uso da aromaterapia durante o trabalho de parto: caracterização do conhecimento do enfermeiro. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 23];10(11):e68101119417. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19417/17228>
18. Paviani BA, Trigueiro TH, Gessner R. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2019 [citado 2022 jun. 21];23:e-1262. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047969>
19. McEwen M, Wills EM. *Bases teóricas de enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PERINATAL SOB À ÓTICA DE CALLISTA ROY: ANÁLISE SEGUNDO MELEIS

Camila Fernandes da Silva Carvalho¹

ORCID: 0000-0003-1754-7275

Cleide Maria Pontes¹

ORCID: 0000-0003-4707-6873

Vânia Pinheiro Ramos¹

ORCID: 0000-0002-4559-934X

Luciana Pedrosa Leal¹

ORCID: 0000-0003-3776-0997

Diego Augusto Lopes Oliveira¹

ORCID: 0000-0003-1754-7275

¹ Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Autora Correspondente:
Camila Fernandes da Silva Carvalho
camilafscarvalho@gmail.com



INTRODUÇÃO

A assistência perinatal consiste em todos os processos desenvolvidos para uma gestação saudável (pré-natal, parto e puerpério), sem intercorrências e que levem a concepção de modo que assegure a vitalidade e a manutenção da saúde ao binômio mãe e filho⁽¹⁾. Neste contexto, a saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser levada em conta, haja vista a sua influência na saúde e bem-estar do binômio.

No período perinatal, há certos fatores que podem influenciar negativamente na saúde mental da mulher como condições socioeconômicas; situações de violência do parceiro íntimo; baixo apoio da rede social; enfrentamento da experiência de gestar; certos transtornos psiquiátricos pré-gestacionais; e o histórico de trauma sexual e/ou abuso sexual na infância. As mudanças de vida trazidas por tal processo fisiológico podem desencadear o surgimento de sintomas estressores que levam ao desenvolvimento de transtornos mentais perinatais, dentre os quais se destaca o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). O desenvolvimento deste transtorno está diretamente ligado com o baixo peso ao nascer e as baixas taxas de aleitamento materno⁽²⁻³⁾.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5^a edição, classifica os sintomas de TEPT em três grupos para o diagnóstico clínico: aqueles relacionados à revivência do evento como sonhos angustiantes do evento, aqueles relacionados à excitação e evasão, como a evasão de pensamentos associados ao trauma e, por último, sintomas de hiperexcitação, como padrões de sono perturbado⁽⁴⁾.

O enfermeiro tem o papel de reconhecer e abordar os problemas de saúde mental durante o período perinatal ao identificar as mulheres com tal risco e estabelecer intervenções de forma proativa para desenvolvimento do cuidado pautado no seu melhor enfrentamento e adaptação⁵.



Na Enfermagem, desenvolveu-se o Modelo da Adaptação proposto por Callista Roy o qual inclui a noção de estímulos e respostas. Os estímulos pontuam a variação de respostas que são exclusivas a cada pessoa. Dentro os estímulos significativos, encontram-se o grau de mudança, as experiências anteriores, o nível de conhecimento, os pontos fortes e/ou as limitações⁽⁶⁾.

Baseado nos pressupostos do Modelo de Roy, entende-se que a mulher que vivencia o período perinatal compõe um sistema complexo de trocas e emitem respostas provenientes do ambiente onde está inserida, estabelecendo meios para sua adaptação e modificação. No Modelo da Adaptação, a manutenção da saúde e seu equilíbrio são resultados da adaptação entre a mulher e o ambiente⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, estabelecer o contexto de saúde não se constitui apenas em evitar fatores estressores que gerem traumas ao longo das experiências perinatais, mas desenvolver atributos para lidar com elas. As dificuldades em estabelecer frentes de enfrentamento dos problemas durante a gravidez, parto e puerpério tendem a romper as estratégias de adaptação e levar ao adoecimento⁽⁷⁾.

A enfermagem está inserida nesse cenário como mediadora, promovendo a saúde mental da mulher durante o período perinatal, a partir da melhora da interação da pessoa com o ambiente a fim de promover a adaptação. Assim, a enfermagem, a partir do Modelo da Adaptação, tem por finalidade auxiliar no empenho de adaptação da mulher ao gerir o ambiente e potencializar o enfrentamento das situações estressoras, reduzindo os desequilíbrios⁽⁸⁾. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a atuação da enfermagem na assistência perinatal a mulher com transtorno do estresse pós-traumático sob a ótica do Modelo de Adaptação de Callista Roy.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caráter teórico-reflexivo, que tem como objeto de estudo o desenvolvimento do Transtorno do estresse pós-traumático perinatal com associação ao modelo proposto por Roy⁽⁹⁾.

Para tanto, realizou-se levantamento bibliográfico para compor a reflexão, por meio de livros bem como artigos científicos indexados nas bases de dados BIREME, MEDLINE e Scopus, no mês de agosto de 2020. Os descritores controlados DeCS e seus correspondentes MeSH utilizados na busca foram “Transtorno de Estresse Pós-Traumáticos” AND “Período Pós-parto”. Utilizou-se também a análise de utilidade proposta por Meleis na avaliação da teoria dentro do objeto estudado⁽¹⁰⁾.

O modelo de Meleis, é dividido nos seguintes segmentos: descrição, análise, crítica, teste e apoio, o qual é muito detalhado para ser apresentado na sua totalidade. Tendo em vista que não existe uma teoria que preencha todos os critérios propostos, esse modelo pode ser aplicado na sua íntegra ou em partes, não sendo preciso seguir a ordem das etapas⁽¹⁰⁾. O foco do estudo no modelo recai no segmento “análise”.

A fase de análise da teoria é um processo de identificação de componentes e partes que inclui a análise dos conceitos e análise da teoria. A análise dos conceitos é um processo útil para o desenvolvimento e avaliação da teoria, compreendendo as análises da semântica, da derivação contextual e lógica, além da descrição de antecedentes e consequentes do conceito; e a análise da teoria envolve fatores relevantes que influenciam no desenvolvimento da teoria e na sua estrutura atual, abrangendo a teórica, as origens paradigmáticas e as dimensões internas⁽¹⁰⁾.

Passa-se, agora, a apresentar o segmento utilizado no desenvolvimento do estudo. Inseridos na descrição, tem-se os componentes funcionais, que são: Modelo de Adaptação de Roy; Transtorno de estresse pós-traumático pré-natal; Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto.

MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

A adaptação é o conceito central da teoria de enfermagem da Irmã Callista Roy, formulada na década de 1960 e fundamentada pela aplicabilidade demonstrada em pesquisas anteriores. Trata-se tanto de um

processo como de um resultado da interação entre a pessoa e o ambiente. A teoria está apoiada em quatro conceitos: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

A pessoa, que pode ser um indivíduo, família, comunidade ou sociedade, é percebida como um sistema holístico e único, o qual sofre influência da entrada de estímulos adaptativos focais, contextuais e ambientais⁽⁹⁾. Estes estímulos perpassam pelo mecanismo de processamento que corresponde ao processo de adaptação diante das influências recebidas.

Os mecanismos de processamento podem ser processados de forma fisiológica, no subsistema regulador, ou de forma cognitiva, pelo subsistema cognitor. As respostas adaptativas atuam como retroalimentação do sistema e podem ser eficazes ou ineficazes. Elas são manifestadas pelos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência⁽⁹⁾.

Quanto ao conceito de saúde, trata-se do estado de integralidade da pessoa de modo que sua ausência é reflexo de respostas ineficazes de adaptação. O ambiente, segundo o Modelo da Adaptação, é tudo que consta à volta do ser humano e interage com ela gerando respostas adaptativas⁽⁹⁾.

A enfermagem contribui para alcançar o estado de saúde ao promover o estímulo positivo para respostas adaptativas bem como na redução das respostas ineficazes. Nesta perspectiva, o Modelo da Adaptação integra-se ao processo de enfermagem por meio de seis etapas: investigação comportamental, investigação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, planos para implementação e avaliação⁽⁹⁻¹⁰⁾. Percebe-se a potencialidade do Modelo da Adaptação na sistematização da assistência de Enfermagem e subsequente quebra de paradigma cartesiano da saúde ao desenvolver visão mais holística e integral do ser humano.

Ao realizar a análise crítica da utilidade desta teoria, infere-se sua aplicabilidade no âmbito do ciclo gravídico puerperal bem como do TEPT. O Modelo da Adaptação contribui na assistência de enfermagem porque viabiliza a detecção das mudanças intrínsecas e extrínsecas vivenciadas pelo sujeito e auxilia no planejamento de ações prioritárias em busca do equilíbrio diante da situação vivenciada. Contudo, ainda há necessidade de clareza entre seus conceitos, principalmente os modos adaptativos, para melhor compreensão dos resultados das intervenções de enfermagem⁽¹⁰⁾. Esta necessidade de definição dos limites conceituais foi percebida no desenvolvimento do estudo em pauta.

Deste modo, entende-se que o modelo de adaptação de Roy é aplicável na compreensão do referido transtorno, pois este apresenta padrão de respostas que se molda a estrutura do modelo. Os fatores estressores afetam o ser humano que os processa internamente, e apresenta respostas semelhantes aos modos adaptativos propostos por Roy. Porém, o TEPT manifesta-se de modo singular no período pré-natal e pós-natal, necessitando compreendê-los separadamente.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PRÉ-NATAL

A gestação é um evento fisiológico proveniente da fecundação dos gametas e pode ser planejada ou não planejada. Entende-se por gravidez não planejada quando ocorre por meio de falha dos métodos contraceptivos, ou ainda proveniente do descuido e/ou do não uso desses métodos. As gestações não desejadas são um dos principais problemas de saúde pública da atualidade em virtude dos seus desfechos⁽¹¹⁻¹²⁾.

A partir do princípio do Modelo da Adaptação, no qual a Enfermagem deve oportunizar o equilíbrio do paciente com o ambiente, pode-se tomar como ação inicial para a prevenção do TEPT frente às gestações não desejadas o acolhimento com escuta qualificada no acompanhamento pré-natal⁽⁹⁾.

Ao compreender os três grupos dos sintomas para diagnóstico do transtorno já citados, percebe-se que qualquer um deles pode se fazer presente nessa fase de descoberta da gravidez sem desejo (sonho angustiante, evasão de pensamento associado ao trauma, padrão de sono perturbado), e pode, assim, serem evidenciados como sintomas depressivos ao longo da gestação e sinais de TEPT⁽⁴⁾.

Durante o período pré-natal, o corpo feminino passa por transformações de adaptações fisiológicas que englobam não apenas as questões físicas, mas também hormonais que, por sua consequência, podem desencadear alterações psicológicas. Dessa forma, necessita-se do apoio da família e redes sociais⁽¹³⁾.

O estudo de Alves e Bezerra¹³, realizado com gestantes, revela as alterações psicológicas mais citadas por elas. Um ponto importante é a irritabilidade das mulheres com os parceiros, dessa forma, configura um fator que pode desencadear o aumento do índice de violência doméstica ou violência cometida pelo parceiro íntimo, ponto forte para acometer a mulher a TEPT⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Essas adaptações e situações abordadas mediante as alterações fisiológicas da gestação são englobadas pelo Modelo da Adaptação em seus quatro modos adaptativos. No modo fisiológico, no tocante às alterações fisiológicas, no modo de autoconceito, que visa as ações psicológicas, no modo de desempenho de papéis, em especial a aceitação da gestação e a condição de ser mãe e, por último, o modo da interdependência, que aborda a relação com o parceiro⁽⁹⁾.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS-PARTO

O TEPT ocorrido no período puerperal é proveniente, principalmente, de situações traumáticas ocasionadas no trabalho de parto e parto. Contudo, o transtorno também pode ser influenciado pelos traumas advindos do período pré-natal e de outros transtornos mentais concomitantes, como a depressão pós parto⁽¹⁶⁾. A literatura científica debate sobre meios de prevenção e tratamento de TEPT no pós-parto, mas ainda avança na investigação deste fenômeno. O Modelo da Adaptação torna possível compreender os mecanismos envolvidos e subsidia a assistência de enfermagem.

Os fatores estressores podem ser considerados estímulos focais dentro do modelo da Adaptação haja vista interagir energeticamente com a pessoa⁽⁹⁾. Pode-se apontar como estímulos focais: fatores de vulnerabilidade representados pela depressão na gravidez, medo do parto, complicações na gravidez, e histórico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou outros problemas psicológicos; fatores de risco relacionados à experiência subjetiva de parto, parto operatório, falta de apoio da equipe durante o parto, dissociação e complicações neonatais; e problemas pós-parto como problemas na amamentação, dificuldades de enfrentamento, estresse, depressão e outros sintomas de comorbidades⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Considera-se estímulo contextual quando não despende atenção central da pessoa, mas é capaz de influenciar o estímulo focal de forma positiva ou negativa. No contexto do TEPT, o apoio de profissionais de saúde, familiares e companheiro é percebido como essa forma de estímulo. A presença da rede social é fator protetor para o TEPT e amenizador dos fatores traumáticos, inclusive nos casos de histórico de trauma anterior ou múltiplas intervenções perinatais^(16,18). Logo, a ausência do suporte aumenta a vulnerabilidade desta mulher que perpassa o parto em local inóspito e vivencia o puerpério com sentimento de solidão e abandono, contribuindo para o desenvolvimento do TEPT⁽¹⁷⁾.

Entende-se como estímulo residual o passado traumático desta mulher, haja vista sua influência não ser percebida durante a vivência com o TEPT, mas, à medida que é emergido nesse contexto, torna-se um estímulo contextual. Trata-se de experiências negativas e histórico de traumas e violências não necessariamente relacionados ao período perinatal. Pode-se exemplificar o abuso sexual e a violência causada por parceiro¹⁶. O estímulo residual é um parâmetro subjetivo e requer investigação aprofundada para consolidar o entendimento dentro do TEPT no pós-parto.

Os estímulos supracitados são processados nos subsistemas regulador e cognatos da pessoa em tentativa de adaptação à situação vivenciada e reflete no comportamento da puérpera em forma de respostas adaptativas⁽⁹⁾. São estas manifestações frente ao TEPT no período pós-parto que o enfermeiro pode identificar e subsidiar sua assistência.

Como respostas observadas no referido transtorno, o modo fisiológico pode ser afetado pela demonstração mais intensa e negativa das emoções como raiva, culpa, aborrecimento, impotência e perda de controle. Além

disso, pode ser manifestado desapego, pesadelos, dissociação, flashbacks e memórias intrusivas, comprometendo o bem-estar, sono e vigília da mulher^(16,19). Há a necessidade de maior investigação do efeito psicosso-mático manifestado nestas mulheres, mas subentende-se que há comprometimento em níveis funcionais importantes dos sistemas da puérpera e, consequentemente, sua integridade é prejudicada.

O modo autoconceito reflete como a mulher percebe a si própria diante do TEPT puerperal. Pode-se inferir os sentimentos supracitados de impotência e culpa diante das dificuldades impostas pelo transtorno no seu papel de mãe⁽¹⁶⁾. Deste modo, a puérpera pode sentir que não exerce a maternidade em sua totalidade.

No modo de função de papel, observa-se a dificuldade de exercer o papel de mãe esperado pela sociedade, em especial pela rede social. Observa-se também sentimento de solidão e isolamento vivenciado pela mãe cuja atenção e apoio são obliterados pela chegada do recém-nascido, suscitando sintomas de estresse⁽¹⁷⁾.

Por fim, o modo de interdependência é representado pela dificuldade de relacionamento e apego entre mãe e recém-nascido. O filho pode representar gatilho quanto à lembrança das situações traumáticas do parto e nascimento^(16,19). O relacionamento com o parceiro também é afetado, inclusive com adiamento da relação sexual⁽¹⁶⁾. Logo, a interação entre essas pessoas se torna prejudicada em relação ao intercâmbio de amor, respeito e valores⁽⁹⁾.

A Enfermagem pode amenizar os fatores estressores presentes nos estímulos adaptativos a fim de a mulher fornecer respostas eficazes de adaptação diante do TEPT no puerpério. Diversas intervenções são estudadas como prevenção secundária tais como *debriefing*, contato pele a pele atrelado à amamentação imediata no pós-parto, tarefas envolvendo a escrita expressiva e demais intervenções de cunho psicológico^(16,20).

Contudo, há divergência em estudos quanto à eficácia dessas intervenções, inclusive apresentando lacunas e resultados não conclusivos⁽²⁰⁾. Assim, há necessidade de fortalecer intervenções primárias e secundárias mais efetivas a esse público, bem como se fazem necessários estudos mais robustos, randomizados e com amostra homogênea.

A enfermagem como processo de trabalho desenvolve a anamnese a fim de detectar os comportamentos e estímulos apresentados pela parturiente e puérpera de modo a desenvolver seus diagnósticos de enfermagem. Pautado nisso, torna-se possível planejar e implementar as intervenções no ambiente a fim de reduzir os estímulos provocados pelos fatores estressores. Salienta-se que a avaliação do alcance das metas é contínua para que a prevenção do TEPT no pós-parto seja efetiva⁽⁹⁾. Assim, a realização do processo de enfermagem seguindo o Modelo da Adaptação respalda a atuação do enfermeiro e possibilita a prática fundamentada e efetiva à mulher assistida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado à mulher no período perinatal deve se concretizar sob a óptica da integralidade, na medida em que as práticas são orientadas por um modelo que possibilita a esse grupo a oportunidade de atuar como sujeitos. O papel do enfermeiro é acolhê-la com escuta qualificada e responsabilização diante das especificidades das demandas, valorizando o contexto em que estas são geradas. Desse modo, pode-se proporcionar uma assistência de qualidade, e um grupo social de apoio no enfrentamento dessa fase do ciclo vital das mulheres. O estudo proporcionou uma avaliação da utilização do Modelo de Adaptação de Callista Roy como referencial relevante para a compreensão das situações vivenciadas pela mulher no período perinatal. Para apreciação da pertinência desse modelo teórico à realidade estudada, foi buscado um direcionamento, por meio do modelo de análise proposto por Meleis, restrito aos componentes estruturais da descrição do Modelo da Adaptação, o que permitiu expressar as seguintes considerações: todos os pressupostos de Roy estiveram explícitos no estudo; na análise dos conceitos, verificou-se que muitos dos conceitos propostos por Roy se fizeram presentes, claros quanto sua enunciação, no entanto, outros estiveram implícitos no estudo, o que condicionou a explicitá-los por ocasião da leitura e exploração do referencial teórico.

A utilização do referencial teórico de Callista Roy permite visualizar a pessoa como um sistema adaptável, dotada de mecanismos de resistência, cujas respostas são condicionadas aos estímulos aos quais está exposta. Ainda, facilita a compreensão ao enfermeiro das principais necessidades comprometidas no modo adaptativo de função da vida real/ função de papel, pois favorece um melhor entendimento e resolução mais efetiva do cuidado às gestantes no contexto do TEPT. Ressalta-se, ainda, que a experiência de analisar criticamente uma teoria de enfermagem em estudos anteriores, impulsionada pelo curso de pós-graduação em Mestrado e Doutorado em Enfermagem, potencializou o desenvolvimento de um pensamento crítico capaz de iluminar as pesquisas já desenvolvidas com base em teorias de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Gomes MAM. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: Moreira M, Lopes JMA, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.
2. Heynigen T, Honikman S, Myer L, Onah MN, Field S, Tomlinson M. Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. Aug 2017 [cited 2020 Aug 13];20:765-775. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0768-z>
3. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Manzanares MD, Martínez-Galiano JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord* [Internet] Apr 2015 [cited 2020 Aug 13];249:143-150. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042>
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Cunen NB, Mcneill J, Murray K. A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery* [Internet] Feb 2014 [cited 2020 Aug 13];30(2):170-184. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.003>
6. Borck M, Santos EKA. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery revista de enfermagem* [Internet] Apr-June 2012 [cited 2020 aug 13];16(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200008>
7. Souza EM, Costa BC, Silva DSB, Mello R, Moreira A. Reflexões acerca da enfermagem como promotora de saúde mental a puérperas no luto. *Revista de enfermagem UFPE on line* [Internet] Dec 2014 [cited 2020 Aug 13];8(12):4377-80. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i12a10186p4377-4380-2014>
8. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem. 5.ed. Loures (PT): Lusociência; 2004.
9. Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford : Prentice Hall; 1999.
10. Meleis AI. Theoretical nursing: development and process. 5. ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
11. Bento J. Saúde da mulher - manual prático de saúde física e emocional para todas as fases da vida: puberdade, gravidez e parto, menopausa. São Paulo: Alaúde; 2016.
12. Rodrigues CDS, Lopes AOS. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. *Id on Line* [Internet] Nov-Dec 2016 [cited 2020 Aug 13];10(32). Disponível em: <https://doi.org/10.14295/ideonline.v10i32.579>.
13. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Id on Line* [Internet] Feb 2020 [cited 2020 Aug 16];14(49):114-126. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/ideonline.v14i49.2324>
14. Dias SAS, Canavez LS, Matos ES. Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: prejuízos cognitivos e formas de tratamento. *Revista Valore* [Internet] July-Dec 2018 [cited 2020 Aug 16];3(2):597-622. Disponível em: <https://doi.org/10.22408/revav322018114597-622>.
15. Felipe AM, Jesus SR, Silva YV, Lourenço LM, Grincenkov FRS. Violência praticada pelo parceiro íntimo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). *Revista Psique* [Internet] Aug-Dec 2016 [cited 2020 Aug 16];1(2):95-111. Disponível em: <https://seer.cesjf.br/index.php/psq/article/view/949/731>.
16. Beck CT, Casavant S. Synthesis of mixed research on posttraumatic stress related to traumatic birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet] July 2019 [cited 2020 Aug 13];48(4):385-397. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.004>.

17. Huang D, Dai L, Zeng T, Huang H, Wu M, Yuan M et al. Exploring contributing factors to psychological traumatic childbirth from the perspective of midwives: a qualitative study. *Asian Nurs Res* [Internet] Out 2019 [cited 2020 Aug 13];13(4):270-276. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.10.002>.
18. Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Okano T, Severinsson E. Aetiological relationships between factors associated with postnatal traumatic symptoms among Japanese primiparas and multiparas: a longitudinal study. *Midwifery* [Internet] Jan 2017 [cited 2020 Aug 13];44:14-23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.008>.
19. Santoro E, Stagni-Brenca E, Olivari MG, Confalonieri E, Blasio P. Childbirth narratives of women with posttraumatic stress symptoms in the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet] Mar 2018 [cited 2020 Aug 13]; 47(3):333-341. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.02.009>.
20. Graaf LF, Honig A, Pampus MG. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet] June 2018 [cited 2020 Aug 12];97(6):648-656. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>.

APLICABILIDADE DA TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes¹

ORCID: 0000-0001-7554-2662

Francisca Márcia Pereira Linhares¹

ORCID: 0000-0001-9778-5024

Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes¹

ORCID: 0000-0001-9831-0338

Suzana de Oliveira Mangueira¹

ORCID: 0000-0003-0931-8675

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife – PE, Brasil

Autora Correspondente:
Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes
ryanne.carolynne@ufpe.br



INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco está presente em cerca de 15% das mulheres e é caracterizada por eventos adversos ao binômio mãe-feto. Diante de condições clínicas, sociais e obstétricas preexistentes ou de condições que surgem durante o período gestacional, pode ocorrer a ameaça à saúde, à vida e ao bem-estar tanto da mãe quanto do feto, sendo necessário que os profissionais de saúde, durante o cuidado pré-natal, promovam o autocuidado e previnam a ocorrência de desfechos gestacionais desfavoráveis, tais como a prematuridade, o aborto espontâneo e o óbito materno ou fetal⁽¹⁾.

O cuidado pré-natal às gestantes de alto risco deve ser realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços de referência ou especializados, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação e de evitar a ocorrência de complicações à mulher e ao feto⁽²⁾. Por meio desse cuidado, os enfermeiros podem implementar ações de educação em saúde, que permitem a identificação precoce dos fatores de risco gestacionais e a promoção do autocuidado, o que reduz a taxa de morbimortalidade materna e fetal⁽³⁾.

O autocuidado corresponde às ações que as pessoas realizam para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Essas ações devem ser estimuladas no contexto da gestação de alto risco e o cuidado de enfermagem pode ser fundamentado em teorias que norteiam o processo saúde-doença, a exemplo da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem⁽⁴⁻⁵⁾.

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem possui três teorias inter-relacionadas: do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem⁽⁴⁻⁵⁾. A Teoria do Autocuidado explica o que é o cuidado de si e aborda os fatores que afetam a sua provisão. A Teoria do Déficit de Autocuidado aborda quando e o porquê a enfermagem é necessária para auxiliar as pessoas. E a Teoria dos Sistemas de Enfermagem enfatiza como as necessidades de autocuidado são atendidas pela enfermagem, pela pessoa ou por ambos⁽⁵⁾.



A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem pode subsidiar a prática clínica dos enfermeiros ao atender as necessidades de autocuidado das gestantes de alto risco, uma vez que proporciona o desenvolvimento de suas habilidades para o cuidado de si. Sua aplicação pode ocorrer nos níveis primário, secundário ou terciário de atenção à saúde, em diversos contextos⁽⁶⁾.

Devido à importância do cuidado de enfermagem às gestantes de alto risco, destaca-se que os preceitos de Dorothea Orem são relevantes para a prática clínica do enfermeiro e podem ser aplicados na assistência à saúde a essa população, uma vez que contribuem para a evolução favorável do período gestacional. Diante do exposto, este estudo objetivou refletir sobre a aplicabilidade da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem no contexto da gestação de alto risco.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, que teve como base a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, as pesquisas científicas nacionais e internacionais que abordaram a temática e a percepção dos autores. A partir disso, a teoria foi relacionada ao contexto da assistência de enfermagem diante da gestação de alto risco.

A busca das pesquisas científicas nacionais e internacionais se deu no mês de junho de 2023, por meio do acesso remoto *Virtual Private Network (VPN)* ao Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da busca avançada na base de dados Pubmed.

Utilizou-se os descritores: "Pregnancy, High-Risk", "Self Care" e "Nursing Theory", indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings (MeSH)*. Foram utilizados os operadores booleanos *AND* e *OR* para a combinação dos termos, e teve-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a aplicabilidade da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem no contexto da gestação de alto risco?

RESULTADOS

A promoção do autocuidado, o déficit de autocuidado e as práticas de autocuidado das gestantes de alto risco serão apresentados de forma a relacionar a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem com a assistência de enfermagem a essa população (Quadro 1).

Quadro 1 - Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem diante da gestação de alto risco

A promoção do autocuidado às gestantes de alto risco pode ocorrer por meio de: Orientações sobre o plano de cuidados e regime terapêutico; orientações sobre a realização de hábitos saudáveis; incentivo às consultas de pré-natal, aos cuidados médicos e a manter o vínculo com a APS; orientações sobre a cessação do tabagismo e uso de outras drogas; orientações sobre a importância da vacinação e o controle de doenças; e orientações sobre o controle de estresse ⁽³⁻⁵⁾ .
Déficits de autocuidado que podem ser encontrados em gestantes de alto risco e em todos os seres humanos incluem: Desnutrição, uso de álcool, uso de drogas, inalação inadequada de ar, tabagismo, desequilíbrio entre atividade e repouso, cansaço ocupacional, ansiedade, depressão, estresse e falta de apoio social ^(5-6,16) .
Déficits de autocuidado que podem ser encontrados durante o período gestacional incluem: Curto intervalo entre as gestações, ganho de peso inapropriado durante a gravidez e falta de cuidado pré-natal adequado ^(5-6,16) .
Déficits de autocuidado que podem ser encontrados diante das complicações gestacionais incluem: Doenças médicas e obstétricas (vaginose bacteriana, anemia, comprimento cervical curto, pielonefrite, pré-eclâmpsia, oligoidrâmnio, polidrâmnio, placenta previa, hemorragia, anormalidade anatômica do útero, diabetes mellitus, disfunção da tireóide e doença cardíaca) ^(5-6,16) .
As práticas de autocuidado realizadas pelas gestantes de alto risco podem ser: Busca pela assistência médica, realização de atividades físicas, ingestão de alimentação saudável, realização de exercícios respiratórios, repouso/sono e uso correto de medicamentos ^(5,12-14) .

Fonte: Elaborado pelos autores, 2013.

Estes achados contribuem para entender, discutir e refletir sobre a aplicabilidade da Teoria de Enfermagem Geral de Dorothea Orem no contexto da gestação de alto risco.

DISCUSSÃO

REFLEXÕES SOBRE A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM E O CUIDADO GESTACIONAL

A enfermagem visa realizar um cuidado com excelência e qualidade. Para isso, os enfermeiros têm utilizado teorias de enfermagem no contexto do cuidar, no ensino e na pesquisa, a exemplo da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem⁽⁵⁾ que pode subsidiar a prática e o aprimoramento das habilidades dos profissionais durante a assistência à saúde.

As teorias de enfermagem correspondem a um conjunto de conceitos, definições, pressupostos e proposições acerca de um determinado fenômeno⁽⁵⁻⁶⁾. Ademais, são importantes para nortear o cuidado do enfermeiro e podem ser aplicadas em diversos contextos da assistência à saúde aos indivíduos, às famílias e às comunidades⁽⁷⁾.

Na Teoria Geral de Enfermagem, Dorothea Orem percebe a importância do autocuidado para o processo saúde-doença, em que as pessoas têm potencial para realizar o cuidado de si. Também reconhece que por vezes as pessoas não apresentam capacidade para realizar o autocuidado, sendo necessário que haja o suporte de um agente cuidador. Nesse caso, a enfermagem atua juntamente ao indivíduo para desempenhar o papel terapêutico, com vistas a auxiliar na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar⁽⁵⁾.

Essa teoria é a mais conhecida e utilizada para promoção do autocuidado, uma vez que fornece estrutura para os enfermeiros envolverem os pacientes no cuidado de si. Além disso, tem sido aplicada para subsidiar a realização das orientações aos indivíduos que estão em situações de risco ou em condições crônicas de saúde⁽⁸⁾, pois, segundo Dorothea Orem, o autocuidado e a saúde estão inter-relacionados⁽⁹⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o autocuidado corresponde à capacidade que os indivíduos, famílias e comunidades possuem para prover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com as patologias, com ou sem o suporte de um cuidador⁽¹⁰⁾. Nesse caso, a promoção do autocuidado inclui ações como: orientações acerca da adesão ao regime terapêutico, aos hábitos de vida saudáveis e ao controle de doenças. Essas orientações aumentam o conhecimento, as atitudes e as práticas de saúde dos indivíduos, bem como melhoram a qualidade de vida deles⁽¹¹⁾.

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem é um referencial relevante para conduzir a assistência de enfermagem, uma vez que ao utilizá-la o enfermeiro pode identificar as necessidades do indivíduo e centrar o cuidado no paciente por meio da implementação de ações de educação em saúde que oportunizam a promoção da saúde, sobretudo voltada à promoção do autocuidado.

A promoção do autocuidado é importante e deve ser realizada durante o período gestacional, já que este pode evoluir para desfechos desfavoráveis ao binômio mãe-feto e a gestação se tornar de alto risco. Essa promoção possibilita que a gestante de alto risco se empodere e se torne ativa no seu processo saúde-doença, já que permite as mudanças de atitudes e de novos comportamentos⁽¹²⁾.

O autocuidado, no contexto da gestação de alto risco, representa as ações que as mulheres realizam para a vida, saúde e bem-estar do binômio mãe-feto, e consiste na habilidade que uma pessoa tem ao saber controlar os fatores que permitem o funcionamento e o desenvolvimento do organismo humano, o que possibilita que a gestante tenha autonomia para exercer ações voltadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças ou agravos⁽¹³⁾.

Diante disso, é importante discutir e refletir sobre a aplicabilidade da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem na gestação de alto risco, uma vez que a teoria orienta a prática assistencial e contribui para o melhor desfecho gestacional.

APLICABILIDADE DA TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem pode ser aplicada em diversos contextos do cuidar⁽¹⁴⁾, a exemplo da assistência de enfermagem a gestantes de alto risco. Com vistas a entender sua aplicabilidade na gestação de alto risco, é necessário apreender os conceitos centrais da teoria, a saber: autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, requisitos de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem e sistemas de enfermagem; e os conceitos periféricos fatores condicionantes básicos intrínsecos e extrínsecos⁽⁵⁾.

Na gestação de alto risco, o autocuidado consiste na realização de ações que a gestante desempenha para cuidar de si mesma e do seu feto, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar do binômio, bem como para manutenção da estrutura e do funcionamento do organismo materno-fetal⁽⁵⁾. Quando essas ações não são realizadas, podem surgir complicações gestacionais (parto prematuro, síndromes hipertensivas, hemorragias, diabetes gestacional, macrossomia, mortalidade perinatal, entre outras) ⁽¹⁵⁾.

É necessário que os enfermeiros realizem uma assistência que contemple as reais necessidades das gestantes de alto risco, a qual pode ocorrer por meio da promoção do autocuidado que geralmente se dá por meio da implementação de ações de educação em saúde, a fim de orientar as mulheres quanto às práticas saudáveis no período gestacional.

A ação de autocuidado é caracterizada pela capacidade que a gestante de alto risco tem de se comprometer com o autocuidado. Essa capacidade pode ser afetada por fatores condicionantes básicos intrínsecos (faixa etária, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde) e extrínsecos (condições socioculturais, aspectos dos sistemas de atendimento de saúde, padrões de vida, fatores ambientais, e adequação e disponibilidade de recursos)⁽⁵⁾, os quais são considerados conceitos periféricos da teoria.

Quanto aos fatores condicionantes básicos intrínsecos na gestação de alto risco, tem-se que a faixa etária das gestantes - menores de 18 anos e com idade igual ou maior que 35 anos; as patologias; o uso de substâncias lícitas ou ilícitas; o peso corporal inadequado e as complicações gestacionais podem interferir na realização das práticas de autocuidado das mulheres.

Os fatores extrínsecos que também podem interferir na realização das práticas de autocuidado podem ser: baixo nível educacional, baixa escolaridade, violência, apoio social e do parceiro ausente/insuficiente, cuidado pré-natal ausente/inadequado e regime de tratamento⁽¹⁶⁾.

As ações de autocuidado, consideradas como demanda terapêutica, são implementadas com a finalidade de alcançar as metas estabelecidas pelo enfermeiro e pela gestante de alto risco. Essa demanda é desempenhada a fim de gerar resultados que beneficiem de maneira específica o binômio mãe-feto. Para que haja a demanda terapêutica, é necessário que a mulher atenda os requisitos de autocuidado, os quais são classificados por Dorothea Orem⁽⁵⁾ como: requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio da saúde.

Os requisitos universais são aqueles que estão relacionados ao processo da vida em todas as fases do ciclo vital. São comuns a todas as pessoas e se relacionam e se influenciam, pois um pode afetar o outro⁽⁵⁾. Na gestação de alto risco, esses podem ser: ingestão suficiente de água e de alimentos; respiração adequada; equilíbrio entre a atividade e o repouso; interação social; prevenção dos prejuízos à vida; e funcionamento do corpo humano, os quais contribuem para a manutenção e o funcionamento da relação entre a mãe e o feto.

Os requisitos de desenvolvimento estão associados à adaptação da pessoa às modificações no corpo, como as alterações decorrentes do período gestacional, sobretudo no contexto de risco. E os requisitos dos desvios de saúde estão presentes e são exigidos em situações de doenças ou complicações gestacionais⁽⁵⁾, e são: a busca pela assistência adequada; o estar consciente da condição clínica; o atendimento às medidas terapêuticas; e a aceitação do seu estado de saúde.

Quando esses requisitos não são atendidos, a gestante de alto risco não consegue realizar ações que envolvem o cuidado de si e ocorre o déficit do autocuidado. Diante disso, o enfermeiro deve realizar os cuidados

necessários; além de guiar e orientar as mulheres por meio do serviço de enfermagem e dos sistemas de enfermagem. Os sistemas de enfermagem são classificados em: totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e de apoio-educação^(4-5,14,16).

O sistema totalmente compensatório consiste na ação de enfermagem que auxilia as pessoas nas demandas do autocuidado⁽⁵⁾. Nesse caso, as gestantes de alto risco são incapazes de realizar as ações de autocuidado e dependem de outras pessoas (enfermeiros, cuidadores ou familiares)⁽⁴⁾. O sistema parcialmente compensatório ocorre quando o cuidado pode ser realizado tanto pela gestante de alto risco quanto pelo enfermeiro. E o sistema de enfermagem apoio-educação, também denominado sistema de apoio desenvolvimental, ocorre quando a gestante é capaz de desempenhar o autocuidado ou quando ela pode aprender a desempenhá-lo, com auxílio do profissional no ensino dessas ações⁽⁵⁾.

Essas ações são orientadas por meio da educação em saúde⁽⁴⁾, e podem ocorrer durante o cuidado pré-natal, em que o enfermeiro pode tirar as dúvidas das gestantes de alto risco e orientá-las para que elas tenham um período gestacional saudável e com evolução favorável. É necessário que o profissional compreenda as reais necessidades das gestantes de alto risco para que ocorra a realização de um cuidado qualificado, holístico e humanizado.

Ressalta-se que a Teoria Geral de Enfermagem Dorothea Orem enfatiza os conceitos metaparadigmáticos (ser humano, ambiente, enfermagem e saúde)⁽⁵⁾. Assim, o ser humano é aquele que apresenta uma demanda de autocuidado (gestante de alto risco); o ambiente (físico, social e psicológico) pode interferir na vida, saúde e bem-estar das gestantes de alto risco; a enfermagem auxilia nas ações de autocuidado; e a saúde é caracterizada pela integridade do desenvolvimento do binômio mãe-feto.

À vista disso, a Teoria Geral de Enfermagem Dorothea Orem pode ser aplicada no contexto da gestação de alto risco, de forma a subsidiar a assistência à saúde diante de situações em que ocorrem danos tanto para a mãe quanto para o feto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi relevante refletir sobre a aplicabilidade da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem no contexto da gestação de alto risco, visto que foi possível compreender como essa teoria pode fundamentar a prática da enfermagem. É essencial que ocorra a promoção do autocuidado para que haja a minimização dos desfechos gestacionais desfavoráveis e, consequentemente, para que advenha a vida, a saúde e o bem-estar do binômio mãe-feto.

A aplicação dessa teoria fortalece o Processo de Enfermagem de forma a direcionar a identificação das necessidades, o planejamento da assistência e a implementação de intervenções que proporcionam o bem-estar do binômio mãe-feto. Portanto, o enfermeiro deve identificar os requisitos e os déficits de autocuidado que podem surgir na gestação de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Alves TO, Nunes RLN, Sena LHA, Alves FG, Souza AGS, Salviano AM, et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *Braz J Health Rev.* 2021;4(4):14860-72. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>.
2. Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):204-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>.
3. Alves FLC, Castro EM, Souza FKR, Lira MCPDS, Rodrigues FLS, Pereira LDP. Grupo de gestantes de alto risco como estratégia de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180023. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>.
4. Mendes RCMG, Holanda PCM, Pontes CM, Mangueira SO, Linhares FMP. Sistema de Enfermagem apoio-educação na promoção do autocuidado a gestante de alto risco: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.* 2023;27:e-1500. doi: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023>.

5. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby Year Book Inc; 2001.
6. Silveira MAM, Monte MSS, Rodrigues ARM, Ferreira UR, Gomes LFS. Teoria do autocuidado de Orem durante a gravidez: aplicabilidade para o cuidado clínico de enfermagem. *Rev Cient Multidisciplinar*. 2023;4(5):e453114. doi: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3114>.
7. Khademian Z, Ara FK, Gholamzadeh S. The effect of self care education based on Orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: a quasi- experimental study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;8(2):140-9. doi: <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>.
8. Nasiri M, Jafari Z, Rakhshan M, Yarahmadi F, Zonoori S, Akbari F, et al. Application of Orem's theory-based caring programs among chronically ill adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2023;70(1):59-77. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12808>.
9. Uslu A, Canbolat Ö. Nursing care of the chronic obstructive pulmonary disease patient according to orem's theory of self-care deficiency: a case report. *J Educ Res Nurs*. 2022;19(2):269-274. doi: <https://doi.org/10.5152/jern.2022.73659>.
10. Hartweg DL, Metcalfe SA. Orem's self-care deficit nursing theory: relevance and need for refinement. *Nurs Sci Q*. 2022;35(1):70-76. doi: <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>.
11. Silva MVB, Sudré MRS, Lima Filho CA, Bernardino AO, Gouveia VA, Silva HVC, Veiga EV. Principais estratégias adotadas por enfermeiros na promoção do autocuidado entre hipertensos: uma revisão integrativa. *Nurs*. 2023;26(299):9570-84. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i299p9570-9576>.
12. Masjoudi M, Aslani A, Khazaeani S, Fathnezhad-Kazemi A. Explaining the experience of prenatal care and investigating the association between psychological factors with self-care in pregnant women during COVID-19 pandemic: a mixed method study protocol. *Reprod Health*. 2020;7(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00949-0>.
13. Pouriayevali B, Ehteshami A, Kohan S, Saghaeiannejad-Isfahani S. Functionality of self-care for pregnancy mobile applications: a review study. *J Educ Health Promot*. 2022;11(1):415-22. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1429_21.
14. Ulloa-Sabogal IM, Pérez-Jaimes GA, Arias-Rojas EM, Cañon-Montañez W. Intervenções em educação para a saúde sobre conhecimento e práticas de autocuidado para os distúrbios hipertensivos durante a gravidez: protocolo de revisão sistemática e meta-análise. *Rev Cuid*. 2023;14(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2495>.
15. Reitzle L, Heidemann C, Baumert J, Kaltheuner M, Adamczewski H, Icks A, Scheidt-Nave, C. Pregnancy complications in women with pregestational and gestational diabetes mellitus. *Deutsch Ärztebl Int*. 2023;120(6):81-6. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0387>.
16. Rezaeean SM, Abedian Z, Latifnejad-Roudsari R, Mazloum SR, Abbasi Z. The effect of prenatal self-care based on orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(3):242-8. doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_207_19.

TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Gilson Nogueira Freitas¹

ORCID: 0000-0003-3927-3981

Amanda dos Santos Braga¹

ORCID: 0000-0001-7290-0639

Maria Amanda Lima Batista¹

ORCID: 0000-0002-8876-2856

Milka Gabrielle de Lira Nóbrega West¹

ORCID: 0000-0002-0789-7004

Suzana de Oliveira Mangueira¹

ORCID: 0000-0003-0931-8675

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife – PE, Brasil

Autor Correspondente:

Gilson Nogueira Freitas
gilson.nogueira@ufpe.br



INTRODUÇÃO

As mulheres constituem cerca de 51% da população brasileira e ainda que estejam entre os usuários que mais buscam os serviços de saúde, seja para o atendimento direto ou como acompanhantes de crianças, idosos, demais familiares, conhecidos ou como cuidadoras, são mais vulneráveis a contrair doenças ou ter seus cuidados em saúde minimizados, devido à maior suscetibilidade a estígmas sociais, violências, padrões e rigidez sociais e econômicos⁽¹⁻²⁾.

Compreendidas de forma ampliada, as situações de saúde são determinadas pelos mais diversos aspectos da vida como sociais, culturais, educacionais e ambientais, portanto, o entendimento de saúde e doença varia conforme tempo e espaço, demonstrando que os processos de adoecimento e morte apresentam diversidade conforme as diferenças sociais e culturais. Assim sendo essencial, o conhecimento das realidades culturais as quais as mulheres estão inseridas para a elaboração de estratégias de cuidados que tenham por finalidade ofertar atenção integral, singular e significativa^(2-3,4).

Neste sentido, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), desenvolvida por Madeleine Leininger, foi construída com a premissa de que cada pessoa recebe, percebe e pratica o cuidado da forma que experimenta o mundo, relacionando essas experiências e percepções com suas crenças e práticas de saúde. Leininger destacou a importância do conhecimento e da compreensão dos aspectos culturais de quem vai receber os cuidados pelo enfermeiro, tornando esse cuidado centralizado na pessoa⁽⁵⁾.

A enfermagem transcultural pode fundamentar as práticas clínicas do enfermeiro na atenção à saúde da mulher com a compreensão da origem sociocultural dos problemas e das suas necessidades de saúde com vistas a instrumentalizar o profissional para a realização do processo



de enfermagem voltado para pessoas, coletividades e/ou instituições que favoreçam as condições de saúde e/ou apoio em situações de deficiência ou morte⁽⁶⁾.

A aplicação da TDUCC proporciona conhecimento para tomada de decisões terapêuticas para preservação, ajustamento ou repadrãozização do cuidado cultural com a co-participação do enfermeiro e da pessoa⁽⁶⁾. Essas ações de atendimento devem seguir a premissa do respeito ao modo de vida dos usuários, uma vez que o seu descumprimento pode ser danoso⁽⁷⁾.

A observação dos enfermeiros sobre fenômenos, conceitos e a prática clínica com base em referenciais teóricos permitirá a construção de proposições direcionadas à resolução de lacunas no cuidado. Desta forma, justifica-se a elaboração de investigações das melhores evidências científicas buscando o aperfeiçoamento da prática profissional de maneira científica e resolutiva.

A compreensão sobre a Teoria de Leininger nos diversos campos de atuação do enfermeiro motivou o levantamento de estudos sobre a aplicabilidade da mesma no contexto da saúde da mulher. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a aplicabilidade da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural nas práticas clínicas de enfermagem na atenção à saúde da mulher.

Este capítulo foi baseado em uma revisão integrativa da literatura de estudos que abordaram a temática a partir de 2017 a 2022, a coleta de dados foi guiada pela seguinte pergunta norteadora: “Quais as evidências científicas sobre a aplicabilidade da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural nas práticas clínicas de enfermagem?”.

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor será capaz de: Compreender o uso da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural na assistência à saúde da mulher em seus ciclos de vida (Maternidade, idade fértil, gravidez e parto e puerpério).

1. SAÚDE EM IDADE FÉRTIL

O gênero é construído cultural, social e historicamente, baseado em normas sociais, simbolismos e preceitos que definem os modelos de masculinidade e feminilidade⁽³⁾. Neste conceito, o papel social de “ser mulher” é estabelecido desde as primeiras relações familiares e construído ao longo do ciclo de vida, e terá variações a depender do contexto sociocultural.

Durante as pesquisas de revisão de literatura para elaboração deste capítulo, apenas dois estudos da amostra abordaram aspectos relacionados à idade fértil, em ambos as populações estudadas foram de mulheres indígenas. Desta forma, neste tópico iremos discutir as percepções de saúde de mulheres indígenas em idade fértil, de povos oriundos do Brasil e dos Estados Unidos, e como os estudos apontaram a TDUCC como instrumento de cuidado.

No Brasil, consideram-se mulheres em idade fértil as que estão compreendidas entre as faixas etárias de 10 a 49 anos, a fim de categorizar, epidemiologicamente, os agravos de saúde e morbimortalidade nessa população, dentre os quais, destacam-se causas externas (acidentes e violências), neoplasias e doenças relacionadas ao aparelho circulatório^(3,8).

Grande parte da população indígena, entretanto, sofre de agravos de saúde também relacionados ao processo de colonização e o contato com a cultura ocidental, como a incidência de doenças crônico-degenerativas decorrentes de hábitos alimentares e consumo de produtos industrializados⁽⁹⁾. Pesquisadores inferem que o acúmulo de traumas decorrentes do contato com não indígenas, ocasionou a incidência de Síndrome do Ovário Policístico (SOP) transmitida entre as gerações de mulheres indígenas norte-americanas⁽¹⁰⁾.

O tradicionalismo cultural é um aspecto inerente ao processo de saúde e bem estar da população indígena na maioria das etnias, isso pode ser evidenciado nas duas pesquisas⁽⁹⁻¹⁰⁾, onde as perspectivas de mulheres indígenas Brasileiras e Norte-americanas, abordaram temáticas como a importância dos rituais, uso de terapias naturais indicadas pelos líderes das comunidades (chás de ervas e incensos), seus papéis nos cuidados familiares, identidade femininas, etc.

As mulheres da etnia Haliti-Paresí, comunidade indígena Brasileira, identificam a saúde como uma soma de fatores ambientais e de bem estar, além da perspectiva biológica, e que dão sentido à vida. Nesse contexto, elas priorizam a saúde da família e dos filhos antes da própria, pois têm o papel social de responsabilização dos processos de adoecimento. Quando há alguma afecção nos filhos, antes de recorrerem aos serviços de saúde, as mulheres recorrem aos líderes da comunidade (Xamãs e Pajés), uso de ervas, chás e rezas e práticas tradicionais transmitidas entre as gerações⁽⁹⁾.

De forma distinta, as indígenas norte americanas sofrem com a dificuldade do exercício do seu papel social dentro da comunidade, por conta dos sintomas decorrentes da SOP, principalmente em relação à perda da feminilidade, ao peso, à aparência, à fertilidade, e isso afeta a identidade feminina e o status social, causando frustração entre essa população⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, outro fator referido que influencia no bem estar e saúde dessas mulheres é a participação em rituais e cerimônias da comunidade, pois, impossibilitadas de controlar o ciclo menstrual, elas são impedidas de participar de alguns rituais, pelo risco de sangrar durante os ritos. Desta forma, por muitas vezes são estigmatizadas dentro da própria comunidade, que não comprehende o processo de adoecimento dessas mulheres⁽¹⁰⁾.

Uma forma de promover saúde nas comunidades, é através dos serviços médicos não indígenas, no entanto, ambos os estudos destacaram a deficiência dos serviços de saúde não indígenas em ofertar cuidados que englobam as particularidades culturais, dificultando o processo de acolhimento e comunicação em saúde com essas mulheres. A inserção das práticas ocidentais de saúde no contexto de comunidades indígenas requer cautela, para evitar a exclusão dos costumes de saúde patrimoniais desses povos e que são determinantes dentro do processo de saúde-doença⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Quadro 1 – Aspectos diversos e universais entre as populações de mulheres indígenas em idade fértil dos estudos. Recife, 2022.

	DIVERSIDADES	UNIVERSALIDADES
INDIVIDUAIS	Protagonismo da mulher em sua saúde evidenciado apenas entre as mulheres indígenas Norte-Americanas ⁽¹⁰⁾	—
RELIGIOSO E FILOSÓFICO	—	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito às lideranças indígenas no cuidado à saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾ - Priorizam o cuidado com as lideranças antes de procurar o cuidado da medicina ocidental⁽⁹⁻¹⁰⁾
PARENTESCO E SOCIAL	Mulheres indígenas Brasileiras priorizam a saúde e bem estar dos filhos e família ⁽⁹⁾	Importância do suporte familiar ⁽⁹⁻¹⁰⁾
FATORES CULTURAIS E SOCIAIS	—	<ul style="list-style-type: none"> - Importância dos rituais e da herança cultural⁽⁹⁻¹⁰⁾ - Participação com o papel familiar e cultural⁽⁹⁻¹⁰⁾ - Uso de práticas como chás, ervas, incenso para o bem-estar⁽⁹⁻¹⁰⁾
FATORES AMBIENTAIS	—	Preocupação com alimentação, higiene e saúde ⁽⁹⁻¹⁰⁾

Fonte: Elaboração dos Autores, 2022.

2. GRAVIDEZ E PARTO

A gravidez é marcada por significativas transformações na vida da mulher. Uma vez estabelecida, a gestante experimenta diversos tipos de mudanças nos aspectos pessoais e emocionais- que envolvem práticas de autocuidado, modificações fisiológicas e sentimentais - aspectos sociais, conjugais, trabalhistas e estudantis. Logo, gestar extrapola o sentido biológico, por incluir dimensões culturais, sociais, históricas e afetivas⁽¹¹⁻¹²⁾.

Um estudo que se propôs a compreender as experiências de mães estudantes internacionais acerca de engravidar e dar à luz longe do país de origem constatou diversos tipos de enfrentamentos dessa

mulher-mãe-universitária. A dedicação, quase que exclusiva na vida acadêmica, somada a rotina exaustiva de ser mãe, exige uma busca constante por equilíbrio⁽¹³⁾.

Culturalmente, as participantes da pesquisa relataram ainda o choque e as diferenças culturais, principalmente, nos cuidados com o recém-nascido e no puerpério. As percepções e práticas de cuidado são definidas pelos valores e crenças dessas mulheres, com isso, os cuidados desprendidos durante o parto e o puerpério sofrem influência do contexto cultural em que estão inseridas. As mães estudantes relataram que as práticas de cuidado durante esses períodos destoavam das ofertadas nos seus países⁽¹³⁾. Na dimensão cultural, Madeleine Leininger, ao desenvolver a Teoria Transcultural, considerava que a cultura em que o indivíduo estava imerso impactava diretamente na saúde e vida das pessoas.

Outro estudo, agora com o objetivo de explorar as crenças e as práticas relacionadas à gravidez e ao parto na perspectiva de mulheres idosas, moradoras da zona rural do município de Almanza e Cebanico (Espanha) e que deram à luz em casa evidenciou vários apontamentos. As crenças e práticas durante o ciclo gravídico e o parto têm como base a influência dos fatores sociais, econômicos e familiares. A utilização dos recursos naturais, bem como fatores educacionais em que essas mulheres idosas estavam inseridas condicionaram a forma de prestar assistência⁽¹⁴⁾.

As idosas entrevistadas relataram práticas de cuidados para higienização do coto umbilical do recém-nascido, métodos para minimização da dor durante o parto. Os valores culturais repercutiram diretamente nas crenças dessas idosas; para algumas delas, para evitar que uma criança nascesse com uma marca no corpo, se a gestante apresentasse algum desejo em consumir qualquer alimento, sua vontade deveria ser satisfeita⁽¹⁴⁾.

Ao aplicar o Modelo Sunrise, proposto por Leininger, foi refletido como as crenças e práticas foram condicionadas por fatores tecnológicos, religiosos, sociais, culturais, econômicos e educacionais. A forma como essas comunidades rurais estavam estruturadas refletiam na imagem da maternidade e, assim, nos cuidados maternos, em suma, a cultura teve impacto direto nos cuidados desprendidos.

A gestação e seus desdobramentos diferem-se de mulher para mulher a depender do contexto cultural em que cada uma vivencia, dessa forma, as intervenções da equipe de saúde precisam ser balizadas pelo conceito de relativismo cultural, evitando, assim, comportamentos e análises etnocêntricas. Valorizar e reconhecer a cultura e a família dessas usuárias contribuem na compreensão de que o contexto cultural molda modos de vida, de condutas e de cuidados⁽¹³⁾.

3. PUERPÉRIO

Puerpério, também denominada por algumas gerações de resguardo ou quarentena, inicia imediatamente após a dequitada, sendo um período em que ocorrem alterações fisiológicas e hormonais para a readequação corporal do organismo que não mais gesta, além das alterações emocionais em decorrência de modificações cotidianas⁽¹⁵⁾.

Compreendido o puerpério como um período em que a mulher é apoiada por outras mulheres, a realização das práticas de cuidados com o recém-nascido e com sua saúde corporal, são frequentemente transmitidas por pessoas de gerações anteriores, familiares e vizinhas. Tais práticas são incorporadas às visões de mundo e ideia de saúde das comunidades, sendo pouco aceitas ou repudiadas quando orientações divergentes são fornecidas por pessoas que não vivenciam sua cultura, como os profissionais de saúde. O que pode provocar desinformações e a realização, ainda que de forma oculta, de práticas que coloquem em risco a saúde e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, reforçando a necessidade de entendimento e adequação, quando necessário, das práticas culturais encontradas.

As questões culturais presentes sobretudo na maneira do cuidar da criança e da própria mulher estão perpetradas na vivência das pessoas, no entanto, poucos estudos abordam as influências que a cultura exerce na maneira de experienciar o puerpério pela mulher no pós-parto. Um grupo populacional que recebeu destaque na análise desta perspectiva foi um estudo⁽¹⁶⁾ que aponta como costumes no puerpério entre mulheres

quilombolas, como cuidados relacionados com o repouso como a não realização de atividades domésticas,性uais e descanso durante o maior tempo possível sob a própria cama. Um outro estudo⁽¹⁷⁾ relatou práticas semelhantes entre mulheres de regiões indígenas no Amapá. Tais costumes podem ser realizados devido ao entendimento de que o puerpério é o momento em que o corpo deve se reestabelecer não apenas na perspectiva biológica da gravidez e do parto, mas também das demandas emocionais que surgem nesse período. Os hábitos de mulheres quilombolas relacionados à higiene no período pós-parto, relacionado aos cuidados com o corpo, especialmente a genitália e possíveis cicatrizes decorrentes do parto com a prática de banhos de imersão dessa região com ervas para assepsia e cicatrização nos primeiros 15 dias do puerpério⁽¹⁶⁾. Prática também equivalente às realizadas por puérperas indígenas no Amapá⁽¹⁷⁾, o que pode ser compreendido pela valorização e conhecimento de elementos naturais para o reestabelecimento da mulher.

Ainda, a higiene é reconhecida pelas puérperas quilombolas como um encerramento da fase puerperal, marcada pelo reestabelecimento da “mãe do corpo” – útero e retomada de atividades realizadas anteriormente ao parto- quando indicada a realização de um banho de imersão no rio da comunidade no trigésimo dia, terminando assim o resguardo.

Ademais, o descumprimento dos costumes, motivados por rotinas dos serviços e de profissionais de saúde, referente à realização de repouso e higiene sem restrições como as orientações de banho, incluindo a lavagem dos cabelos pouco tempo após o parto e posteriormente, esse fato relacionado a cefaléias, podem provocar à mulher e à sua comunidade, os sentimentos de desrespeito e de não pertencimento relacionados aos cuidados prestados, promovendo a não procura aos serviços e à falta de informações sobre fatores e determinantes de saúde⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Ainda durante o puerpério, questões ocorridas durante a gestação e o parto podem ser rememoradas, como lembranças, mas também na perspectiva de entendimento de alguns eventos não esperados, entre elas as violências obstétricas. As repercussões na vida da mulher que sofreu violência obstétrica podem ser variadas a depender de sua visão de vida, de sua cultura e do próprio entendimento de saúde antes, durante e após o parto, mas há conhecimento no meio científico de que atos de violência como a negligência na assistência, situação em que a gestante no momento intraparto não se percebe com o apoio de profissionais de saúde, pode contribuir com a mortalidade materna e fetal/neonatal⁽¹⁸⁾.

Ainda outras modalidades de violência como a violação da privacidade, com a exposição do corpo da mulher desnecessariamente a múltiplos profissionais e estudantes de saúde; a violência psicológica, exemplificada pela negação a presença de acompanhantes e atitudes de culpabilização e mesmo piadas e a violência física, como a negação de medidas medicamentosas e não medicamentosas, além da realização sem indicação, de práticas com o intuito de encurtar o parto, podem provocar mutilações genitais e promover o desenvolvimento de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto, dificuldade para a prática da amamentação e de formação de vínculo com o recém-nascido⁽¹⁸⁾.

Tais práticas, podem provocar nas mulheres, o auto julgamento de inferioridade, de desmerecimento, ainda, a naturalização do sofrimento e todos atos que o promovam durante a gestação e o com o intuito de não vivenciá-lo, as mulheres se afastam dos serviços de saúde e das orientações baseadas por evidências, o que pode levar ao aumento de morbimortalidade materna e perinatal e solidificar estigmas de que ser mulher, gestar, parir e maternar devem ser atos de sofrimento.

Portanto, durante a assistência à mulher, especialmente durante o ciclo gravídico, os profissionais de saúde devem conhecer e compreender, as crenças, os hábitos e as perspectivas da gestante em relação à sua saúde, a saúde do recém-nascido, de sua família e comunidade; acolhendo as diferenças culturais.

4. MATERNIDADE

A maternidade é um importante período de adaptação sobre as novas demandas. Essa fase é fortemente associada ao processo biológico e comportamental humano, mas também como uma construção social e

essas duas percepções devem ser vistas e analisadas simultaneamente, visto que os aspectos biológicos são indissociáveis das relações sociais e culturais no qual se está inserido⁽¹⁹⁾.

Nesse sentido, a Enfermagem Transcultural tem um papel fundamental para o entendimento dos fatores que influenciam o processo saúde-doença em cada contexto, assim a TDUCC proporciona subsídio teórico para o planejamento do cuidado, a partir dos conceitos, cultura e visão de mundo fundamentados na reflexão crítica, e assim proporcionar medidas de educação e intervenção mais adequadas para o cuidado⁽²⁰⁾.

Na figura 2, são demonstrados os constructos evidenciados na revisão da literatura. Foram encontrados fatores educacionais, econômicos, políticas institucionais, sociais, religiosos, filosóficos e tecnológicos.

Figura 2 – Constructos centrais da TDUCC identificados nos estudos incluídos na revisão. Recife, 2022.

Fatores educacionais	1. Falta de conhecimento / percepção sobre a gravidade da doença 2. O Enfermeiro como fonte de conhecimento
Fatores econômicos	3. Recursos econômicos limitados;
Fatores políticos e institucionais	4. Horário de funcionamento da UBS 5. Horário de visitas hospitalar rígidas
Fatores sociais e de parentesco	6. Apoio da família 7. Comunicação com o profissional de Enfermagem
Fatores religiosos e filosóficos	8. Fé 9. Prática da medicina tradicional
Fatores tecnológicos	10. Equipamentos para tratamento e terapêutica

Fonte: Elaboração dos Autores, 2022.

A atenção primária é a principal porta de entrada para o sistema único de saúde e centro de comunicação entre as redes de atenção à saúde⁽²¹⁾. O vínculo entre o profissional de enfermagem e a família é um fator fundamental para a promoção da saúde, seja pelas orientações, formação de vínculo com a unidade ou promoção da autonomia do cuidado. A formação do vínculo entre o Enfermeiro e a comunidade/família é fundamental, pois permite a compreensão desses elementos e, consequentemente, permite a adoção de estratégias de cuidado direcionadas às necessidades e realidade da comunidade/família.

A enfermagem transcultural tem um importante papel na identificação dos fatores influentes sobre o processo de saúde/doença nos diferentes contextos culturais, e a partir disso propor reorganização desses elementos em uma perspectiva de promoção de cuidado diante da realidade vivenciada. Dentre os fatores identificados sobre o contexto da maternidade pode-se propor estratégias de reorganização, tais como, educação em saúde para ampliar o conhecimento das mulheres sobre as condições de saúde, ampliação dos horários de atendimento nas UBS, orientações sobre busca de rede de apoio eficientes e adequação das práticas tradicionais de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo permitiu compreender como a TDUCC norteia o enfermeiro para a identificação das necessidades das mulheres e a influência das práticas culturais em diferentes fases da vida, de forma a realizar os cuidados de maneira culturalmente congruente a esse público.

Apesar de algumas limitações terem sido observadas como a escassez na literatura de estudos com análise de grupos populacionais mais diversos quanto às influências dos fatores culturais na maneira da mulher vivenciar seus diferentes ciclos de vida. Os autores^(13, 22) evidenciam a importância de novas pesquisas sobre essa temática, elucidando a relevância da identificação e inserção das práticas culturais para a efetivação de uma atenção à saúde significativa para as diversas populações femininas. Enquanto um estudo⁽²²⁾ faz um

detalhamento mais esmiuçado sobre os pressupostos da Teoria Transcultural e os resultados apresentados, outro⁽¹³⁾ que empregou os constructos de Leininger como embasamento teórico abordou de forma mais genérica a sua aplicação.

Quanto às limitações encontradas nos estudos, destaca-se os aspectos metodológicos, com predominância de estudos qualitativos e discussão em grupos étnicos individuais. Assim, aponta-se a necessidade do desenvolvimento de novos estudos com metodologias mais robustas, com o intuito de identificar similaridade e diferenças sobre o cuidar e as práticas de saúde em diferentes grupos de mulheres e nas diversas fases da vida.

REFERÊNCIAS

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado 2023 jan 26]. Disponível em: www.ibge.gov.br
12. Cordeiro VMC, Magalhães BC, Silva VM, Morais VMCC, Silva MS, Santos RL, Costa MS. Competências do enfermeiro na promoção da saúde da mulher à luz do consenso de Galway. *Rev. Bras. Enferm.* 2022;75(3):e20210281. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0281>.
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [Internet], Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [citado 2023 jan 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
14. Carvalho EMP, Guilhem DB, Gottems LBD. O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27(05):1763-1772 doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23872021>.
15. George JB et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000
16. Almeida GMF, Nascimento TF, Silva RPL, Bello MP, Fontes CMB. Reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200209. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>
17. Oliveira EAR, Rocha SS. The parents' cultural care towards promoting child development. *J Res Fundam Care Online.* 2019;11(n.esp):397-403. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019>.
18. Martin JC. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil: enfoque na evitabilidade das causas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2018.
19. Baggio E, et al. O Cuidar da saúde para a mulher indígena Haliti-Paresí. *Rev enferm UFPE.* 2018;12(3):729-737. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a22870p729-737-2018>
20. Carron R, et al. Cultural Experiences, Patterns, and Practices of American Indian Women With Polycystic Ovary Syndrome: An Ethnonursing Study. *Journal of Transcultural Nursing.* 2020;31(2):162-170. doi: <https://doi.org/10.1177/1043659619856670>
21. Hiremath P. Need for psychological assessment during pregnancy: a nursing perspective. *Glob J Nurs Forensic Stud.* 2016;1(7). doi: <https://doi.org/10.4172/2572-0899.1000107>
22. Bozhuk O. Defining of medical and psychological assistance volume to women with physiological pregnancy. *J Educ Health Sport.* 2015;5(5):86-100. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17453>
23. Melo FM, Santos MP, Sousa LB, Holanda VMS, Araujo MFM, Joventino ES. Experiências de estudantes internacionais ao gestar longe do seu país de origem. *Av Enferm.* 2018;6(3):355-364. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.65010>
24. Andina-Díaz E, Siles-González J. Cultural care of pregnancy and home birth: an application of the sunrise model. *Research and Theory for Nursing Practice: an international journal.* 2020;34(4):358-370. doi: [10.1891/RTNP-D-19-00090](https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00090).
25. Carneiro R. Cartas para mim ou sobre mim? Notas autoetnográficas de um puerpério não silenciado. *Sex., Salud Soc.* 2021;37(n.esp):e2130. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21306.a>.
26. Lucena TS, Costa LJSF, Santos AAP, Silva JMO. Comunidade de remanescentes de quilombolas: práticas culturais de cuidado utilizadas no puerpério. *Rev enferm UERJ.* 2020; 28:E50968-e50968. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50968>.
27. Tassinari A. A "mãe do corpo": conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. *Horiz. Antropol.* 2021;27(60):95-126. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000200004>

28. Melo BLPL, Moreira FTLS, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR, Maia ER, et al. Violência obstétrica à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural. *Revista Cuidarte*. 2022;13(1):e1536. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1536>
29. Ramos DM, Nascimento VG. A família como instituição moderna. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2008;20(2):461-472. doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200012>
30. Benatti AP, Pereira CRRP, Santos DCMS, Paiva IL. A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*. 2020;24(2):130-141. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v24i2.59856>
31. Siqueira SMC, Jesus VS, Santos LFN, Muniz JPO, Santos ENB, Camargo CL. Quilombo women's perceptions of acute and emergency pediatric care: an approach in the light of Leininger. *Revista Enfermagem UERJ*. 2018;26:e21492. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.21492>