



SAÚDE DAS MULHERES E MATERNIDADE

cuidados e significados em construção

(ORGs.)

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Sofia Dionizio Santos

Fernanda Maria Carvalho Fontenele

Luciana Camila Brandão dos Santos



**SAÚDE DAS
MULHERES E
MATERNIDADE**
cuidados e significados em construção

(ORGs.)

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos
Sofia Dionizio Santos
Fernanda Maria Carvalho Fontenele
Luciana Camila Brandão dos Santos



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – EDUFCC
atendimento@editora.ufcg.edu.br

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Bruno Medeiros Roldão de Araújo
Diretor EDUFCC

Simone Cunha
Revisão

João Vitor Pereira da Silva
Diagramação

Maglandyo da Silva Santos
Capa

William Fortunato
<https://www.pexels.com/pt-br/foto/bebe-em-branco-dormindo-na-cama-6393346/>
Creditos da imagem

CONSELHO EDITORIAL

Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro Costa Rego (CTRN)
José Wanderley Alves de Sousa (CFP)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Mário de Sousa Araújo Filho (CEEI)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Andréa Maria Brandão Mendes de Oliveira (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino Nascimento (CH)
Saulo Rios Mariz (CCBS)
Valéria Andrade (CDSA)

S255 Saúde das mulheres e maternidade : cuidados e significados em construção [recurso eletrônico] / Antonio Rodrigues Ferreira Júnior ... [et al.] (organizadores). – Campina Grande: EDUFCC, 2024. 119 p. : il. color.

E-book (PDF)
ISBN 978-85-8001-312-2

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde Materno-Infantil. 3. Saúde Coletiva. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Humanização da Assistência. I. Ferreira Júnior, Antonio Rodrigues.

CDU 618.2-082

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA MEIRE EMANUELA DA SILVA MELO CRB-15/568

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
PREFÁCIO.....	9
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO DA SÍFILIS DURANTE O PRÉ-NATAL.....	12
INDICAÇÃO DE PARTO CESARIANA E A RELAÇÃO COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	32
PERFIL DE INFECÇÕES DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	50
SOFRIMENTO, MEU E TEU: A DOR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRESENCIADA POR SEUS FILHOS.....	70
POTENCIALIDADES DO GRUPO TERAPÊUTICO COM MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....	94
SOBRE OS ORGANIZADORES.....	114
SOBRE OS AUTORES	116

APRESENTAÇÃO

 Grupo de Pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS), vinculado à Universidade Estadual do Ceará (UECE), existe desde 2017, com o objetivo de contribuir para o debate científico e o avanço na organização das Redes de Atenção à Saúde, com especial foco na saúde materno-infantil, por meio da articulação de pesquisas e de pesquisadores de diversas instituições em diferentes estados brasileiros.

O trabalho deste grupo de pesquisa vem se consolidando e expressa-se, por exemplo, nos trabalhos apresentados em eventos, artigos científicos e capítulos de livros oriundos das pesquisas desenvolvidas. Nesse sentido, a obra *Saúde das mulheres e maternidade: cuidados e significados em construção* é mais um esforço do grupo para a divulgação científica de estudos sobre a saúde das mulheres.

O livro reúne capítulos oriundos de pesquisas desenvolvidas por participantes do REDIS, em articulação com autores vinculados a diversas instituições de ensino e pesquisa. A saúde das mulheres é a temática que perpassa todos os capítulos, sendo a maternidade abordada como elemento significativo para a compreensão das necessidades de saúde dessas mulheres, muitas vezes inter-relacionadas às condições de vida e saúde de seus filhos.

A organização do livro inclui capítulos sobre o pré-natal e o parto como momentos importantes na vida das mulheres, que devem

PREFÁCIO

ser acompanhados com o objetivo de promover as melhores práticas de cuidado em saúde e de viabilizar a segurança da mulher e do bebê.

O capítulo “Atuação do enfermeiro na prevenção e detecção da sífilis durante o pré-natal” destaca a necessidade de intervenções relacionadas ao acompanhamento pré-natal na atenção básica. Já o capítulo “Indicação de parto cesariana e a relação com a classificação de Robson” aborda a via de parto e os cuidados para que esta seja uma experiência humanizada. Ainda discutindo aspectos da saúde materno-infantil, o capítulo “Perfil de infecções de cateteres venosos centrais em unidade de terapia intensiva” alerta para a necessidade de evitar infecções após o parto.

A construção do cuidado à saúde das mulheres no território e os significados atribuídos à maternidade são aspectos abordados em dois capítulos do livro. Nesse sentido, é possível discutir sobre a atenção à saúde mental e o enfrentamento à violência contra mulheres, considerando que a vivência da maternidade pode ser atravessada por essas questões. Essas são as temáticas dos capítulos “Sofrimento, meu e teu: a dor de mulheres em situação de violência doméstica presenciada por seus filhos” e “Potencialidades do grupo terapêutico com mulheres na atenção primária à saúde: a experiência da psicologia na residência multiprofissional”.

O debate proposto nesta obra busca contribuir para o avanço do conhecimento sobre a saúde das mulheres, em sua intersecção com a experiência de maternidade, bem como para a oferta de ações de saúde que correspondam à integralidade preconizada nas políticas de saúde, a partir da potência de um grupo de pesquisa.

Os organizadores

Ao recebermos o convite para prefaciar o livro *Saúde das mulheres e maternidade: cuidados e significados em construção* fomos levados a mergulhar nas evidências científicas e nos diversos cenários de atuação do(a) enfermeiro(a) e do psicólogo(a) no âmbito da saúde materno-infantil. Esse valioso convite nos fez visitar o amplo caminho percorrido pelos(as) autores(as) desde a Atenção Primária à Saúde, passando pelo cenário da assistência ao parto e pelas Unidades de Terapia Intensiva, jornada esta repleta de aprendizado, reflexão e inspiração.

Estamos diante de um momento em que a taxa de cesárea no país alcança 56%, com uma razão de mortalidade materna de 107/100.000 nascidos vivos, acompanhada previamente por uma baixa adequação do acompanhamento pré-natal em apenas 21%. No entanto, as pesquisas apontam que o modelo de assistência prestado por enfermeiros(as), obstetras e obstetrizes têm potencial para reduzir altas taxas de cesariana e que estes têm importante atuação na saúde sexual e reprodutiva, nos cuidados pré e pós-natal e na assistência ao parto.

A leitura desta obra resgata que, no Brasil, não atingimos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos em 2015 para a meta de redução da mortalidade materna, que é de 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No que se refere à redução da mortalidade infantil, o país, apesar do alcance da meta prevista, enfrenta problemas que persistem – alta mortalidade de recém-nascidos, prematuridade

iatrogênica associada à qualidade da atenção obstétrica, ainda marcada por um modelo intervencionista na atenção ao parto e ao nascimento.

Nesse contexto, pontua-se o papel fundamental do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao estabelecer diretrizes e políticas públicas para a melhoria do planejamento familiar e da saúde reprodutiva, do acesso a cuidados de qualidade desde o pré-natal e da promoção de práticas saudáveis e assistência humanizada ao parto que convergem para a redução da mortalidade materna e infantil e situações de violência contra a mulher.

Assim, ao ler os primeiros capítulos, delineia-se a necessidade urgente de valorização da categoria de enfermagem, da importância da capacitação dos profissionais e do uso da classificação de Robson para o monitoramento de cesáreas. Ressalta-se ainda a necessidade de estudos epidemiológicos no âmbito da saúde materno-infantil e o desenvolvimento de protocolos de combate a infecções em unidades de terapia neonatal. A segunda parte do livro traz ao debate a dor de mulheres em situação de violência doméstica presenciada por seus filhos e a atuação da Psicologia na Atenção Primária a Saúde a partir da Residência Multiprofissional em Saúde.

Nesta obra, mergulharemos no complexo e vital campo da saúde materna e infantil, explorando os desafios enfrentados por profissionais de saúde e mulheres, bem como o papel fundamental das agendas nacionais e internacionais na promoção de mudanças significativas nesse cenário.

Por fim, esta leitura valiosa permitirá o avanço da comunidade acadêmica não apenas à crítica, mas também a novas produções de sentidos que nos levem a todos(as), especialmente, a Enfermagem,

que nos convoca pela visão de seus(suas) autores(as) à necessária luta para o alcance da assistência materna e infantil de forma digna.

Herla Maria Furtado Jorge

PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Pedro Vitor Mendes Santos

ENFERMEIRO OBSTETRA. MESTRANDO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO DA SÍFILIS DURANTE O PRÉ-NATAL

*Elisete Ferreira de Oliveira Alves
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas
Isadora Araújo Rodrigues
Katherine Jeronimo Lima
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

RESUMO

Objetiva-se descrever a atuação do enfermeiro durante a consulta de pré-natal na detecção e na prevenção da transmissão vertical da sífilis. Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com 30 enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde da Regional V, em Fortaleza. Os dados foram coletados entre julho e outubro de 2018, através de entrevista, e analisados pela Análise de Conteúdo Temático, de Minayo. Os enfermeiros procuram executar os protocolos do Ministério da Saúde (MS), porém evidenciam limitações quanto à falta de materiais, ao tempo para conduzir a consulta e realizar a testagem para sífilis, à falta de treinamento e segurança para realizar os testes rápidos, à demora para realizar e receber os exames laboratoriais e à falta de médico na equipe. Conclui-se que, apesar de os enfermeiros seguirem os protocolos, surgem dificuldades em implantá-los no diagnóstico, controle e tratamento de sífilis no pré-natal.

Palavras-chave: atenção primária; enfermeiro; sífilis congênita

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de natureza sistêmica, cujas vias de transmissão predominantes são a sexual e a vertical. Quando ocorre durante a gestação, pode resultar em riscos de transmissão intraútero, caso a gestante infectada não receba tratamento ou que este seja realizado de forma inadequada (Brasil, 2021a, 2022b). A transmissão da infecção materna ao feto causa a sífilis congênita (SC), podendo desencadear graves sequelas perinatais, como baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções graves, óbitos fetais e neonatais (Korenromp *et al.*, 2019).

A SC é uma infecção de impacto global. Em 2016, foram registrados aproximadamente 661.000 casos em todo o mundo, resultando em 204 mil mortes no período neonatal e fetal. Além disso, é a segunda causa evitável de natimortalidade em todo o mundo (Korenromp *et al.*, 2019).

Assim como em outros países, a SC também é um grande problema que repercute na saúde pública no Brasil (Araújo *et al.*, 2014). No ano de 2020, o país notificou, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cerca de 61.441 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,6/1.000 nascidos vivos); 22.065 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos); e 186 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 6,5/100.000 nascidos vivos). Apesar da redução dos casos, comparados ao ano de 2019, o Brasil ainda apresenta taxas preocupantes, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção (Brasil, 2021).

Considerada como doença prevenível, ao contrário de muitas infecções neonatais, seu controle é possível por meio de assistência pré-natal efetiva, bem como do uso de testes diagnósticos sensíveis e tratamento adequado, em tempo oportuno (Brasil, 2022a). Dessa forma, a atenção ao pré-natal representa um momento importante para prevenção e redução dos casos de sífilis em mulheres grávidas, consequentemente, para a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. Para tanto, é de suma relevância que a gestante possa ter acesso de forma precoce e, ao mesmo tempo, assistência qualificada e humanizada (Guanabara *et al.*, 2017).

Na organização da rede de cuidados do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada das gestantes aos serviços de pré-natal, sendo a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a responsável pelas atividades de acompanhamento e assistência das mulheres grávidas. Ademais, é a executora de ações para redução das taxas de transmissão vertical da sífilis (Magalhães *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2017).

Entre os trabalhadores da ESF, o enfermeiro desempenha um importante papel na assistência às gestantes e na adoção de medidas de prevenção à sífilis congênita, pois realiza as consultas de pré-natal, solicita exames de diagnóstico, efetua o tratamento segundo protocolos nacionais, notifica e desempenha o monitoramento dos casos, além de realizar aconselhamento e ações educativas (Brasil, 2022a; Macêdo *et al.*, 2020). Reforça-se que são os profissionais de enfermagem os responsáveis pela administração da benzilpenicilina benzatina, principal medicamento de escolha ao tratamento de sífilis, sendo o único fármaco eficaz durante a gestação (Brasil, 2022b; COFEN, 2017).

Diante da persistência e alta incidência de casos de sífilis congênita (Brasil, 2021) e, partindo do pressuposto de que a ocorrência de casos de SC está relacionada à qualidade da assistência pré-natal (Do-

mingues *et al.*, 2013), surgiu o questionamento: como os enfermeiros compreendem sua atuação frente à consulta pré-natal da gestante com diagnóstico de sífilis? Assim, o estudo teve como objetivo compreender a percepção do enfermeiro acerca da sua assistência frente à consulta de pré-natal na detecção e na prevenção da sífilis congênita.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, realizada durante o segundo semestre de 2018 no município de Fortaleza, Ceará. Participaram da pesquisa enfermeiros que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que realizam consultas de pré-natal de baixo risco, com experiência mínima de seis meses, sendo excluídos da pesquisa os que se encontravam de atestado, férias ou licença. Esses profissionais foram identificados pelo símbolo alfanumérico E (enfermeiro) e numeração de 1 a 30, em que E1 se refere ao primeiro entrevistado e E30, ao último entrevistado do estudo.

A coleta de dados aconteceu na unidade básica de saúde à qual o profissional pertence, por meio de entrevistas semiestruturadas individualizadas, gravadas em áudio, mediante autorização prévia, com uma duração média de nove minutos. O roteiro da entrevista abordou questões sobre a condução da consulta de enfermagem no pré-natal, a solicitação de exames, as dificuldades na condução dos casos de sífilis, as orientações quanto ao tratamento, e as medidas que poderiam contribuir para diminuir a incidência de sífilis congênita.

A análise dos dados deu-se através da Análise de Conteúdo Temática, proposta por Minayo, seguindo as etapas de pré-análise; exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos; e interpretação (Minayo, 2013). Os resultados foram transcritos

e verificados a partir da saturação das falas, de maneira que surgissem as categorias temáticas, tendo como análise final a articulação entre os dados coletados e as referências teóricas adotadas.

O estudo foi realizado em conformidade com as normas vigentes, expressas na Resolução nº 466, de outubro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, responsável pelos princípios éticos e científicos fundamentais de pesquisas com seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO, sob o Parecer de número 2.635.732/2018.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os participantes incluídos no estudo totalizaram 30 enfermeiros. Deste total, a classe predominante foi do sexo feminino, sendo 27 dos entrevistados mulheres, e a faixa etária variou entre 25 e 38 anos. Quanto ao tempo de atuação na UBS, 18 dos participantes atuam há mais de dez anos, enquanto 7 atuam entre 2 e 5 anos, enquanto 5 atuam entre 5 e 10 anos. Quanto à realização de pós-graduação *lato sensu* no ramo da enfermagem, do total de entrevistados, apenas 24 destes realizaram o curso de especialização, porém somente 14 na área de saúde da família. Ainda, nos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, ou restrita aos cursos de mestrado e doutorado, 2 dos entrevistados possuíam mestrado, sendo que apenas 1 em saúde da família.

A partir da análise das falas, chegou-se às seguintes categorias: rastreamento oportuno da sífilis no pré-natal: das viabilidades a chances perdidas; tratamento da sífilis na Atenção Primária à Saúde: dilemas e resistência na administração da penicilina benzatina e a resistência ao tratamento por parte dos (não) parceiros.

RASTREAMENTO OPORTUNO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL: DAS VIABILIDADES A CHANCES PERDIDAS

A partir das entrevistas, foi possível evidenciar as importantes ações do enfermeiro na condução do pré-natal, com destaque na primeira consulta, visto que todos relataram serem os responsáveis por esse atendimento.

A gente sempre tem que fazer a primeira consulta, somos nós enfermeiros [...] pede todos os exames *né*, ultrassom do primeiro trimestre e a gente faz algo muito importante [...] (E18).

A prática de cuidado norteado pelos protocolos do Ministério da Saúde (2022), referentes ao rastreio das infecções sexualmente transmissíveis, com realização de exames para detecção da sífilis em gestantes, é conhecida e realizada pelos participantes, conforme observado nos relatos a seguir:

Segue [*sic*] os protocolos *né*, principalmente os protocolos do Ministério da Saúde *né*, de acordo com o manual, de acordo com as regras que vêm estabelecidas (E2).

Assim, a primeira consulta *né* [...] a solicitação dos exames de rotina do primeiro trimestre, o que consta... o que a gente sabe é que obrigatoriamente devemos oferecer os testes rápidos *né* para uma detecção precoce de sífilis e exame físico... normalmente é assim (E20).

Em contrapartida, houve relatos que apontaram dificuldades na realização dos exames de rastreamento na primeira consulta de pré-natal, mesmo reconhecendo sua importância. As falas destacam a dificuldade da gestão de tempo, pois, a depender da rotina de atendi-

mento e procedimento da unidade de saúde, resulta no agendamento da testagem da gestante para outro dia:

Às vezes, devido à demanda, a gente não consegue fazer o teste no momento da consulta, que é o ideal, [...] a maioria não consegue fazer isso porque, naquele tempo, a gente tem que fazer a consulta e tem muita papelada [...] e os testes rápidos também não é feito [sic] mais aqui. Dependendo, se for quinta e sexta que a gestante procura o serviço e está sendo atendida, a gente faz, porque, aí na quinta e sexta, nós fazemos os testes rápidos aqui. Então ela já é encaminhada para fazer os testes rápidos na quinta e sexta; mas se o pré-natal for na segunda, terça ou quarta, não é feito o teste rápido (E08).

Você sabe que é obrigatório ofertar, você sabe da importância, mas, às vezes, o tempo não permite (E17).

Quando o teste está disponível, eu não costumo fazer no pré-natal ainda como rotina, porque o meu tempo não dá, até porque o nosso tempo tem sido gasto com coisas assim que não são úteis (E21).

A compreensão do “ser enfermeiro”, mediante a sua assistência, perpassa pelo entendimento do “eu profissional” e como ele representa frente à sociedade e ao seu cuidado. Para Goffman (2014), a atuação do ator, quando é imbuído de convicções e veracidade em seus atos, transmite a seu público o convencimento e o respeito de seus atos.

Assim, torna-se significativo que o enfermeiro se aproprie de suas ações e se firme na execução do cuidado diante das gestantes no combate à sífilis gestacional, por meio de protocolos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, na busca de uma execução de cuidado unificada. É fato que a adequação do pré-natal é primordial para o diagnóstico da sífilis na gravidez (Benzaken *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2018), sendo considerado adequado aquele em que a mulher inicia

antes da 12^a semana gestacional, com, no mínimo, seis consultas e realização de exames, dentre os quais execução de testagem rápida para detecção de infecções sexualmente transmissíveis (sífilis, HIV, hepatite-B e C) (Brasil, 2022; Figueredo *et al.*, 2020).

Vale ressaltar, como apontam as falas dos participantes, que o enfermeiro exerce papel fundamental por ser parte integrante da equipe multiprofissional no atendimento clínico do pré-natal de baixo risco. Além de sua competência técnica para resolutividade e manejo terapêutico, esse profissional se destaca por estabelecer vínculos, interatividade e relações horizontais com as gestantes (Machado *et al.*, 2018; Rosa *et al.*, 2020; Soares; Aquino, 2021).

Contudo, verificaram-se algumas deficiências na realização do teste rápido, relacionadas a gestão de tempo, equipe reduzida, acúmulo de funções e alta demanda de atendimentos, aflorando as fragilidades da organização em equipe, o que leva a limitações na qualidade da assistência pré-natal. Vale ressaltar que a equipe pode ser compreendida como um agrupamento de pessoas que possuem uma interação profunda para execução de uma rotina privativa (Goffman, 2014). Essa interatividade, quando assume o papel de cooperatividade, proporciona a efetividade e a eficácia das tarefas desenvolvidas pela equipe (Li; Peng; Liu, 2022).

Vinculado à problemática de deficiência em recursos humanos, acarreta consequências quanto à eficácia no atendimento e à qualidade do serviço. Devido à alta demanda de pacientes e à insuficiência de profissionais, o tempo para atendimento torna-se curto e pouco proveitoso, representando uma quebra de protocolo, o qual sugere que a consulta siga passos e prioridades. Com o tempo de atendimento para consultas reduzido, etapas passam a ser minimizadas, exames que devem ser solicitados e realizados na primeira consulta passam a ser extirpados. Essa realidade frequente torna-se rotina e é encarada

naturalmente pelos profissionais, que trazem essa conduta como padrão, mesmo com a consciência de que é insegura e ineficaz, sendo então um paliativo para os pacientes.

Devido a essa realidade de sobrecarga para o enfermeiro, o qual não consegue trabalhar o planejado e sim somente o mínimo, há a perda da autonomia como profissional. Essa perda da autonomia pode acontecer devido a uma cultura equivocada em não se sentir habilitado para realizar o atendimento, acabando por delegar ou transferir uma responsabilidade que deveria assumir.

Outro problema significativo apontado pelos participantes foi a fragilidade e a ausência de capacitação aos enfermeiros sobre a realização de testes rápidos, resultando em insegurança e não execução da testagem rápida:

Não comecei a realizar ainda porque eu não me sinto segura também [...]. Não sei, até alguns profissionais chegaram a comentar “ah tem enfermeira que não sabe fazer o teste rápido” (E17).

Frente aos relatos apresentados, verificou-se que, apesar da compreensão da realização e da oferta de exame para detecção da sífilis na primeira consulta de pré-natal, foram expostas circunstâncias de perdas de oportunidades que possibilitariam o rastreamento conveniente e, assim, o tratamento precoce quando necessário.

Destaque-se a ausência de oferta de educação permanente aos profissionais referente à execução de testagem, sendo um ponto crítico, uma vez que, no decorrer das consultas, podem ser diagnosticados casos de sífilis em gestantes. Entre as medidas eficazes à prevenção da sífilis congênita, está a realização do teste rápido na consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro e terceiro trimestre) (Brasil, 2022a); se reagente, o tratamento deve ocorrer o mais precocemente possível (Figueiredo *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2017).

TRATAMENTO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DILEMAS E RESISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DA PENICILINA BENZATINA

No que diz respeito ao tratamento, foi notória a existência de entraves na aplicação da penicilina benzatina nas Unidades Básicas de Saúde, sejam elas ocasionadas pela centralidade do procedimento ao profissional médico ou por receio da ambiência frente a um evento adverso no processo de tratamento, apesar de ser a medicação de escolha para o tratamento efetivo da sífilis em gestantes:

Aí a dificuldade é a questão, se a gente não tiver médico, não é feito a benzetacil, foi implantado, mas não está sendo ainda executada nas unidades de saúde (E08).

Nem toda unidade administra a penicilina, porque se tiver alguma reação a gente não tem suporte pra isso (E15).

Eu não trato, porque o tratamento pra mim é com o médico; se tem um médico na unidade, quem vai tratar é o médico. Eu não vou passar penicilina benzatina *pra* ninguém, porque nem mesmo muitas vezes os médicos querem prescrever (E17).

A resistência relatada por parte dos participantes na administração da penicilina relaciona-se ao risco de reações adversas, embora as unidades de Atenção Primária à Saúde disponham de suporte básico de vida:

Agora administração da penicilina, ela só acontece se a gente tiver um médico na unidade *né*, a gente tem um suporte com materiais de urgência caso ocorra algum tipo de reação *né*, a gente *lá* aqui em prontidão, com a presença do médico *pra* poder fazer, por isso que a gente só administra com a presença do médico (E13).

A gente orienta a questão da penicilina *né*, a gente fala pro médico *pra tá* prescrevendo, tem um embate muito grande por conta das reações *né?* (E15).

Diversos relatos demonstraram relutâncias, desconhecimento e/ou inseguranças dos enfermeiros sobre a utilização da medicação de escolha no manejo clínico da sífilis:

No começo, a gente teve uma resistência, até mesmo nossa como enfermeiro, para a gente estar fazendo essa penicilina na unidade, confesso *pra* você que ainda não faço com muita tranquilidade, porque, mesmo sendo raríssimo acontecer um choque anafilático, a gente sabe que pode acontecer (E02).

É, eu geralmente encaminho ela *pra* o médico *né*, peço as orientações ao médico *né* com relação a medicação, porque eu, como enfermeira, prefiro me resguardar quanto a essa questão de receita de medicação (E06).

Um aspecto significativo que afeta diretamente o tratamento da sífilis gestacional é a recusa dos profissionais, ocasionando na gestante uma necessidade de percorrer unidades de saúde para que possa ter a garantia do seu tratamento, como demonstrado na fala a seguir:

Os médicos, às vezes, têm certa resistência e os enfermeiros também. A administração da penicilina, ela só acontece se a gente tiver um médico na unidade. Então, médico não quer prescrever ou até prescreve, mas não aceita administrar, então elas têm que se conduzir para uma unidade de saúde mais próxima (E13).

Entre as situações envolvidas nesse contexto, ressalta-se a ineficácia do bloqueio da transmissão sífilítica da gestante ao feto, em consequência da não adoção de práticas oportunas e adequadas para o tratamento durante a gestação, bem como ações inadequadas do manejo terapêutico das gestantes no pré-natal (Soares; Aquino, 2021).

Uma importante medida para interrupção da transmissão vertical da sífilis congênita (SC) é o tratamento, com administração de penicilina benzatina, tão logo após a identificação sífilis na gestante, na unidade de saúde em que realiza o seu pré-natal (Macedo *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2017). Para tal fim, esse tratamento é respaldado pela Portaria Ministerial nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o profissional de enfermagem um dos responsáveis pela sua execução, quando o uso é indicado (Brasil, 2011).

Porém, foram notórios o aparecimento e a repetição nas falas dos enfermeiros sobre resistência e insegurança para realização do tratamento da penicilina em suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, foi observada, em seus relatos a necessidade do respaldo médico tanto para propedêutica terapêutica como para prescrição medicamentosa. Sublinha-se que o enfermeiro é amparado pelo Conselho Federal de Enfermagem pela Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, que descreve a administração desse medicamento por profissionais de enfermagem no âmbito das UBS; a execução de sua prescrição, a depender dos protocolos; sobretudo, a realização da administração oportuna da penicilina benzatina pela enfermagem, mesmo sem presença do profissional médico na UBS (COFEN, 2017).

As possíveis reações alérgicas à penicilina são um dos principais receios à administração desse antibiótico nos serviços da Atenção Básica (Brasil, 2022b), como também são uma das causas citadas pelos enfermeiros no estudo. A ocorrência da reação anafilática à administração da penicilina benzatina é 0,002% (Penha *et al.*, 2020). Dessa forma, a probabilidade da ocorrência de reação adversa às penicilinas é bem pequena, sendo que outras medicações utilizadas nas UBS,

como anti-inflamatórios não esteroides e lidocaína, apresentam maior potencial de riscos à anafilaxia, não tendo resistência por parte dos profissionais de saúde para uso na prática clínica diária (Brasil, 2022b).

Deve-se ressaltar que os participantes relatam que o motivo de não darem continuidade ao protocolo, realizando o tratamento na UBS pela equipe de enfermagem, é o receio frente à possibilidade de reações adversas, desencadeado pelo seu despreparo para o atendimento e o manejo de emergências; como também a insegurança de a estrutura e os equipamentos da UBS não promover suporte suficiente para lidar com tais situações, referindo ainda que, para não arriscarem as intercorrências, aguardam a avaliação médica para que este se responsabilize.

A RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO POR PARTE DOS (NÃO) PARCEIROS

Ainda como condição adversa para o tratamento efetivo da gestante é o não comparecimento dos parceiros sexuais dessas mulheres, havendo desafios emergidos pela multiplicidade de parcerias, além da vulnerabilidade social e das resistências das parcerias.

É muito difícil fazer com que o parceiro [compareça à unidade de saúde], elas [gestantes] fazem o tratamento direitinho [...] Então elas, eu consigo ter o controle, mas os parceiros eu não consigo (E29).

[...] eu acho também que é em relação aos parceiros, é muito difícil porque a vulnerabilidade quanto a isso aí é muito grande, elas mudam muito de parceiros. O tratamento é meio difícil, nem sempre o parceiro é tratado, nem sempre o parceiro quer tratamento e nem sempre se identifica o parceiro (E17).

Elas prometem retornar com o marido para dar início ao tratamento e, muitas vezes, não retornam. A gente

encontra muitos casais que têm marido no presídio. Então é muito comum e a gente faz a solicitação para mandar para o presídio, para poder lá eles realizarem o exame e terem esse acompanhamento (E01).

Aponta-se a preocupação quanto ao tratamento somente nas mulheres, pois não há desfecho da cadeia de transmissão em virtude do não tratamento de seus parceiros sexuais, conseqüentemente, sendo insuficiente frente à sífilis, corroborando a recontaminação da gestante e o risco para transmissão via transplacentária.

Tenho três gestantes com sífilis tomando penicilina e eu não consegui fazer um teste rápido com os parceiros, peço só o teste rápido, nenhum deles veio. A gente orienta que caso ele não faça o tratamento ela vai se reinfectar, explico que o bebê pode nascer com a sífilis congênita, as dificuldades que ela vai enfrentar a questão da cegueira, a questão de má formação (E29).

No presente estudo, assim como observado em outros (Benzaken, 2020; Cardoso *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2021; Machado *et al.*, 2018; Soares; Aquino, 2021), o tratamento inadequado da parceria sexual da gestante é um dos principais agravantes para não interrupção da cadeia de transmissão vertical e, assim, o contínuo aumento das taxas de incidência de sífilis congênita.

Além da realização oportuna de diagnóstico e do tratamento em gestantes, é fundamental que, concomitantemente, seu parceiro seja avaliado e seja realizado esquema terapêutico de cura, para que se possam bloquear as possíveis situações de reinfecção (Brasil, 2022b; Cardoso *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2017).

Compreende-se que a ocorrência da sífilis congênita está associada para além da inadequação da terapêutica medicamentosa dos parceiros das gestantes, também a fatores como assistência pré-natal

de baixa qualidade, níveis socioeconômicos, situações culturais e entraves ao acesso aos serviços de saúde (Fernandes *et al.*, 2021). Contudo, investigou-se a associação de óbitos fetais e neonatais ao não tratamento dos parceiros sexuais das mulheres com sífilis na gestação (Cardoso *et al.*, 2018), o que revela a importância do comparecimento de sua parceria no pré-natal ou sua busca ativa para oferta de diagnóstico e tratamento oportuno.

Vale evidenciar a dificuldade da aproximação dos parceiros nos serviços de saúde, relatada tanto pelos enfermeiros como em outros estudos (Benzaken *et al.*, 2020; Cardoso *et al.*, 2018; Macedo *et al.*, 2020). A falta de adesão dos parceiros se relaciona a várias causas, como condições socioculturais e educacionais, bem como incompreensão dos impactos que a transmissão vertical pode causar à criança. Tal contexto se relaciona com a ausência de fortalecimento e de incentivo às políticas públicas voltadas à saúde do homem (Cardoso *et al.*, 2018; Vasconcelos *et al.*, 2017).

Outro fator significativo para a ineficácia do tratamento da sífilis em gestantes é a reincidência da doença devido ao não tratamento de seus parceiros. Os participantes relatam vários entraves para diagnosticar e tratar a sífilis precocemente, sendo os parceiros um deles. Estes, não sendo tratados, invalidam qualquer tentativa de tratamento realizado nas mulheres, assim a doença torna-se recorrente. Esses fatores tornam-se barreiras para o controle da sífilis na gestação. Esses dados indicam perda da oportunidade de diagnóstico e do tratamento precoce da doença durante o atendimento pré-natal (Rosa, 2018).

Esses parceiros se caracterizam por, às vezes, não ocuparem o lugar de parceria com a mulher, não demonstrando apoio quando é necessário, seja por não terem vínculo afetivo consistente, sendo comum o relato de múltiplos parceiros sexuais; seja por não aderirem ao tratamento por estarem privados de liberdade. E ainda há parceiros

que não apoiam as mulheres nesse contexto, muitos por ignorância do assunto, devido à falta de informações e de sensibilização sobre o contexto de saúde/doença, também não exercendo, em nenhuma hipótese, papel de parceiros para as mulheres, não as apoiando no processo gestacional. Esses fatores corroboram a reinfecção da gestante e também o aumento de risco para o feto, pela transmissão via transplacentária.

As falas demonstram que os principais desafios vivenciados pelos enfermeiros em executar o tratamento de sífilis na atenção básica versam sobre a resistência de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem frente ao tratamento dessas gestantes; a falta de suporte adequado nas unidades, caso haja alguma reação adversa; e a responsabilização desses profissionais, uma vez que estes estão na linha de frente para realização do tratamento, trazendo ao ambiente uma atmosfera de insegurança para a execução do cuidado.

Todas as problemáticas elencadas no estudo, como a adesão tardia ao pré-natal, a falta de adesão dos parceiros, o diagnóstico tardio, a falta de treinamento e segurança profissional, a resistência dos profissionais para realizar o tratamento e a falta de suporte adequado nas unidades básicas de saúde, influenciam diretamente o aumento do número de sífilis congênita.

CONCLUSÃO

Apesar de os enfermeiros seguirem os protocolos vigentes, surgem várias dificuldades para implantá-los, principalmente quando se trata de diagnóstico, controle e tratamento de sífilis durante o pré-natal. Os entraves mais evidenciados no estudo referem-se ao pouco tempo disponível para realizar as consultas; a falta de materiais necessários; ao início tardio do pré-natal; ao atraso para realização e recebimento dos exames laboratoriais que não chegam a tempo hábil;

a não adesão ao tratamento pelas parcerias sexuais das gestantes; a multiplicidade de companheiros; a insegurança e falta de treinamento dos profissionais; e a falta de suporte adequado nas unidades para garantir tanto a continuidade do cuidado para essas gestantes como a segurança dos profissionais.

Recomenda-se uma maior responsabilização por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, incluindo médicos e enfermeiros, para que desenvolvam a promoção de ações educativas individuais e coletivas direcionadas ao controle da doença, a busca ativa dos parceiros sexuais, além de oferecer a garantia de um adequado tratamento e acompanhamento sorológico, com intuito de reduzir os índices de sífilis congênita em seu território. A atenção primária deve funcionar, portanto, de forma efetiva como porta de entrada no sistema, pois esse acesso implica a capacidade de as pessoas obterem os serviços necessários no lugar e momento certo.

REFERÊNCIAS

BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cad Saúde Pública**. n. 36, v. 1, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº- 3.242, de 30 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Que se constitui no atual documento-referência

para a organização da dinâmica de funcionamento dos Comitês de Ética. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 211p.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 563-574, fev. 2018.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota Técnica COFEN-CTLN Nº 03-2017**.

COSTA, A. W. S.; FREITAS, A. S.; LOPES, K. F. A. L. Epidemiologia da Sífilis Gestacional no Estado do Maranhão de 2015 a 2019. **Revista Cereus**, v. 13, n. 1, p. 52-61, 2021.

FERNANDES, F. V. F. *et al.* Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 362-378, abr./jun. 2021.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na Atenção Básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. 20. ed. Petrópolis: Ed.Vozes, 2014.

GUANABARA, M. A. O. *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 121-130, 2017.

KORENROMP, E. L. *et al.* Correction: Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, v. 14, n. 7, 2019.

LI, M.; PENG, S.; LIU, L. How do team cooperative goals influence thriving at work: the mediating role of team time consensus. **Int J Environ Res Public Health**, v.19, n. 9, p. 1-12, 2022.

MACHADO, I. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?. **Saude E Pesqui.**, v.11, n. 2, p. 249-255, 2018.

MACÊDO, V. C. D. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. (Coleção Temas Sociais)

PENHA, J. S. *et al.* Reações adversas e anafiláticas após o uso de penicilina benzatina em gestantes com sífilis: revisão integrativa. **Revista Uningá**, [s.l.], v. 57, n. 2, p. 83-94, jun. 2020.

ROSA, R. F. N. *et al.* O. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Rev Enferm Ufpe On Line**, v. 14, 2020.

SILVA, A. S. *et al.* Sífilis em gestantes: investigação da fragilidade do tratamento na Estratégia Saúde da Família. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, 2017.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 85-92, 2017.

INDICAÇÃO DE PARTO CESARIANA E A RELAÇÃO COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

*Ana Karoline Marques Teixeira
Adriano da Costa Belarmino
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Larissa Alves Cunha*

RESUMO

A incidência de cesáreas vem aumentando consideravelmente no Brasil e no mundo, acompanhada da elevação de riscos materno-infantis, representando assim um problema de saúde pública. Objetivou-se, neste capítulo, analisar a taxa de cesariana com base na Classificação de Robson em um centro obstétrico. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e documental. A amostra não probabilística convencional consistiu de 237 prontuários de pacientes que foram submetidas à cesariana, com perfil da classificação de Robson, durante o período de maio a outubro de 2018. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva absoluta e frequencial, utilizando o software Microsoft Excel®, representados em tabelas e gráficos. A maior taxa de cesáreas ocorreu no mês de junho (78,83%) e a síndrome hipertensiva foi a causa obstétrica mais prevalente no período (15,27%). O grupo 2 contribuiu significativamente para a taxa de cesáreas com 27,18%, seguido do grupo 5, com percentual de 27%. Conclui-se que a utilização da Classificação de Robson representa importante ferramenta para o monitoramento de cesáreas e a identificação de grupos de mulheres prioritárias para implementação de estratégias de redução de cesarianas.

Palavras-chave: gravidez de alto risco; cesárea; classificação; saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

Parto cesariano sem indicação obstétrica é considerado atualmente um problema de saúde pública, incidindo em aumento de morbimortalidade materna, fetal e neonatal, além de elevar os custos de cuidados materno-infantis nos sistemas de saúde globais, como internações maternas e neonatais em unidades de terapia intensiva (Zúniga-Briceño, 2019).

Nos últimos anos, vem ocorrendo um aumento substancial na realização de cesarianas, sendo que, em 1990, as taxas variavam entre 16,8 e 40% e atualmente atingem valores de 70%. Um estudo conduzido em 150 países sobre cesarianas de 1990-2014 evidenciou taxas de 25% na Europa, 19,5% na Ásia, 32,6% na Oceania, 32,3% na América do Norte e 42,2% na América Latina e Caribe (Zúniga-Briceño, 2019). Na conjuntura atual, o Brasil destaca-se globalmente como o segundo país com maior número de cesarianas, apresentando índices de nascimento por parto cesariano de mais de 50% (Knobel *et al.*, 2020).

Conceitualmente, o parto cesariano se refere a um procedimento cirúrgico seguro, que deve ser realizado para resolver uma emergência obstétrica, a partir de recomendações específicas para preservar a vida da mãe e do recém-nascido. Todavia, em inúmeras situações, esse procedimento tem sido realizado sem nenhuma recomendação científica e empregado por conveniência médica ou por solicitação da gestante (Abreu; Lira Filho; Santana, 2019).

Não obstante, visando reduzir as cesarianas, é necessário entender os fatores que causam a elevação dessas taxas, com o objetivo de orientar as intervenções que podem conduzir à sua redução. Uma forma de organizar e de controlar os níveis de partos por via abdo-

minal é a utilização de uma classificação baseada em características obstétricas das pacientes, como a Classificação de Robson em Dez Grupos (Abubeker *et al.*, 2020). Este sistema de classificação é útil na comparação entre grupos de pacientes com perfis obstétricos semelhantes, auxiliando na indicação de uma via de parto adequada (Abreu; Lira Filho; Santana, 2019; Abubeker *et al.*, 2020).

Deste modo, o sistema utiliza quatro critérios, nos quais qualquer grávida pode ser classificada: antecedentes obstétricos em nulíparas ou múltiparas; com ou sem cesariana anterior; tipo da gestação (feto único cefálico ou pélvico ou transverso, gravidez múltipla); forma como se desencadeia o parto espontâneo, induzido ou cesariana eletiva; e a idade gestacional em que o parto ocorre, antes ou a partir da 37ª semana (Gislani *et al.*, 2020).

Todos esses critérios são simples e facilmente empregados por médicos ou enfermeiros, mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, clinicamente relevantes, universais e não dependem de avaliações complexas. Com base neles, foram criados dez grupos, que podem ser subdivididos, havendo inclusive sociedades médicas, como o Colégio Canadense de Obstetrícia e Ginecologia, que dividem o grupo 2 e 4 consoantes o parto tenha sido induzido ou tenha sido realizada uma cesariana eletiva (Abubeker *et al.*, 2020; Gilani *et al.*, 2020).

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o apoio no ano seguinte da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), propôs que, independentemente do seu grau de complexidade, todas as instituições em que ocorram partos devem utilizar a Classificação de Robson; e que os resultados das variáveis analisadas sejam disponibilizados ao público. Sugere ainda que todos os eventos e desfechos maternos e neonatais sejam analisados de acordo com a Classificação de Robson (OMS, 2015).

Inúmeros estudos vêm sendo realizados para avaliação de sua empregabilidade e resultados (Abreu; Lira Filho; Santana, 2019; Abubeker *et al.*, 2020; Gilani *et al.*, 2020; Knobel *et al.*, 2020; Zúniga-Briceño, 2019). Zúniga-Briceño (2019) relata, em estudo em Honduras, como a Classificação de Robson pode ser utilizada como ferramenta de diagnóstico e vigilância para cesarianas. Knobel *et al.* (2020) efetuaram estudo epidemiológico sobre taxas de cesáreas nas cinco regiões do Brasil, utilizando a Classificação de Robson, e descrevem que mais da metade dos partos no período de 2014-2016 foi por cesariana. Abubeker *et al.* (2020), em estudo transversal na Etiópia, descrevem as contribuições de cada grupo de Robson para mitigar índices de cesariana na região africana.

Diante disso, quais as contribuições da Classificação de Robson em um centro obstétrico do Nordeste do Brasil? No contexto obstétrico brasileiro atual, há necessidade de estratégias para diminuir os indicadores desfavoráveis relativos ao parto, como metodologias que sistematizem as indicações de cesariana com base em evidências científicas. Além disso, as políticas públicas de saúde materno-infantil em instituições de saúde podem empregar esses instrumentos para comparar taxas e avaliar seus índices de cesariana, visando diminuir custos para o sistema de saúde e os indicadores de morbimortalidade relacionados ao parto cesariano.

Isso exposto, o estudo teve o objetivo de analisar a taxa de cesariana com base na Classificação de Robson em um centro obstétrico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, descritivo e documental (Medronho *et al.*, 2016), realizado em 2018, no centro obstétrico de um hospital de alta complexidade localizado na região Norte do estado do Ceará,

Brasil. O município atualmente possui cerca de 201.756 habitantes e atende 1,5 milhão de habitantes dos municípios das cinco regiões de saúde que formam a macrorregião Norte do estado (IBGE, 2015).

A instituição de saúde recebe pacientes encaminhados e regulados de 55 municípios cearenses. O centro obstétrico do local possui um setor de emergência obstétrica; uma unidade clínica de internação, com 23 leitos; centro de parto normal, com cinco leitos ativos; e um centro cirúrgico obstétrico, com três salas operatórias funcionantes.

A amostra do estudo consistiu de 613 prontuários de pacientes que foram atendidas durante seis meses (período de maio a outubro de 2018). Os dados foram coletados através do instrumento (Livro de Parto) utilizado pela equipe assistencial, o qual apresenta dados como informações dos procedimentos cirúrgicos, da história obstétrica e do motivo da indicação do procedimento. Foi empregado o aplicativo Robson app® para facilitar o cálculo dos grupos da Classificação de Robson (Gilani *et al.*, 2020). A definição em dez grupos, conforme conceito de Robson, está descrito a seguir:

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON CONFORME OMS (2015)

1	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

5	Todas as múltiparas com, pelo menos, uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
6	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica
7	Todas as múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
8	Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
9	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
10	Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Fonte: OMS (2015).

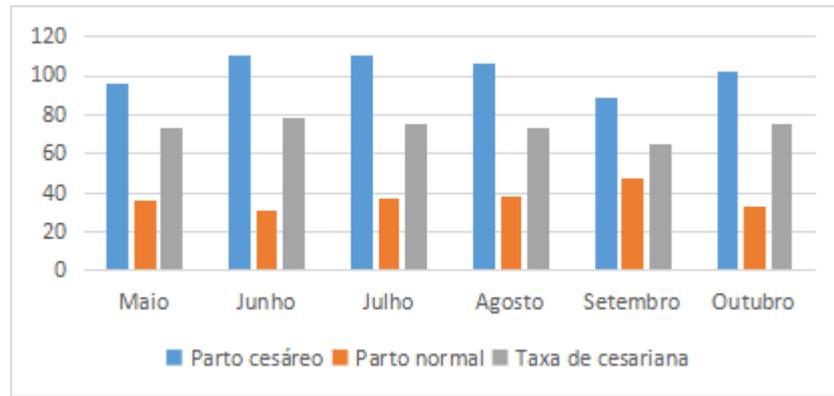
As seguintes variáveis foram analisadas: paridade (nuliparidade e multiparidade), idade gestacional (<36 semanas e >37 semanas), posição obstétrica (cefálico, pélvico e transversa), tipo de parto (parto espontâneo, prematuro, induzido e cesariano).

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, absoluta e frequencial. O software Microsoft Excel® foi utilizado para análise e construção de tabelas e gráficos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Parecer de nº 3.195.245. O estudo obedeceu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas com seres humanos no Brasil (Brasil, 2013).

RESULTADOS

Foram avaliados 613 prontuários de mulheres que foram submetidas à cesariana, sendo o total de partos e taxas de cesárea no período do estudo descrito no gráfico a seguir:

TOTAL DE PARTOS E TAXA DE CESARIANA NO PERÍODO MAIO-JUNHO 2018 - CEARÁ, BRASIL, 2019



Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme este gráfico, o parto por cesariana se encontra superior ao parto normal, com 613 gestantes submetidas ao procedimento e 222 gestantes com parto vaginal, totalizando 835 partos no período do estudo, o que aponta que o parto cesariano é mais frequente.

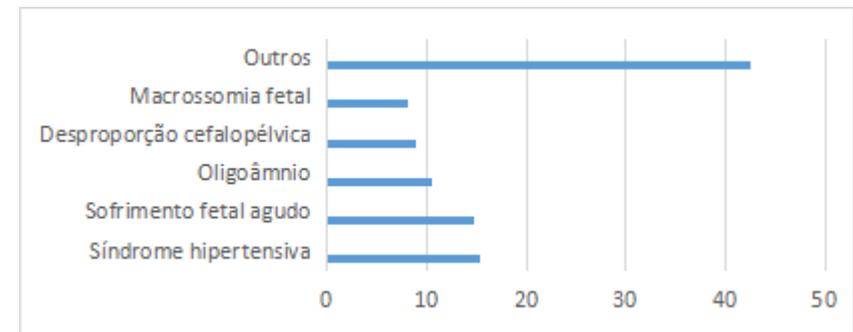
O segundo item analisado se relaciona com as taxas de cesariana durante seis meses. Acerca dos meses de junho e outubro, houve expressivo aumento de parto cesáreo, representando 78,83% das gestantes no mês de junho, 75,56% no mês de outubro, 72,73% no mês de maio e 65,44% no mês de setembro. Há uma diminuição na taxa de cesarianas nesses dois meses, que pode estar associada ao modelo de referência da unidade sede do estudo, que não é definido por livre demanda, conforme preconiza o modelo de atenção materno-infantil brasileiro, mas é encaminhado de unidades secundárias e terciárias da região de saúde.

Enfatizando que há regularidade na média de cesarianas nesses seis meses de coleta, as indicações de cesariana podem estar relacio-

nadas diretamente com a evolução do trabalho de parto ou comorbidades, que influenciaram para a indicação do procedimento cirúrgico.

Os achados deste estudo demonstram que a maior quantidade de partos por cesárea tem como razões de indicação as gestações de alto risco e o aumento de risco materno-fetal. Ademais, dados como antecedentes obstétricos influenciam a quantidade de partos e suas indicações, conforme a seguinte ilustração:

MOTIVOS DA INDICAÇÃO DE PARTO CESÁREA NO PERÍODO DE MAIO-OUTUBRO 2018 - CEARÁ, BRASIL, 2018



Fonte: Elaborado pelos autores.

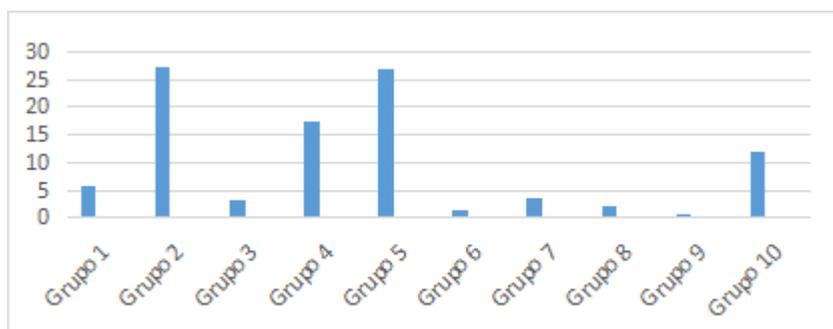
Entre os achados do estudo, destaca-se que a maioria das pacientes que tiveram oligoâmnio, com presença de perda de líquido, realizou profilaxia bacteriana para evitar infecção gestacional e neonatal; e acerca das indicações por macrossomia, a maioria estava diretamente relacionada com diabetes gestacional, assim como desproporção cefalopélvica. Esses dois motivos mostram taxas menores quando comparadas com a síndrome hipertensiva e o sofrimento fetal agudo.

Além disso, outros motivos de indicação de cesárea estão inseridos na categoria Outros, com o percentual 42,54%, que individualmente mostra-se menor em relação à síndrome hipertensiva.

Observou-se, durante o estudo, cerca de 35 motivos de indicação de cesariana, sendo que foram descritos os cinco principais acima, e os demais classificados na categoria Outros.

Em relação às indicações conforme a Classificação de Robson, o próximo gráfico possibilita perceber o percentual de pacientes em cada grupo, em que o grupo 02 e o grupo 05 estão superiores aos demais.

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NO PERÍODO
DE MAIO-OUTUBRO 2018 - CEARÁ, BRASIL, 2019



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados encontrados no grupo 1 foram de 5,92%, evidenciando que as pacientes que foram submetidas ao parto cesáreo são pacientes nulíparas, cujo feto se encontrava cefálico, em trabalho de parto espontâneo, sem meio de indução para iniciar as contrações, mas com alguma contraindicação para prosseguir o trabalho de parto normal.

Sequencialmente, o grupo 2 apresentou elevado número de mulheres indicadas (27,18%), com valor superior aos outros analisados. Consiste em pacientes nulíparas, cujo feto se encontrava cefálico, com trabalho de parto induzido para iniciar as contrações ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto. De acordo

com a coleta de dados, observou-se que as pacientes classificadas como grupo 2 apresentaram desproporção cefalopélvica ou macrosomia.

No grupo 3, o percentual apresentado foi de 3,14%, sendo o menor índice em comparação com os primeiros quatro grupos. Observa-se que são pacientes multíparas, sem cesárea anterior, com apresentação cefálica, em trabalho de parto espontâneo. De acordo com avaliação dos prontuários, essas pacientes tiveram, nas gestações anteriores, aborto, parto normal ou gestação atual e encontravam-se com alguma contraindicação para parto normal, entre as quais se destacam aquelas com diagnóstico de oligoâminio ou de síndrome hipertensiva.

O grupo 3 pode sugerir ainda baixa qualidade nas descrições contidas durante a coleta de dados. É possível que as mulheres com cesárea anterior tenham sido incorretamente classificadas neste grupo. Outras razões para tais índices maiores são solicitação materna por laqueadura tubária, quando o acesso para contracepção é baixo na comunidade.

Em relação ao grupo 4, seu percentual foi de 17,25%, sendo pacientes multíparas, sem cesárea anterior, com apresentação cefálica, em que o trabalho de parto foi induzido ou foram submetidas à cesárea antes de iniciar o trabalho de parto. Os grupos 3 e 4 são similares aos grupos 1 e 2, respectivamente, porém com mulheres multíparas. As altas taxas de cesárea no grupo 4 podem refletir desejo materno, seja por parto anterior traumático ou por solicitação de laqueadura tubária.

Os resultados avaliados do grupo 5 mostram que 27% foram pacientes multíparas, com cesárea anterior, menos de um ano do parto anterior por cesárea. O tamanho do grupo 5 é geralmente relacionado com a taxa global de cesárea.

Relativamente aos cinco demais grupos, o grupo 10 foi superior aos demais grupos nesta análise. Da mesma forma, os resultados avaliados no grupo 6 demonstraram percentual de 1,57%; e no grupo 7,

de 3,48%. As pacientes do grupo 6 são nulíparas, com apresentação pélvica; e as do grupo 7 são pacientes múltiparas, com feto único em apresentação pélvica. De acordo com Robson, os grupos 6 e 7 foram mantidos separadamente na classificação original porque há diferenças clínicas relevantes nos manejos das parturientes de ambos, baseadas na paridade.

Similarmente, o grupo 8 obteve valor de 2,26% e descreve as pacientes que foram submetidas à cesariana e com gestações múltiplas, ou seja, gestação gemelar, incluindo aquelas com cesáreas anteriores. Sucessivamente, houve um percentual de 0,35%, conforme o resultado do grupo 9, sendo observado que poucas pacientes foram submetidas à cesariana com esse resultado. Destaca-se ainda que esse grupo foi um dos menores na Classificação de Robson.

Relacionado ao grupo 10, ocorreu um percentual de 11,85%, correspondendo ao número de pacientes que foram submetidas à cesariana e está relacionado ao trabalho de parto prematuro. Conforme as definições de Robson, há um alto risco de prematuridade na população: se a taxa de cesárea do grupo for baixa, pode representar preponderância de parto prematuro espontâneo. Se for alta, a taxa de cesárea sugere predomínio de prematuridade iniciada pelo provedor.

DISCUSSÃO

As cesarianas representam intervenções preocupantes quando não indicadas através de evidências científicas, com aumento de riscos materno-fetais. Os resultados obtidos neste estudo divergem do que é sugerido pela OMS (2015), em que as taxas de cesariana avaliadas nesses seis meses atingem valores superiores a 70%.

Entre as motivações descritas na literatura para que as mulheres optem pelo parto cesariano estão ainda o desconhecimento dos benefícios do parto normal, optando-se por um parto rápido; ou até

mesmo as influências de profissionais de saúde. Sales *et al.* (2020) descrevem o predomínio do modelo tecnocrático hegemônico intervencionista no Brasil, apontado como grande motivador de condutas de profissionais, especialmente da categoria médica, relativas ao parto normal e indicações de cesariana.

Destarte, estudos corroboram essas evidências acerca da taxa de cesariana ao evidenciarem que o principal fator que influencia a escolha da cesárea é a crença de que seja indolor e segura, além de comorbidades e controle do momento do nascimento. Ademais, essa ideia persiste em decorrência da falta de orientação ou pode ser diretamente dependente da abordagem do profissional durante o cuidado pré-natal. Assim, as mulheres acreditam que, ao realizarem a cesárea, sentem menos dor e os bebês não estarão expostos a riscos, por ser mais segura e mais controlada (Harrison *et al.*, 2020; Palva *et al.*, 2019).

Acerca das indicações nos resultados, observou-se que um dos principais problemas constantemente presentes na gestação são as síndromes hipertensivas, no entanto Harrison *et al.* (2020) descrevem que não podem ser consideradas isoladamente para indicações, devendo-se ponderar riscos individuais e benefícios.

No estudo realizado, outro fator frequente para motivo de indicação de cesárea foi o sofrimento fetal agudo. Strambi *et al.* (2020) relatam, em seu estudo, maior indicação por sofrimento fetal quando comparado com outros agravos gestacionais, com valores de 22,8%. Relativamente aos resultados explorados no estudo, no tópico Outros (44,54%), estão incluídas outras patologias que influenciaram a indicação da cesariana, sendo relevante o conhecimento para avaliação das indicações.

Divergindo dos achados deste estudo em relação aos primeiros cinco grupos de Robson, Senanayake *et al.* (2019), em estudo efetuado no Sri Lanka, descrevem que a taxa de cesarianas do grupo 1 se apresentava alta, com 23,1%. Vargas, Rego e Clode (2020) relataram

achados similares em Portugal, com presença significativa de indicações no grupo 1 do estudo.

Em relação às indicações de cesárea por desejo de laqueadura tubária relatado no estudo, este último argumento seria uma das contribuintes para altas taxas de cesáreas nesse grupo no Brasil (OMS, 2015). No entanto, outros fatores são descritos na literatura em outros países (Linard *et al.*, 2019; Strambi *et al.*, 2020). Entre eles, razões socioeconômicas, barreiras na comunicação e suporte ao parto e nascimento são descritos como influenciadores nas indicações em países da África Subsaariana (Linard *et al.*, 2019). Outros argumentos são o medo dos profissionais médicos devido a processos judiciais por negligência, medo da paciente relativo à dor do parto, conveniência da mãe, por agendar o dia do parto, podendo atuar na sua programação, e a cesariana não traz complicações (Strambi *et al.*, 2020).

Decorrente dos resultados, a análise do grupo 5 evidencia que, se o tamanho deste grupo for considerado grande, significa que a taxa de cesárea foi elevada anteriormente, principalmente nos grupos 1 e 2. Nos locais com altas taxas de cesárea, o tamanho desse grupo pode ser maior que 15%, como se observa no Brasil (Knobel *et al.*, 2020).

Evidências similares foram encontradas por Tognon *et al.* (2019) na Tanzânia, com taxas de cesariana de 87% no grupo 5, em estudo retrospectivo, em que dois terços possuíam uma cesariana anterior. Pesquisa observacional conduzida no Brasil obteve resultados similares, com maioria de cesáreas indicadas conforme o grupo 5 de Robson, com incremento nos últimos anos do estudo (Rudey; Leal; Rego, 2020).

Nesta pesquisa, o grupo 8 foi considerado com baixo percentual em comparação aos demais grupos. As parturientes deste grupo são mulheres com gestações múltiplas, sendo considerado um grupo heterogêneo. Ele também pode se beneficiar de subdivisão, conforme o curso do parto, assim como o grupo 5 (OMS, 2015).

Conforme a Classificação de Robson, observa-se que as maiores contribuições foram dos grupos 2, 4, 5 e 10, respectivamente. De acordo com a OMS (2015), o grupo 5 corresponde ao grupo de parturientes a termo, fetos cefálicos, submetidas a cesariana anterior, sendo assim, com os resultados obtidos, apresenta o maior número de pacientes, convergindo com a literatura pesquisada (Linard *et al.*, 2019; OMS, 2015; Rudey; Leal; Rego, 2020; Tognon *et al.*, 2019; Vargas; Rego; Clode, 2020).

Como mecanismo para diminuir os índices de cesárea, recomenda-se que o sistema de Classificação de Robson seja aplicado por longo tempo tanto em níveis nacionais como internacionais. Conforme Begun *et al.* (2019), suas categorias são clinicamente relevantes e possibilitam comparações entre nações e políticas diferentes de gestão obstétrica, fornecendo subsídios para análise precisa das implicações da cesariana tanto em curto como em longo prazo.

Este estudo contribui para analisar dados de indicações e propor novas conjunturas organizacionais para redução de cesarianas sem indicações científicas, tendo como foco principal as nulíparas a termo, que são submetidas a cesarianas, com fetos em apresentação cefálica, após indução ou com cesárea anterior (grupos 1 e 2). Deste modo, é importante que se criem estratégias e se incentive o parto normal após cesariana, conforme critérios e evidências científicas. Observa-se que tanto o grupo 1 como o 2 têm grande possibilidade de ingressar futuramente no grupo 5.

Assim, a utilização da Classificação de Robson nos estudos se mostrou, além de prática e de fácil aplicação, útil para entender melhor suas características e particularidades. Além disso, a importância dessa Classificação no impacto da taxa de cesarianas nas instituições foi confirmada neste estudo.

Limitações ao estudo consistiram no seu desenvolvimento em uma instituição de saúde regional do Nordeste do Brasil, que recebe grande maioria de mulheres portadoras de complicações obstétricas, com particularidades locais; no entanto, representa instituições similares de outros locais do país em que os resultados podem ser generalizados.

CONCLUSÕES

A classificação de Robson demonstrou ser um instrumento que pode ser facilmente utilizado para avaliar e propor medidas para controlar e mitigar a taxa de cesáreas no Brasil, segundo maior nas indicações desse parto no mundo.

Propõe-se, portanto, a realização de maiores estudos em outras regiões do país, abordando a Classificação de Robson para auxiliar no monitoramento das cesáreas e orientar e identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para implementação de estratégias de redução de cesarianas.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. P.; LIRA FILHO, R.; SANTANA, R. L. Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e37858, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37858>

ABUBEKER, F. A.; GASHAWBEZA, B.; GEBRE, T. M.; WON-DAFRASH, M.; TEKLU, A. M.; DEGU, D. *et al.* Analysis of cesarean section rates using Robson ten group classification system in a tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional

study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 767, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03474-x>

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2013.

GILANI, S.; MAZHAR, S. B.; ZAFAR, M.; MAZHAR, T. The modified Robson criteria for Caesarean Section audit at Mother and Child Health Center Pakistan Institute of Medical Sciences Islamabad. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 70, n. 2, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5455/JPMA.293708>

HARRISON, M. S.; GARCES, A. L.; GOUDAR, S. S.; SALEEM, S.; MOORE, J. L.; ESAMAI, F. *et al.* Cesarean birth in the Global Network for Women's and Children's Health Research: trends in utilization, risk factors, and subgroups with high cesarean birth rates. **Reproduction Health**, v. 17, s. 3, n. 165, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01021-7>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da população de Sobral em 2015**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=231290&idtema=130>. Acesso em: 25 abr. 2018.

KNOBEL, R.; LOPES, T. J. P.; MENEZES, M. O.; ANDREUCCI, C. B.; GIEBUROWSKI, J. T.; TAKEMOTO, M. L. S. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. **Revista Brasileira de Ginecolo-**

gia e **Obstetrícia**, v. 42, n. 9, p. 522-528, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134>

LINARD, M.; DENEUX-THARAUX, C.; LUTON, D.; SCHMITZ, T.; MANDELBROT, L.; ESTELLAT, C. *et al.* Differential rates of cesarean delivery by maternal geographical origin: a cohort study in France. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 217, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2364-x>

MEDRONHO, E.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sessionid=82468932300BCC954E8F5BA-928899DE7?sequence=3. Acesso em: 25 abr. 2018.

PAIVA, A. C. P. C.; REIS, P. V.; PAIVA, L. C.; DIAZ, F. B. B. S.; LUIZ, F. S.; CARBOGIM, F. C. A cesárea na perspectiva da mulher: da decisão a vivência do parto. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 9, p. e3115, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3115>

RUDEY, E. L.; LEAL, M. C.; REGO, G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. **Medicine**, v. 99, n. 17, 2020.

SALES, J. L.; QUITETE, J. B.; KNUPP, V. M. A. O.; MARTINS, M. A. R. Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso. **Revista Cui-**

dado é Fundamental Online, v. 12, p. 107-113, jan./dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7092>

SENANAYAKE, H.; PICCOLI, M.; VALENTE, E. P.; BUSINELLI, C.; MOHAMED, R.; FERNANDO, R. *et al.* Implementation of the WHO manual for Robson classification: an example from Sri Lanka using a local database for developing quality improvement recommendations. **BMJ Open**, v. 9, p. e027317, 2019.

STRAMBI, N.; SORBI, F.; BARTOLINI, G. M.; FORCONI, C.; SISTI, G.; SERAVALLI, V.; DI TOMMASO, M. Non-Clinical Variables Influencing Cesarean Section Rate According to Robson Classification. **Medicine**, v. 56, n. 180, 2020.

TOGNON, F.; BORGHERO, A.; PUTOTO, G.; MAZIKU, D.; TORELLI, G. F.; AZZIMONTI G. *et al.* Analysis of caesarean section and neonatal outcome using the Robson classification in a rural district hospital in Tanzania: an observational retrospective study. **BMJ Open**, v. 9, p. e033348, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033348>

VARGAS, S.; REGO, S.; CLODE, N. Cesarean Section Rate Analysis in a Tertiary Hospital in Portugal According to Robson Ten Group Classification System. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712127>.ISSN 0100-7203

ZÚNIGA-BRICEÑO, A. I. Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, Unidad Obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 70, n. 1, p. 19-26, jan./ mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3186>

PERFIL DE INFECÇÕES DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*Auritônio de Castro Frota
Adriano da Costa Belarmino
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Luciana Maria Montenegro Santiago Souza*

RESUMO

A sepse neonatal decorrente de infecções de cateteres centrais tem significado aumento expressivo em morbidade e mortalidade de recém-nascidos, o que exige ações imediatas para seu enfrentamento. Objetiva-se descrever o perfil epidemiológico de infecções por cateteres centrais em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e documental realizado em hospital de alta complexidade do Nordeste do Brasil, em 2019. A coleta de dados foi realizada em prontuários, registro da ocorrência de enfermagem, fichas de notificações, além de planilhas de gerenciamento do serviço de 2016 a 2018. Utilizou-se amostra não probabilística convencional, totalizando 112 recém-nascidos. Após organização de banco de dados no software Excel®, realizou-se análise descritiva frequencial, representada através de gráficos e tabelas. A maioria dos neonatos era procedente da região de saúde Norte do estado (37,5%), nascidos nos hospitais de origem (48,2%) e de parto cesárea (53,5%). Prevaleceu o diagnóstico de prematuridade (67%), com baixo peso ao nascer (27,6%), idade gestacional inferior a 33 semanas (55,35%), com diagnóstico clínico de infecção (67%) e tendo como agente infeccioso o *staphylococcus epidermidis* (29,7%). Concluiu-se que recém-nascidos prematuros, de parto cesariano, com menor idade gestacional e com baixo peso constituem maior risco para infecção de cateter central, exigindo a determinação de perfis para levantamentos epidemiológicos e desenvolvimento de protocolos de combate a infecções em unidades de terapia neonatal.

Palavras-chave: infecções; cateteres venosos centrais; perfil de saúde; unidades de terapia intensiva neonatal.

INTRODUÇÃO

A sepse neonatal consiste em condição grave, que coloca em risco a vida de recém-nascidos (RN) a termo e prematuros, principalmente em países em desenvolvimento (Procianoy; Silveira, 2019). É considerada mundialmente a terceira causa de morte neonatal, responsável por três milhões de mortes por ano (Murthy *et al.*, 2019).

Diante disso, sua mortalidade é crescente. Nas regiões da África Subsaariana, Sul da Ásia e América Latina, sua prevalência é considerada alta, atingindo uma taxa de mortalidade de 9,8% no primeiro mês de vida (Alemu *et al.*, 2019). No Brasil, uma revisão sistemática conduzida por Rosado *et al.* (2018) evidenciou taxa de letalidade relativa à sepse por cateteres de acesso central de 68%.

Ademais, casos de sepse em neonatos estão correlacionados a maiores admissões em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e contribuem significativamente para a mortalidade, principalmente em recém-nascidos prematuros extremos ou de baixo peso (Cai *et al.*, 2019). Além disso, a morbidade decorrente também merece destaque. Cai *et al.* (2019) relataram, em revisão sistemática, as repercussões no neurodesenvolvimento de neonatos com sepse, como paralisia cerebral e déficits neurosensoriais.

Um dos causadores potenciais de sepse neonatal, as infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS) estão associadas principalmente a infecção em cateteres venosos centrais (CVC) (Araújo *et al.*, 2017), com incidência de 17,3/1000 CVC-dia em recém-nascidos de 1501-2500 g e de 34,9/1000 CVC-dia em neonatos com <1000 g (Rosado *et al.*, 2018).

É evidente que devem ser considerados a suscetibilidade e o comprometimento inerentes à prematuridade e outros agravos de

base para elaboração de estratégias que reduzam a mortalidade por infecções de cateteres em RN. Entretanto, os fatores como superlotação, inexperiência da equipe profissional, falta ou uso indevido de equipamentos e empregabilidade excessiva de antibióticos são relatados como relacionados ao seu aumento (Cai *et al.*, 2019). O desenvolvimento de pesquisas que possam contribuir com a qualidade nos cuidados intensivos a neonatos críticos, na efetivação de medidas de prevenção e nas políticas e diretrizes de saúde pública nacional e internacional é potencialmente relevante.

No Brasil, devido aos fatores elencados anteriormente, há necessidade de desenvolvimento de perfis epidemiológicos para subsidiar o desenvolvimento e o aprimoramento de medidas preventivas de IPCS e quadros de sepse neonatal.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico de infecções por cateteres centrais em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo transversal, descritivo, com base documental (Medronho *et al.*, 2009), foi realizado em instituição de saúde referência estadual no Ceará, estado do Nordeste do Brasil. A instituição desenvolve atividades assistenciais em saúde materno-infantil para gestações de alto risco e emergências pediátricas, localizadas na região de saúde da cidade de Sobral, uma das maiores cidades do estado. As admissões na UTIN do local ocorrem por três fluxos: entrada através da emergência pediátrica; proveniente do centro obstétrico do hospital de origem; e transferido de outros hospitais da região de saúde.

Os critérios de inclusão na amostra foram: RN internado na UTIN provenientes dos três fluxos; e RN notificado com IPCS, no período de 2016 a 2018. Neste período, foi implantado o protocolo de sepse neonatal. Os critérios de exclusão foram: crianças maiores de 29 dias que, por algum motivo, se mantiveram na UTIN; fichas de notificação para IPCS incompletas. Foram excluídos da amostra três RN que foram notificados no sistema com IPCS, mas cujas fichas de notificação não foram encontradas.

A coleta de dados foi realizada a partir de um formulário estruturado, elaborado pelo pesquisador com base na literatura científica (Lima *et al.*, 2008) e preenchido com dados dos sujeitos do estudo. Os dados foram obtidos por quatro fontes: 1) fichas de notificação de RN internados; 2) prontuários; 3) ocorrências de enfermagem; e 4) planilhas de gerenciamento de risco do serviço neonatal. O instrumento foi aplicado em todos os pacientes no período. A amostra foi do tipo não probabilística convencional de 112 RN notificados.

As variáveis pesquisadas foram: região geográfica de origem do recém-nascido; tipo de parto; diagnóstico de admissão em UTIN; peso ao nascer; idade gestacional ao nascer; boletim de APGAR; tempo de internação na UTIN; tipo de IPCS; tipo de microrganismo infectante; tipo de cateter; tempo de permanência do cateter. A análise descritiva frequencial foi utilizada, com a organização do banco de dados no software Excel® versão 2010 para Windows®, e os resultados apresentados em tabelas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com a aprovação através da CAAE nº 08286619.8.0000.5053, levando em consideração a Resolução 466/12 (Brasil, 2013), que trata das diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve o perfil de nascimento dos pacientes incluídos no estudo, relacionados à procedência, ao local de nascimento e ao tipo de parto dos participantes do estudo.

TABELA 1 - PERFIL DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTIN. CEARÁ, BRASIL, 2019

Procedência	Quantidade	%
Região de Sobral	42	37,5
Região de Tianguá	27	24,1
Região de Crateús	16	14,3
Região de Acaraú	15	13,4
Região de Camocim	12	10,7
Local do nascimento		%
Hospital sede do estudo	54	48,2
Hospital de Sobral I	30	26,8
Hospital de Sobral II	22	19,6
Ausência de dados	6	5,4
Tipo de parto		%
Cesariana	60	53,5
Vaginal	42	37,5
Ausência de dados	10	9,0
Total	112	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Mediante análise dos resultados deste estudo, foi percebido que, entre 112 recém-nascidos internados na UTIN, notificados com IPCS, de 2016 a 2018, 42 (37,5%) deles são procedentes da região de

Sobral, configurando-se como a maior parte dos pacientes que foram notificados com IPCS.

Outro fator avaliado foi o local do nascimento dos recém-nascidos, com a maior parte dos RN acometidos com IPCS proveniente do hospital de origem (48,2%). Além disso, no estudo do perfil de RN admitido na UTIN, quando analisada a procedência conjuntamente, a maioria (62,5%) é proveniente de outros hospitais e deu entrada na unidade através da emergência pediátrica do hospital sede do estudo. Com relação ao tipo de parto, percebeu-se que, entre os analisados, 53,5% foram caracterizados por cesárea, predominando esse tipo de parto.

Na Tabela 2, foram traçados o perfil clínico e os fatores de risco associados à ocorrência de IPCS dos recém-nascidos na UTIN como diagnóstico de admissão, peso de nascimento, idade gestacional, índice de APGAR, diagnóstico de admissão e tempo de permanência de internação em dias.

TABELA 2 - PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE IPCS DOS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTIN. CEARÁ, BRASIL, 2019

Diagnóstico	Quantidade	%
Prematuridade	75	67,0
Malformação congênita	14	12,5
Asfixia	12	10,7
Sepse precoce ou presumida	6	5,3
Outros	5	4,5
Peso		
<750g	4	3,6
750g a 999g	19	17,0
1000g a 1499g	31	27,7
1500g a 2499g	24	21,4
≥2500g	34	30,3

IG em semanas		
≤ 33	62	55,4
34 a 36	11	9,8
37 a 41	17	15,2
≥ 42	1	0,9
Ausência de dados	21	18,8
APGAR no quinto minuto		
≤ 7	32	28,6
> 7	37	33,0
Sem dados	43	38,4
Permanência de internação em dias		
0 a 15	81	72,3
16 a 30	19	17,0
≥ 31	12	10,7

Fonte: Elaborada pelos autores.

Entre os pacientes com IPCS, o principal diagnóstico foi a prematuridade (67%). Neste estudo, foi identificado que 69,7% eram classificados com peso abaixo de 2.500g.

Relativo à idade gestacional ao nascer, a maioria (55,4%) tinha IG menor que 33 semanas, com prematuridade extrema; e 18,8% dos pacientes que desenvolveram IPCS não tinham registro de idade gestacional.

Em relação ao boletim de APGAR, no quinto minuto, foi verificado que, entre aqueles com registro da informação, o maior número de neonatos (33%) obteve índice >7. Os pacientes com APGAR ≤ 7, no quinto minuto, correspondiam aos neonatos com idade gesta-

cional maior que 37 semanas, tendo como principal diagnóstico de entrada na UTIN a asfixia perinatal.

As variáveis relacionadas à classificação das IPCS e os germes isolados, identificados nas amostras de antibiograma, são demonstrados a seguir:

TABELA 3 - CLASSIFICAÇÃO E PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS IPCS. CEARÁ, BRASIL, 2019

IPCS	Quantidade	%
IPCS clínica	76	67,9
IPCS laboratorial	36	32,1
Total	112	100
Germes		
<i>C. albicans</i>	5	13,5
<i>C. parapsilosis</i>	2	5,4
<i>E. Coli</i>	3	8,1
<i>K. Pneumoniae</i>	4	10,8
<i>S. Aureus</i>	2	5,4
<i>S. Epidermis</i>	11	29,7
<i>S. Marcerens</i>	3	8,1
Outros	7	19
Total	37	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para a determinação diagnóstica de IPCS no RN, foram utilizados dados associados à manifestação clínica dos sinais e sintomas ou comprovação por meio de dados laboratoriais. No presente estudo, a maioria (67,9%) de RN notificados com IPCS foi considerada através de manifestações clínicas.

Quanto aos germes responsáveis pela IPCS nos RN, predominaram os casos de infecção por *Staphylococcus epidermidis*, em 11 (29,7%); seguido por *Candida albicans*, em 5 (13,5%); e *Klebsiella pneumoniae*, em 4 casos (10,8%).

Em relação aos tipos e permanência de cateter, a Tabela 4 descreve os dados identificados:

TABELA 4 - TIPOS E TEMPO DE PERMANÊNCIA DE CATETER EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTIN COM IPCS. CEARÁ, BRASIL, 2019

Tipo de cateter	Média de permanência em dias	
Cateter venoso umbilical (Cvu)	8,6	
Cateter venoso central (Cvc)	23,0	
Cateter central de inserção periférico (PICC)	23,3	
Permanência dos cateteres	Quantidade	%
<10 Dias	47	42,0
≥10 E <30 Dias	45	40,2
≥30 Dias	20	17,8
Total	112	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Sobre a média de permanência dos cateteres centrais, o PICC e o CVC apresentaram uma média de dias de permanência relativamente semelhantes. O PICC apresentou uma média de 23,3 dias; e o CVC, uma média de 23 dias. Considerando CVU, obteve-se uma média de permanência de 8,6 dias, o que pode estar associado à indicação de permanência no serviço do hospital, que era de 14 dias e passou a ser de 7 dias no decorrer do período do estudo.

No presente estudo, identificou-se uma maior quantidade de cateteres com permanência inferior a 10 dias (42%), tendo destaque

neste grupo os cateteres umbilicais, em seguida, aqueles com permanência de 10 a 29 dias (40,2%) e, por último, aqueles com 30 dias ou mais (17,8%).

DISCUSSÃO

A sepse neonatal está relacionada diretamente a local de nascimento do RN, parto cesáreo, IG menor que 33 semanas, prematuridade, peso entre 1000 e 1499 gramas, APGAR maior que 7 no quinto minuto, com permanência de internação de até 15 dias, diagnóstico clínico e com presença de germe *S. epidermidis* em exames.

Ocorreu predominância de IPCS em RN provenientes da região de Sobral, nascidos no hospital sede do estudo. Dos RN nascidos em outras regiões de saúde, destacou-se a região de Tianguá, tendo como local de nascimento o hospital regional da referida região. Tal achado pode estar diretamente relacionado à maior densidade da população, uma vez que a região de Sobral tem sua composição municipal de 629.957 habitantes, sendo a mais populosa região de saúde entre as citadas anteriormente, conforme dados da Secretaria de Saúde e Coordenadorias Regionais do Estado do Ceará, Brasil (SESA, 2018).

Além disso, é possível relacionar a proximidade dos municípios dessa região de saúde ao hospital e maior facilidade de acesso. Outro fator que poderia justificar a diferença da densidade populacional envolve o fato de que o hospital sede do estudo é instituição de saúde que possui demanda restrita para atendimentos em obstetrícia, ofertando serviços obstétricos para pacientes gestantes advindas de outros serviços de saúde previamente regulados.

A cobertura, a acessibilidade aos serviços e a densidade tecnológica de saúde da região municipal referência são fatores que corro-

boram a procura de cuidado e assistência neonatal pela população e afetam resultados neonatais. Acerca disso, Gebremedhin *et al.* (2019) efetuaram uma avaliação da estratégia de Cuidados Neonatais Comunitários no sul da Etiópia, descrevendo que havia pouca satisfação materna, pobre identificação da sepse neonatal e falta de equipamentos de saúde. Os autores concluíram que há necessidade de assegurar a disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos, como medicamentos e instrumentos para melhoria desses resultados.

Similarmente, Arnesen *et al.* (2016) pesquisaram acerca da cobertura de pacote de intervenção para melhoria de saúde materna, neonatal e infantil em 27 países da América Latina e Caribe, encontrando achados significativos na diminuição de mortalidade, com acréscimo de 337% em vidas salvas. Esses estudos corroboram achados da pesquisa, em que gestantes com maiores informações tendem a reivindicar por direitos, procurar serviços com melhor qualidade, maior capacidade e acesso para o parto e o nascimento (Garcia *et al.*, 2019).

Quanto à predominância dos partos cesarianos, os dados da pesquisa estão em conformidade com outras pesquisas no mundo com maioria de partos cesarianos. Em uma investigação conduzida por Khazawneh *et al.* (2020) na Jordânia, acerca de realização de cesariana e resultados neonatais, identificou-se que 50,5% de todos os partos foram por via cesariana, com posterior admissão de 30% dos neonatos em UTIN. Outro estudo, conduzido por Al-Matarya *et al.* (2019) na Arábia Saudita, encontrou evidências de que multiparidade e parto cesáreo estão relacionados ao aparecimento de sepse neonatal.

No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, tanto no setor público quanto no privado, a cesariana já corresponde a 52% dos partos, com valores próximos a 88% quando se consideram apenas serviços privados de saúde (Portela *et al.*, 2018), constituindo-se em fator de risco para internamento e sepse neonatal.

Sobre o diagnóstico na admissão na UTIN, a prematuridade destaca-se como principal fator de risco para internamento e desenvolvimento de infecções neonatais, evidenciado em inúmeros estudos (Gómez; González, 2018; Medeiros *et al.*, 2019; Montoya *et al.*, 2020). Em investigação efetuada por Montoya *et al.* (2020) na Colômbia, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre prematuros e sepse neonatal precoce. Outra pesquisa acerca de fatores de risco para a ocorrência de infecções em neonatos evidenciou que prematuridade é um dos principais diagnósticos de admissão em unidades hospitalares (Medeiros *et al.*, 2019).

É importante destacar que a prematuridade é um agravante do quadro clínico que prolonga o período de internamento de neonatos na UTIN (Montoya *et al.*, 2020). Evidências similares também são encontradas em estudos no Brasil. Pesquisa conduzida por Medeiros *et al.* (2019) no Paraná encontrou informações semelhantes, com mais da metade da amostra (66,3%) com diagnóstico de prematuridade.

Quando analisada a relação da IPCS associada a peso ao nascer, IG e APGAR, observou-se uma maior ocorrência desta infecção nos RN com peso inferior a 1500g, IG menor que 33 semanas e APGAR relativamente maior que 7 no quinto minuto. Estudos realizados no Brasil e no mundo encontram-se em conformidade com esses dados, evidenciando maior risco para neonatos com peso menor que 2.500 gramas, sexo masculino e idade gestacional <37 semanas (Modesto; Brito, 2019; Prado *et al.*, 2020; Sossolote *et al.*, 2017). Além disso, pré-termos têm um risco aumentado para infecção, devido à exposição contínua a procedimentos invasivos, como punções venosas e ventilação mecânica, além de serem excessivamente manipulados (Lima; Vieira; Medeiros, 2020).

Relativamente à confirmação diagnóstica da IPCS no RN da UTIN, foi realizada, na maioria dos casos, por meio das análises das

manifestações clínicas apresentadas pelo neonato em detrimento da análise laboratorial. Contrastando com esses resultados, Koc *et al.* (2019), em estudo de coorte realizado em 69 UTIN da Turquia, descreveram 21,1% da amostra com hemoculturas positivas para algum microrganismo e desenvolvimento de sepse tardia, sendo principal via diagnóstica.

Neste estudo, predominaram os germes *S. epidermidis*, *C. Albicans* e *K. pneumoniae*. Em convergência com as análises deste estudo, alguns autores descrevem que cocos Gram-positivos (*Staphylococcus* coagulase-negativa) são mais prevalentes (Brasil, 2014; Sossolote *et al.*, 2017). Com relação aos microrganismos encontrados, entre os principais achados nas hemoculturas, destacam-se os germes do segmento *Staphylococcus* coagulase-negativa (ECN), tendo como mais evidente o *Staphylococcus epidermidis*, que, nas 37 hemoculturas positivadas, apareceu em 11 das amostras.

Corroborando esses dados, o boletim epidemiológico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária descreve os *Staphylococcus* coagulase-negativa (ECN) como maior responsável pelas infecções ocorridas em UTIN do Brasil, no ano de 2017, com uma taxa de 35%; seguido de *Klebsiella pneumoniae*, com 17,5%; e *Staphylococcus aureus*, com 11,9% (Brasil, 2014). Sobre a média de 23,3 dias de permanência de cateter central de inserção periférica em dias, encontrada no estudo, é considerada uma média alta. Similarmente, Ferreira *et al.* (2020) relataram, em estudo retrospectivo conduzido em maternidade-escola do Rio de Janeiro, uma média do tempo de permanência do PICC em neonatos superior a 5 dias. A utilização dos cateteres pode estar associada ao desenvolvimento de sepse neonatal, independentemente do seu tempo de permanência, conforme reportado no estudo.

Este estudo contribui para conhecimento das características epidemiológicas dos neonatos diagnosticados com sepse por cateteres

venosos, descrevendo informações necessárias para formulação de estratégias e medidas de controle de sepse neonatal. Ademais, contribuem para aprimoramento de equipes de saúde através de formação de evidências em saúde e de desenvolvimento de programas de enfrentamento de sepse em neonatos para diminuição de morbimortalidade infantil.

Entre as limitações do estudo, destaca-se que algumas fontes dos dados não dispunham de todas as informações dos pacientes devido ao não preenchimento ou por escassez dos dados pelos hospitais que referenciam os pacientes para a unidade do estudo, limitando o acesso a essas informações.

CONCLUSÃO

O estudo demonstra que os perfis dos neonatos que desenvolvem sepse por cateteres venosos são importantes formas de conhecimento da realidade em saúde em unidades de cuidados críticos e podem contribuir para a formulação de medidas preventivas de IPCS.

Ademais, alguns elementos, como prematuridade, parto cesariano, peso ao nascer, tempo de permanência de CVC, acesso aos serviços de saúde, protocolos de segurança do paciente e qualidade do serviço, influenciam o desenvolvimento e o desfecho da sepse neonatal.

Sugere-se que o estudo seja replicado em outras instituições de saúde para formação de perfis epidemiológicos regionais, nacionais e internacionais que possam subsidiar medidas de controle e reduzir as taxas de IPCS, repercutindo na mortalidade neonatal em UTIN.

REFERÊNCIAS

ALEMU, M.; AYANA, M.; ABIY, H.; MINUYE, B.; ALEBA-CHEW, W.; ENDALAMAW, A. Determinants of neonatal sepsis among neonates in the northwest part of Ethiopia: case-control study. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 45, n. 150, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0739-2>

AL-MATARYA, A.; HEENAB, H.; ALSARHEEDB, A. S.; OUDA, W.; ALSHAHRANIA, D. A.; WANIA, T. A. *et al.* Characteristics of neonatal sepsis at a tertiary care hospital in Saudi Arabia. **Journal of Infection and Public Health**, v. 12, p. 666-672, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.03.007>

ARAÚJO, F. L.; MANZO, B. F.; COSTA, A. C. L.; CORRÊA, A. R.; MARCATTO, J. O.; SIMÃO, D. A. S. Adherence to central venous catheter insertion bundle in neonatal and pediatric units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p.e03269, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017009603269>

ARNESEN, L.; O'CONNELL, T.; BRUMANA, L.; DURÁN, P. An analysis of three levels of scaled-up coverage for 28 interventions to avert stillbirths and maternal, newborn and child mortality in 27 countries in Latin America and the Caribbean with the Lives Saved Tool (LiST). **BMC Public Health**, v. 16, n. 613, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3238-z>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecção primária da corrente sanguínea: análise do indicador nacional das unidades de terapia intensiva brasileiras no ano de 2013. **Segurança do paciente e qualidade de serviços de saúde**. Boletim Informativo, v. 4, n. 8, 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+08+de+dezembro+de+2014/1d793e0a-99f1-490c-938b-283ebbfdbae> Acesso em: 03 set. 2018.

CAI, S.; THOMPSON, D. K.; ANDERSON, P. J.; JOSEPH YUAN-MOU YANG, J. Y. M. Short-and Long-Term Neurodevelopmental Outcomes of Very Preterm Infants with Neonatal Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Children**, v. 6, n. 131, 2019. DOI: <http://doi.org/10.3390/children6120131>

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará (SESA). **Coordenadorias Regionais de Saúde**. 3 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/> Acesso em: 11 ago. 2019.

FERREIRA, C. P.; QUERIDO, D. L.; CHRISTOFFEL, M. M.; ALMEIDA, V. S.; ANDRADE, M.; LEITE, H. C. A utilização de cateteres venosos centrais de inserção periférica na Unidade Intensiva Neonatal. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 22, e.56923, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56923>

GARCIA, E. M.; MARTINELLI, K. G.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E.; ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS NETO, E. T. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019.

GEBREMEDHIN, T.; DAKA, D. W.; ALEMAYEHU, Y. K.; YITBAREK, K.; DEBIE, A. Process evaluation of the community-based newborn care program implementation in Geze Gofa district, south Ethiopia: a case study evaluation design. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 492, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2616-9>

GÓMEZ, J. A. L.; GONZÁLEZ, S. C. Asociación de factores obstétricos y neonatales con casos de sepsis neonatal temprana. Cartagena, Colombia. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, v. 17, n. 5, p. 750-763, 2018. DOI: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2401>

KHASAWNEH, W. K.; OBEIDAT, N.; YUSEF, D.; ALSULAIMAN, J. W. The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 335, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03027-2>

KOC, E.; DEMIREL, N.; BAS, A. Y.; ULUBAS, I. D.; HIRFANOGLU, I. M.; TUNC, T. *et al.* Early neonatal outcomes of very-low-birth-weight infants in Turkey: A prospective multicenter study of the Turkish Neonatal Society. **PLoS ONE**, v. 14, n. 12, p. e0226679, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226679>

LIMA, N. D. C.; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 97-106, jul./set. 2009.

LIMA, R. G.; VIEIRA, V. C.; MEDEIROS, D. S. Determinants of preterm infants' deaths at the Neonatal Intensive Care Units in the Northeast Countryside in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 535-544, abr./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200012>

MEDEIROS, K.; HERMES, T. C.; CAMPOS, C. G. P.; CABRAL, L. P. A.; BORDIN, D. Perfil, sintomas e tratamento realizado em neonatos diagnosticados com sepse. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 3, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12752>

MEDRONHO, E.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MODESTO, E. N.; BRITO, D. V. D. Infecções relacionadas à assistência à saúde em recém-nascidos de alto risco: perfil de resistência dos bacilos Gram negativos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 7, p. e517, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e517.2019>

MONTOYA, R. F.; NOGUERA, A. J.; ESTRADA, A. V.; ESTURRO, M. C. C. Sepsis de inicio precoz en el recién nacido pretérmino. **MEDISAN**, v. 24, n. 5, p. 962, 2020.

MURTHY, S.; GODINHO, M. A.; GUDDATU, V.; LEWIS, L. E. S.; NAIR, N. S. Risk factors of neonatal sepsis in India: A systematic review and metaanalysis. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, p. e0215683, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215683>

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; REIS, L. G. C.; MARTINS, M.; AVELING, E. L. Challenges to the improvement of obstetric care in maternity hospitals of a large Brazilian city: an exploratory qualitative approach on contextual issues. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 459, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2088-3>

PRADO, N. C. C.; SANTOS, R. S. C.; ALMINO, R. H. S. C.; LIMA, D. M.; OLIVEIRA, S. S.; SILVA, R. A. R. Variáveis associadas a eventos adversos em neonatos com cateter central de inserção periférica. **Enfermería Global**, v. 59, p. 58-67, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.387451>

PROCIANOY, R. S.; SILVEIRA, R. C. The challenges of neonatal sepsis management. **Jornal de Pediatria**, v. 96, s. 1, p. 80-86, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.10.004>

ROSADO, V.; CAMARGOS, P. A.; ANCHIETA, L. M.; BOUZADA, M. C.; OLIVEIRA, G. M.; CLEMENTE, W. T. *et al.* Risk factors for central venous catheter-related infections in a neonatal population- systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 94, p. 3-14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.012>

SOSSOLOTE, T. R.; COLOMBO, I. S.; CATELAN, M. W.; COLOMBO, T. E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial das in-

fecções de corrente sanguínea em neonatos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 38-43, abr./jun. 2017.

TUMUHAMYE, J.; SOMMERFELT, H.; BWANGA, F.; NDEEZI, G.; MUKUNYA, D.; NAPYO, A. *et al.* Neonatal sepsis at Mulago national referral hospital in Uganda: Etiology, antimicrobial resistance, associated factors and case fatality risk. **PLoS ONE**, v. 15, n. 8, p. e0237085, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237085>

SOFRIMENTO, MEU E TEU: A DOR DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRESENCIADA POR SEUS FILHOS

*Sofia Dionizjo Santos
Bruna Araújo de Sá
Dayze Djanira Furtado de Galiza
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

RESUMO

As situações de violência contra a mulher produzem sofrimentos que afetam a vida das mulheres em muitas dimensões, entre as quais, a relação com seus filhos.

Objetiva-se, neste capítulo, analisar as repercussões da exposição desses filhos à violência doméstica por elas vivenciadas. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, realizado em uma cidade do Semiárido da Paraíba, Brasil, no ano de

2018, com quatro mulheres que vivenciaram situação de violência doméstica, acompanhadas por um serviço especializado. A coleta das informações ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas à luz da hermenêutica-dialética.

As mulheres indicaram que os filhos presenciavam violência doméstica contra elas no cotidiano e que isso repercutia na relação entre mãe e filhos, bem como nas decisões delas frente à violência sofrida. Concluiu-se que o enfrentamento da violência contra a mulher deve considerar as consequências deste processo para os filhos, sendo necessário, portanto, articulação e capacitação da rede para que consigam prestar a assistência e o apoio necessários ao rompimento desse ciclo.

Palavras-chave: exposição à violência; relações mãe-filho; violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno antigo, multifacetado e multideterminado, com consequências nefastas para a vida em sociedade e que coloca em risco, inclusive, a sua própria vida. Como violação dos direitos humanos, muitas vezes naturalizada por normas sociais, são necessários esforços globais para reduzir sua ocorrência. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece suas consequências e reforça a importância de ações dos sistemas de saúde para combatê-la, citando como impulsionador, por exemplo, o Objetivo 5 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, referente à equidade de gênero (WHO, 2018).

Globalmente, a prevalência combinada de violência sexual por não parceiros e de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo praticada contra mulheres atinge 30% delas (WHO, 2018). O Brasil, em 2019, registrou taxa de homicídio de mulheres de 3,5, sendo 66% dessas vítimas mulheres negras (IPEA, 2021). Estudo realizado em 2021 registrou que 24,4% das mulheres entrevistadas haviam sofrido violência nos últimos 12 meses, número que subia para 35,2% na faixa etária entre 16 e 24 anos (FBSP, 2021).

Como resultado de cobranças nacionais e internacionais, o Brasil sancionou, em 2006, a Lei Maria da Penha para enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher, definida como qualquer ação ou omissão que resulte em morte ou danos físicos, sexuais, psicológicos, morais ou patrimoniais contra a mulher, praticadas em âmbito doméstico ou familiar (Brasil, 2006). Apesar de iniciativas como essa, ainda se registra que 72,8% das mulheres foram agredidas por conhecidos, sendo 48,8% em casa. Apenas 24,7% buscaram ajuda junto a órgãos oficiais, enquanto 44,9% não fizeram nada (FBSP,

2021), situação que tende a agravar-se no contexto mais recente de sucateamento e enfraquecimento de políticas públicas (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2020).

O elevado número de casos de violência doméstica contra a mulher é reconhecido como fenômeno de interesse por pesquisadores. Embora haja extensa produção científica sobre o tema, um aspecto pouco abordado nas pesquisas é a perspectiva das mulheres com relação às consequências para seus filhos provenientes das violências vivenciadas por elas. O sofrimento e o adoecimento de mulheres que sofrem violência doméstica são agravados diante de situações de violência direta e indireta contra seus filhos. Ademais, as repercussões dessas experiências continuam afetando o bem-estar dessas mulheres, mesmo após o rompimento do ciclo de violência.

Diante da relevância e urgência do tema, objetivou-se analisar repercussões para a mulher da exposição de seus filhos à violência doméstica que elas vivenciaram.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em uma cidade de médio porte, no ano de 2018. Cajazeiras tem uma população estimada, em 2021, de 62.576 habitantes e está localizada no Sertão Paraibano, extremo oeste do Estado da Paraíba, Brasil, uma região climática de aridez, com baixos índices pluviométricos. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é 0,679 e, segundo o último censo, o de 2010, 63% da população acima de 25 anos era analfabeta ou tinha Ensino Fundamental incompleto; e 43,1% da população vivia em domicílios com renda *per capita* de até

1/2 salário-mínimo, apesar de a cidade ter um PIB *per capita* de R\$ 18.176,27 (IBGE, 2022).

Frente às desigualdades e ao nível de pobreza da região, o município é referência em educação e saúde, e sua Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres recebeu o selo social “Prefeitura Parceira das Mulheres” (Prefeitura Municipal de Cajazeiras, 2020). além disso, integrado à política de atendimento às mulheres, o Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) presta assistência jurídica, psicológica e social a mulheres vítimas de violência.

A equipe desse serviço colaborou na seleção de casos, cuja inclusão foi avaliada pelos pesquisadores segundo critérios estabelecidos: mulheres atendidas pelo CRAM entre 2017 e 2018, por motivo de violência doméstica, representativas da população atendida pelo serviço. Contactaram-se, entre junho e outubro de 2018, 25 mulheres, por telefone ou pessoalmente, mas apenas 4 aceitaram participar da pesquisa. Como motivos para recusas, foram citados sofrimento psíquico, medo, insegurança, não querer verbalizar ou lembrar, e falta de apoio familiar.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro com foco em dados sociodemográficos e em informações sobre a situação de violência vivenciada, como consequências para a saúde e a vida da mulher, e formas de enfrentamento à situação. As entrevistas ocorreram em local escolhido pelas entrevistadas e foram gravadas com autorização das participantes.

A hermenêutica-dialética foi referência para análise das entrevistas, seguindo a proposta operativa de Minayo (2013) de integração compreensiva e crítica, estruturada nas etapas de: 1. Ordenação dos dados, com a transcrição das entrevistas, utilizando nomes de flores para identificação das participantes, e organização das entrevistas,

compondo o corpus a ser analisado; 2. Classificação dos dados, a partir de uma primeira leitura, horizontal e exaustiva, em que se buscou estabelecer o foco nos relatos reunidos para construção das categorias empíricas, seguido de uma segunda leitura, transversal, com recortes e identificação de temas que dialogassem com as categorias analíticas e permitissem o agrupamento lógico em categorias centrais; 3. Análise final, explicitando a lógica interna percebida nos dados, após exercício de compreensão e interpretação.

As contribuições de Gadamer e Habermas orientaram a análise com referência em: compreensão e interpretação como fenômenos, com abrangência e universalidade para uma experiência de verdade, ainda que historicizados e finitos (Gadamer, 1999); agir comunicativo como uma prática fundada na linguagem; composição de um mundo da vida, intersubjetivamente compartilhado; colonização do mundo da vida, a partir da imposição do sistema (Habermas, 2012).

A análise delineou duas categorias relacionadas ao envolvimento dos filhos com a violência sofrida pelas mulheres: filhos vivem e presenciaram o cenário de violência doméstica contra a mulher; repercussões da violência doméstica contra a mulher sobre o vínculo mãe-filhos.

O estudo atendeu preceitos éticos e legais das pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer: 2.708.238). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As participantes declararam informações consideradas relevantes para compreensão de seu perfil, sumarizadas no Quadro 1:

QUADRO 1 - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

Participante	Petúnia	Rosa Branca	Lírio	Dália
Idade	38 anos	34 anos	23 anos	37 anos
Cor/Raça	Branca	Branca	Parda	Parda
Estado civil	Separada	Separada	Separada	Separada
Número de filhos	Dois filhos	Quatro filhos	Dois filhos	Três filhos
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Superior incompleto	Ensino Fundamental incompleto
Ocupação	Faxineira	Manicure	Desempregada	Faxineira
Renda	Inferior a um salário-mínimo	Inferior a um salário-mínimo	Inferior a um salário-mínimo	Inferior a um salário-mínimo

Fonte: Elaborado pelos autores.

Todas as entrevistadas eram mães e destacaram suas dificuldades com relação à violência contra os filhos ou aos efeitos da violência sobre os filhos. Seus relatos levaram à construção de categorias relacionadas à perspectiva dessas mulheres/mães sobre o envolvimento dos filhos na sua vivência da violência, apresentadas a seguir.

FILHOS VIVEM E PRESENCIAM O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

As entrevistadas revelaram preocupações quanto aos filhos presenciarem ações violentas no âmbito familiar. Os agressores agiam diante dos filhos, sem se importarem com o que isso poderia ocasionar à criança e, em situações piores, usavam os próprios filhos para chantageá-las ou ameaçá-las.

Meu filho mais novo tem apenas oito anos e *tá* muito confuso. Ele nunca tinha presenciado nada, mas,

dessa última vez, sim. [...] Ele não só viu, como viveu também. Eu cheguei do trabalho, o menino comigo, com fome, e o pai tinha trancado todas as portas e janelas *pra* que nenhum de nós pudesse entrar. Meu filho passou um grande tempo com fome e só tinha eu para socorrer. Foi dessa vez que ele viu o jeito do pai. Ficou confuso. Ele pergunta sempre: “Por que meu pai é assim?”, “Por que levaram meu pai algemado?” (Petúnia).

Uma das mais complexas consequências da violência é o sofrimento psíquico da vítima. Esse sofrimento é agravado nas mulheres entrevistadas, que, além de lidarem com as próprias dores, afligem-se com as dores de seus filhos, nem sempre conseguindo apoiá-los:

[Psicóloga do CRAM] deu um encaminhamento *pro* psicólogo [do Centro de Atenção Psicossocial Infantil], mas ele não quer, porque ele acha que é coisa *pra* doido. E eu não quero insistir (Petúnia).

Registraram-se também relatos de violência direta contra os filhos que as próprias mães, inseridas no contexto familiar de violência, têm dificuldade de identificar:

Assim... ele era muito ignorante com as crianças... mas, bater, só bateu algumas vezes, no mais velho. O mais novinho, a gente não teve muita convivência, não, porque ele foi passar um período preso, aí não teve muito contato com meu filho mais novo. E quando saiu, pouco tempo, a gente se separou, aí... Não teve muito contato, não (Lírio).

Ao ser perguntada, durante a entrevista, se o companheiro agredia seus filhos, uma das participantes responde que não, entretanto, ao

longo da entrevista, descortinam-se outros elementos dessa relação, revelando suas contradições:

Não, ele nunca agredia os filhos, não. Pelo contrário, ele mostrava amor pelos filhos, *né* (Dália).

Eles choravam, eles gritavam, e ele fazendo [companheiro agredindo a entrevistada]. [...] Essa [indica a filha pequena], se eu tiver num canto mais ela e ele passar, assim, ela fica... fica assim, apavorada... Pelo que eu já passei na frente deles. [...] Mas ele, ele usava das crianças. Botava essa menina e o outro, que era menor também, botava no bagageiro da moto, chegava até no meu trabalho. Aí me esculhambava... “eu vou meter tiro na sua cara”, aí me encorajaram de dar parte dele, aí eu fui (Dália).

A perspectiva intergeracional da violência doméstica expressa-se, também, em relatos como o de Rosa Branca:

[...] a mais velha de todas *tá* com 18 anos, [...] ela simplesmente, ela aceita, tudo. Ela é aquela, assim... Ela é igual eu, quando eu vivia com ele, ela fica debaixo do pé dele, o que ele disser *tá* certo. Às vezes, ela quer... revogar aquilo que ele diz, mas meio que ela tem medo dele, entendeu? Então ela *tá*... *tá* no mesmo caminho que eu... Ela é mandada por ele (Rosa Branca).

REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER SOBRE O VÍNCULO MÃE-FILHOS

As mudanças e os sentimentos na relação mãe-filhos durante e após a separação em razão de exposição à violência doméstica são

confusos e angustiantes. Lírio, com transparência, verbaliza o sofrimento de culpar os próprios filhos pela separação:

Eu não soube lidar. Não soube. [...] Não, nem sabia da existência, não [do CRAM]. No começo, foi muito difícil, muito, muito, muito, muito. Eu não soube lidar, não, com a separação, não. É... muitas vezes eu *tava* culpando meus meninos ... coisa sem lógica mesmo, eu não soube lidar, não (Lírio).

A garantia de que os filhos poderiam ser adequadamente sustentados é, para Petúnia, motivo de permanência na relação, mesmo sendo esta reconhecidamente abusiva:

Eu não tinha do que reclamar. Somos de família simples, trabalhadora, mas ele se transformou. Ele chegava com a conversa que ia mudar, trabalhar, deixar de beber, sustentar os filhos. Era só promessa. [...] Mas eu tinha medo de me separar e não conseguir assumir todas as responsabilidades da casa (Petúnia).

As relações familiares no contexto após a separação, especialmente em casos em que houve denúncia da violência, também foram explicitadas por meio de referências à “alienação parental”:

Ele *tá* fazendo... é... alienação “parentesca” [sic]. Ele, tipo, joga os meninos contra mim. Aí levanta falso... Esses dias ele levantou até um falso que eu queria abortar meu segundo filho, disse ao menino isso *pra* o menino se afastar de mim, entendeu? [...] o menino ficou revoltado comigo e eu não sabia o que era, queria entender, queria entender, e ele nunca que dizia. Quando foi agora, eu soube, que ele se gabou *pra* o outro meu filho mais novo, o terceiro, que o que tinha dito a [FILHO] tinha sido que eu ia abortar [FILHO],

por isso que [FILHO] *tava* revoltado comigo, eu vim saber disso agora, meu filho *tá* em São Paulo, meu filho não fala comigo (Rosa Branca).

Se eu arrumar alguém: “Ó, a mãe de vocês *tá* botando vagabundo dentro da casa, *pra* tomar a casa”... Entendeu? Vai fazendo essa “mutilação” [sic] na cabeça... (Rosa Branca).

Não, foi o contrário. Ele me denunciou, *né*... aí eu fui até lá, aí ele chegou lá, no dia, muito agressivo, aí o pessoal do Conselho me levou lá *pro*... *pro*... *pra* outras “departições” [sic], eu não sei, eu não lembro o nome, mas aí... de lá, eu fui encaminhada *pro* CRAM (Dália).

O relato de Rosa Branca também ilustra os desafios das relações parentais no contexto de violência doméstica, quando o sofrimento e a revolta diante das ações do ex-companheiro provocam um desejo de afastá-lo dos filhos:

Eu, às vezes, nem sinto que ele é pai dos meus filhos mais. Como se não fosse. Eu já tentei, deu vontade de eu tirar o nome dele do registro dos meninos, mas não consegui. Mas aí já não tem jeito mais, não tem mais jeito, não (Rosa Branca).

Ao considerar que os filhos são fundamentais para a decisão de realizar ou não uma denúncia de violência, é preciso destacar os casos em que eles impulsionam a decisão pela denúncia. Uma das preocupações mais angustiantes de Petúnia é a segurança de sua filha, que foi também vítima de violência física. Segundo a entrevistada, o agressor responsabiliza sua filha pela decisão de separação da mãe:

Eu e minha filha fomos espancadas pelo meu marido. [...] Ainda me sinto insegura porque ele diz assim, que se pegar muitos anos de cadeia, quando ele sair vai terminar o trabalho dele comigo e com a minha

filha. Ele ficou com raiva de nós. [...] Mas ele disse que vai mandar alguém fazer o serviço por ele. Minha maior preocupação é com minha filha. Ele tem raiva da própria filha. Ele diz que nosso casamento *tá* assim por culpa dela. [...] Medo! Muito medo! Eu tinha ansiedade, mas foi diminuindo, mas ele diz que vai mandar alguém *pra* acabar comigo e com a filha. Eu tenho medo (Petúnia).

Em outros casos, fica evidenciado o apoio concreto dos filhos, o que é crucial para a sobrevivência da mulher:

Eu não estou morta hoje, graças à minha filha. Enquanto trabalhava em casa, ele vinha por trás de mim para me matar, com uma faca. Foi nesse momento que minha filha gritou e eu consegui, graças a Deus, me livrar dele. Por pouco. (Petúnia).

E começou daí, socos e pontapés, murros, e eu me livrando daquilo, e a sorte foi meus filhos, saíram de dentro do quarto e ainda conseguiram segurar ele um pouco, e eu consegui pegar... abrir o portão, sair, correr... vim atrás de polícia... de madrugada, *pra* ir na delegacia (Rosa Branca).

O auxílio também pode chegar de forma indireta, por meio de redes sociais acessadas a partir dos filhos ou associadas aos filhos:

Mulher, eu não tinha conhecimento de nada. Um dia, em uma reunião... palestra que teve no colégio que meu filho estudava. Lá eles informaram o que era, *pra* que servia, como eles faziam, e foi desse jeito que soube do CRAM (Petúnia).

Eu tenho a mãe de uma amiga minha, que é muito mais que uma mãe *pra* mim, também, que me dá apoio, me aconselha. A madrinha dos meus filhos... (Lírio).

DISCUSSÃO

A preocupação com as consequências da violência presenciada ou sofrida por parte dos filhos está presente nos relatos de todas as entrevistadas como um fator que impacta sua perspectiva sobre a violência e seu vínculo com os filhos.

As consequências da violência para as mulheres incluem vulnerabilidade a ferimentos, doenças crônicas, problemas de saúde mental e uso de substâncias psicoativas, problemas ginecológicos, gestacionais e puerperais (Miller; McCaw, 2019). Crianças e adolescentes que presenciaram suas mães sendo agredidas podem desenvolver transtornos mentais, problemas orgânicos, maior risco de ser vítima ou perpetrador de violência (Miller; McCaw, 2019), traumas, dificuldades para estabelecer um apego seguro e psicopatologias desenvolvimentais (Carlson *et al.*, 2019).

No âmbito da assistência, existem desafios na atenção à saúde mental. Além do estigma relacionado à “loucura”, o processo de cuidado em saúde mental também enfrenta o risco da medicalização. Diante da complexa demanda apresentada pelas mulheres em situação de violência, profissionais que não estejam comprometidos ou capacitados tendem a invisibilizar a situação ou recorrer à racionalidade biomédica, receitando psicofármacos e limitando o atendimento à dimensão material (Soares; Lopes, 2018).

O enfrentamento da violência depende de seu reconhecimento, tendo como um dos principais desafios a naturalização, um dos processos responsáveis pela sua invisibilidade. Mesmo quando a mulher reconhece a violência e está na rota crítica em busca de apoio para a saída dessa situação, a naturalização da violência pode distorcer a compreensão do que ocorre com seus filhos.

A naturalização da violência contra a mulher é sustentada, primordialmente, pelo patriarcado e pela reprodução de normas sociais, segundo as quais comportamentos agressivos dos homens em uma família seriam aceitáveis (Herrera Giraldo; Romero Ballén, 2014; Vargas *et al.*, 2022). Comportamentos como queimar a comida, discutir com o marido ou recusar sexo foram considerados justificativas aceitáveis para a violência doméstica por mais da metade das mulheres participantes de pesquisas na Etiópia (Guracho; Bifftu, 2018). Uma revisão que incluiu dados de 49 países de baixa e média renda encontrou resultados semelhantes, com 41% das mulheres concordando com alguma dessas justificativas (Sardinha; Catalán, 2018).

Se o mundo da vida é construído intersubjetivamente, a partir de consensos em uma comunidade que se constitui e reconhece como tal (Habermas, 2012), a colonização da vida pelo sistema é um processo violento, que substitui o jogo dialético da vontade coletiva, abrindo espaço para outras violências (Melo *et al.*, 2016). A aceitabilidade social da violência sinaliza a colonização do mundo da vida, produzindo violências estruturais que reforçam e naturalizam as interpessoais.

O aspecto perverso e naturalizado da violência, que permeia as relações e afeta todos os envolvidos, pode assumir uma perspectiva intergeracional (Scrafford *et al.*, 2022). Carlson *et al.* (2019), em artigo que integra vinhetas pessoais sobre a violência vivida/presenciada por uma das autoras, apresentam a dolorosa possibilidade de que uma filha, por exemplo, vivencie a mesma violência praticada contra a mãe. A violência doméstica contra a mulher gera círculos conflituosos que se relacionam com a violência intrafamiliar e outras, capaz de propagar, por gerações, marcas de violência e consequências que comprometem o desenvolvimento familiar como um todo.

O conjunto de normas socioculturais influencia também a tomada de decisões com relação à separação e à denúncia. O rompimento

significa uma desobediência às normas sociais e uma perda (envolvendo, portanto, o luto) do que foi idealizado ou vivido na relação, inclusive ter filhos. Vergonha e culpa estão geralmente associadas à decisão sobre denunciar ou não, assim como amor, ódio, ansiedade, compaixão (Soares; Lopes, 2018). São sentimentos ambivalentes e relações conflituosas que precisam ser abordados.

As entrevistadas admitem dificuldades para cuidar dos filhos sozinhas e preocupam-se com a saúde mental e a segurança deles. São mencionadas lacunas e a influência da vivência com um agressor para a formação dos filhos. A vitimização por violência pode relacionar-se a práticas parentais negativas (Chiesa *et al.*, 2018; Fernández-González *et al.*, 2018; Limiñana; Martínez; Pérez, 2018), o que alerta para consequências da violência para a mulher-mãe e para a valorização de aspectos positivos da maternidade (Lapierre *et al.*, 2018; Scrafford *et al.*, 2022) nesses contextos e de intervenções que as apoiem (Chiesa *et al.*, 2018; Limiñana; Martínez; Pérez, 2018). A responsabilidade pelos filhos, já socialmente atribuída à mulher, passa a ser exclusivamente dela, muitas vezes sem apoio social e institucional.

Todas as participantes declararam renda mensal inferior a um salário-mínimo e residem em um município, como contextualizado anteriormente, em que há desigualdade de renda e baixa escolaridade, sinalizando a pertinência do fator econômico na discussão sobre a violência doméstica contra a mulher.

Equidade nos direitos econômicos tem sido considerado um fator chave para o questionamento de normas sociais que sustentam justificativas para a violência, entretanto, outros elementos devem ser considerados, dada a complexidade do fenômeno. A análise da relação entre programa de transferência de renda e violência por parceiro íntimo demonstra a influência de fatores macrosociais como normas culturais de gênero (Leite *et al.*, 2022). A aceitação de justi-

ficativas para a violência contra a mulher sugere internalização de valores patriarcais nessas sociedades, sendo a violência compreendida como “disciplina”. Um dos principais fatores para a não aceitação da violência doméstica entre as mulheres parece ser o nível educacional delas (Sardinha; Catalán, 2018).

Um fenômeno citado nas entrevistas, a alienação parental, é definido pela Lei nº 12.318/2010 (Brasil, 2010) como interferência na formação psicológica das crianças, induzida ou promovida por um dos genitores, de forma a prejudicar a relação da criança com o outro genitor. Existem críticas à teoria da Síndrome de Alienação Parental, questionando a falta de estudos empíricos, tipo de tratamento proposto e preconceito de gênero imbuído na teoria (Montezuma; Pereira; Melo, 2017).

Em situações de violência por parceiro íntimo, crianças podem ser usadas para controlar ou agredir um dos genitores, com consequências para a saúde mental deste genitor (Clements *et al.*, 2022). Podem ser feitas falsas acusações contra a mãe, como tentativa de instrumentalizar dispositivos institucionais para afastá-la dos filhos (Scrafford *et al.*, 2022). Considera-se, também, que a continuidade do contato com o pai agressor pode trazer prejuízos, especialmente para meninas (Jouriles *et al.*, 2018), e que o afastamento do agressor é percebido como positivo pelos filhos (Lapierre *et al.*, 2018).

Nesse contexto, essa Lei é vista com cautela pelos profissionais, que consideram a mediação, a guarda compartilhada e o trabalho terapêutico e de orientações profissionais como meios para garantir o direito da criança, sem violência institucional (Montezuma; Pereira; Melo, 2017).

O agravamento das agressões, o risco para os filhos e a percepção de existência de uma rede de apoio, social e institucional são fatores que impulsionam a busca de ajuda (Baragatti *et al.*, 2019; Paz

et al., 2019). Alguns relatos evidenciaram os filhos como fator de proteção e elos com a rede de apoio social em que a mulher procura auxílio (Baragatti *et al.*, 2019; Lapierre *et al.*, 2018; Paz *et al.*, 2019; Scrafford *et al.*, 2022).

A estruturação de redes de apoio é fundamental para que a mulher consiga sair da relação violenta e permanecer livre. A autonomia, palavra muitas vezes enfatizada ao discutir o empoderamento necessário à mulher que rompe o ciclo de violência, não pode estar desconectada do contexto sociocultural. As escolhas das mulheres ocorrem num cenário marcado pela reprodução de papéis de gênero historicamente construídos e naturalizados, como os estereótipos sobre a maternidade (Herrera Giraldo; Romero Ballén, 2014). As políticas públicas não devem perpetuar a responsabilização exclusiva da mulher como cuidadora. Nesse sentido, a construção dialética do direito e da democracia é condição necessária para o exercício da autonomia e o enfrentamento da violência, demandando espaços dialógicos e relações pautadas na reciprocidade (Melo *et al.*, 2016).

Em acordo com o que indica a literatura sobre o tema, as intervenções tendem a ter sucesso, especialmente, se forem diversificadas e voltadas para as necessidades específicas apresentadas pelas mulheres (Sprague *et al.*, 2017; Trabold *et al.*, 2020), o que inclui cuidados com seus filhos (Anderson; Van Ee, 2018; Fernández-González *et al.*, 2018; Lapierre *et al.*, 2018). Intervenções baseadas e com a participação da comunidade (Carlson *et al.*, 2019; Limiñana; Martínez; Pérez, 2018; Ragavan *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2017), suporte de profissionais empáticos e capacitados para o trabalho intersetorial (Heraldo Giraldo; Romero Ballén, 2014; Miller; Mccaw, 2019; Soares; Lopes, 2018; Ragavan *et al.*, 2017; Lozano *et al.*, 2021), e políticas públicas que apoiem a integração em rede, com um projeto comum, e não apenas a complementaridade da articulação de uma trama (Aguiar; D’Oliveira;

Schraiber, 2020), são fundamentais para a construção dialógica de alternativas democráticas no mundo da vida.

Conhecer os dilemas, as preocupações e as angústias dessas mulheres permite concluir que não é possível a oferta de serviços, programas ou qualquer outro suporte institucional e social sem levar em consideração suas necessidades singulares, entre as quais, no caso deste estudo, a importância do cuidado aos filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos dessas mulheres, carregados de dor e culpa, retratam mães e crianças proibidas de entrar em casa, relações parentais fragilizadas, ameaças e riscos de acidentes, reações de pânico, raiva e estresse em relação ao pai agressor.

Nesse âmbito, a violência contra a mulher é um acontecimento que modifica sua vida e a dos filhos, quando estes presenciam o processo. Faz-se necessário atentar para as consequências dessa situação para os filhos, com o intuito de qualificar a rede de enfrentamento, com capacidade de fomentar segurança para a tomada de decisão da mulher na perspectiva do rompimento do ciclo de violência.

As limitações do estudo estão circunscritas ao cenário escolhido, que possui singularidades culturais e de vulnerabilidade social; e ao perfil das mulheres, visto que todas eram acompanhadas pelo serviço de referência e haviam se separado do agressor. No entanto, é essencial conhecer as vivências dessas mulheres sertanejas, que romperam relações violentas e ainda vivenciam repercussões desse processo. Suas dificuldades são similares às de muitas outras, e seus relatos enriqueceram a compreensão de um aspecto importante das situações de violência.

A formulação de políticas públicas intersetoriais e a estruturação de uma rede de enfrentamento à violência contra a mulher exigem uma compreensão abrangente do fenômeno, reconhecendo a complexidade de sua ocorrência e desdobramentos. A resposta social é necessária e urgente diante das graves repercussões em nível individual, comunitário e social, especialmente considerando condições sociais e políticas que ameaçam avanços já conquistados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190486, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190486>. Acesso em: 18 nov. 2022.

ANDERSON, K.; VAN EE, E. Mothers and Children Exposed to Intimate Partner Violence: a review of treatment interventions. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15091955>. Acesso em: 18 nov. 2022.

BARAGATTI, D.Y. *et al.* Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, e34, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.34>. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário**

Oficial da União, ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, ago. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12318.htm. Acesso em: 18 nov. 2022.

CARLSON, J. *et al.* Viewing Children's Exposure to Intimate Partner Violence Through a Developmental, Social-Ecological, and Survivor Lens: The Current State of the Field, Challenges, and Future Directions. **Violence Against Women**, v. 25, n. 1, p. 6-28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801218816187>. Acesso em: 18 nov. 2022.

CHIESA, A. E. *et al.* Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. **Child Abuse & Neglect**, v. 80, p. 285-300, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.028>. Acesso em: 18 nov. 2022.

CLEMENTS, K. A. *et al.* The Use of Children as a Tactic of Intimate Partner Violence and its Relationship to Survivors' Mental Health. **Journal of Family Violence**, v. 37, p. 1049-1055, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00330-0>. Acesso em: 18 nov. 2022.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L. *et al.* Victims of Domestic Violence in Shelters: Impacts on Women and Children. **Spanish**

Journal of Psychology, v. 21, e18, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/sjp.2018.21>. Acesso em: 18 nov. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Instituto de Pesquisas Datafolha. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 3. ed. São Paulo: FBSP; Instituto de Pesquisas Datafolha; 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2022.

GADAMER, H. G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

GURACHO, Y. D.; BIFFTU, B. B. Women's attitude and reasons toward justifying domestic violence in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **African Health Sciences**, v. 18, n. 4, p. 1255-66, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/ahs.v18i4.47>. Acesso em: 18 nov. 2022.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 736 p.

HERRERA GIRALDO, S. L.; ROMERO BALLÉN, M. N. Vivenencias e imaginarios femeninos que naturalizan la violencia intrafamiliar. **Index de Enfermería**, v. 23, n. 1-2, p. 26-30, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100006>. Acesso em: 18 nov. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **IBGE-Cidades@**: Cajazeiras-PB. Disponível em: <https://cidades>.

ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama. Acesso em: 18 nov. 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência 2021**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: IPEA; FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/212/atlas-da-violencia-2021>. Acesso em: 18 nov. 2022.

JOURILES, E. N. *et al.* Children Exposed to Intimate Partner Violence: Conduct Problems, Interventions, and Partner Contact With the Child. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 47, n. 3, p. 397-409, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1163706>. Acesso em: 18 nov. 2022.

LAPIERRE, S. *et al.* Difficult but Close Relationships: Children's Perspectives on Relationships with their Mothers in the Context of Domestic Violence. **Violence Against Women**, v. 24, n. 9, p. 1023-38, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801217731541>. Acesso em: 18 nov. 2022.

LEITE, T. H. *et al.* The Role of Income on the Relationship Between the Brazilian Cash Transfer Program (Programa Bolsa Família) and Intimate Partner Violence: Evidence from a Multigroup Path Analysis. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 7-8, p. 4006-29, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260520951313>. Acesso em: 18 nov. 2022.

LIMIÑANA, A. R.; MARTÍNEZ, R. S.; PÉREZ, M. A. Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género. **Gaceta Sanitaria**, v. 32, n. 1,

p. 35-40, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.004>. Acesso em: 18 nov. 2022.

LOZANO, V. A. *et al.* Propuestas para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud. Um análisis cualitativo. **Atención Primaria**, v. 53, 102045, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102045>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MELO, E. M. *et al.* Ação Comunicativa, Direito e Enfrentamento da Violência. **Temas em Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 9-22, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.26673/tes.v12i0.9810>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MILLER, E.; MCCAW, B. Intimate partner violence. **New England Journal of Medicine**, v. 380, n. 9, p. 850-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807166>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MONTEZUMA, M. A.; PEREIRA, R. D.; MELO, E. M. Abordagens da alienação parental: proteção e/ou violência? **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1205-24, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400018>. Acesso em: 18 nov. 2022.

PAZ, P. O. *et al.* Vulnerability of Women in Situation of Violence in Specialized Service. **Aquichan**, v. 19, n. 2, p. e1922, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.2>. Acesso em: 18 nov. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS. Prefeitura de Cajazeiras recebe prêmio pelo trabalho realizado com mulheres. Cajazeiras: Prefeitura Municipal de Cajazeiras, 2020. Disponível em: <https://cajazeiras.pb.gov.br/informa.php?id=422>. Acesso em: 18 nov. 2022.

RAGAVAN, M. *et al.* The Health of Women and Children After Surviving Intimate Partner Violence. **Violence Against Women**, v. 23, n. 10, p. 1205-27, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801216656833>. Acesso em: 18 nov. 2022.

RIBEIRO, M. R. *et al.* Effects of Socioeconomic Status and Social Support on Violence against Pregnant Women: a Structural Equation Modeling Analysis. **PLoS ONE**, v. 12, n. 1, e0170469, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170469>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SARDINHA, L. M.; CATALÁN, H. E. Attitudes towards domestic violence in 49 low- and middle-income countries: A gendered analysis of prevalence and country level correlates. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, e0206101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206101>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SCRAFFORD, K. E. *et al.* “I Did It to Save My Children”: Parenting Strengths and Fears of Women Exposed to Intimate Partner Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 9-10, p. 7775-7802, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260520969231>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SOARES, J. D.; LOPES, M. J. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na

rede intersetorial. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. 66, p. 789-800, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0835>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SPRAGUE, S. *et al.* A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 8, n. 1, 1314159, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1314159>. Acesso em: 18 nov. 2022.

TRABOLD, N. *et al.* A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 21, n. 2, p. 311-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524838018767934>. Acesso em: 18 nov. 2022.

VARGAS, A. E. *et al.* Análisis de Trayectoria de las Creencias Patriarcales y Sexistas, Actitudes Favorables a la Violencia y Violencia en el Noviazgo. **Psicología conductual**, v. 30, n. 1, p. 309-31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51668/bp.8322116s>. Acesso em: 18 nov. 2022.

WHO. World Health Organization. **Violence against women prevalence estimates, 2018**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 18 nov. 2022.

POTENCIALIDADES DO GRUPO TERAPÊUTICO COM MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

*Amanda Karoline de Oliveira Ribeiro
Jordan Prazeres Freitas da Silva
Sofia Dionízio Santos
Saivori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

RESUMO

O trabalho apresenta a sistematização de experiência de uma psicóloga residente na Atenção Primária à Saúde (APS) e sua atuação em um grupo com mulheres voltado para o cuidado da saúde mental. Objetiva-se analisar e discutir sobre a atuação da Psicologia na APS a partir da Residência Multiprofissional em Saúde, tomando o grupo terapêutico como ferramenta de cuidado em saúde mental. Utilizou-se como método a sistematização de experiências a partir dos registros das atividades realizadas, os quais foram analisados qualitativamente, com apoio da literatura, a partir da atuação profissional do psicólogo residente na APS; e em seguida, foram tomadas três dimensões do “ser mulher”, que atravessaram as falas e histórias de vida das participantes do grupo. Os resultados apontam para a potencialidade do grupo como um espaço de prevenção e promoção de saúde, possibilitando práticas de cuidado não enrijecidas e tomada de consciência dos sujeitos acerca de suas próprias questões, a partir do compartilhamento de experiências entre as mulheres e da valorização da singularidade de cada caso.

Palavras-chave: psicologia; saúde da mulher; saúde mental.

INTRODUÇÃO

A Psicologia passa a ocupar um papel fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente, após a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria GM/MS nº 154/2008. Entre avanços e retrocessos dessa política, a presença e a ocupação desse lugar pelos psicólogos também se mostram um grande desafio, pois sabe-se que a formação deste profissional pode ser, apesar dos avanços, ainda muito voltada para a clínica individual, com a reprodução hegemônica de ideologias individualistas (Melo; Galindo, 2018).

A Residência Multiprofissional em Saúde surge para o psicólogo, nesse contexto, como uma oportunidade de reinventar e aprimorar suas práticas ao atuar na APS, proporcionando um “espaço privilegiado para a efetivação de um exercício profissional baseado na responsabilidade social e [que] contribuiu no aprimoramento das habilidades de aprender e compartilhar saberes, características imprescindíveis para o trabalho em equipe, tão exigidos na área da saúde pública” (Melo; Galindo, 2018, p. 13-14).

Uma das realidades percebidas na APS é o grande número de mulheres que são atendidas nessas unidades e que buscam ali um cuidado integral, manifestando queixas relacionadas tanto à saúde física como à saúde mental. Nesse sentido, é necessário pontuar que a mulher brasileira vive em condições sociais, culturais e econômicas que são perpassadas pelas desigualdades de gênero, raça/cor, etnia e classe social, e estas podem ser determinantes na produção e/ou agravamento de sofrimento mental (Leite *et al.*, 2016).

Entre as problemáticas cotidianamente trazidas por essas mulheres, comumente se repetem sobrecarga de trabalho doméstico,

problemas com os filhos, violência dos parceiros e queixas amorosas. Os sintomas e as queixas se acumulam em expressões possíveis desse sofrimento, que clamam no corpo e em diversas sintomatologias, escapando por um lugar, quando parece não ser mais possível suportar (Rabelo; Araújo, 2014).

Partindo dessa compreensão com o enfoque no gênero, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores nos diversos atravessamentos que se interpõem para que as ações relativas à saúde da mulher estejam amparadas nas suas especificidades e necessidades. Nesse sentido, apoia-se numa abordagem biopsicossocial do sujeito (PNAISM, 2004).

Considerando essas demandas e a busca por integralidade, as atividades grupais destacam-se como uma estratégia de cuidado coletivo, que favorece a integração dos sujeitos em uma mesma comunidade e articula a assistência com base em suas necessidades de saúde específicas. Com objetivo terapêutico, de educação em saúde ou com outras características, o grupo promove a compreensão ampliada do processo de saúde-doença, voltando suas ações ao indivíduo assistido e não à doença (Braga, 2013). O grupo também é reconhecido como um recurso que auxilia os profissionais nas trocas com os usuários (Duarte; Galuschka, 2017). Portanto, essa estratégia assume um papel importante na APS e pode ser uma experiência valiosa durante a atuação do psicólogo como residente.

Assim, objetiva-se, com essa sistematização, compartilhar a experiência vivida em um grupo voltado para o cuidado da saúde mental com mulheres. Espera-se, assim, contribuir com debates e reflexões sobre a atuação da Psicologia na APS, sabendo que a Residência Multiprofissional em Saúde é um campo privilegiado para a qualificação de profissionais, a fim de que atuem de forma condizente com os

princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa atuação possibilita o desenvolvimento e o planejamento de ações a partir das reais necessidades da população e estimula o trabalho em equipe para a melhoria do cuidado na saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta sistematização visa descrever a experiência de uma psicóloga, residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), no período de 2019 a 2020, junto ao grupo de saúde mental para mulheres em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza, no Ceará.

O método de sistematização utilizado guia-se pela proposta de Holliday (2006), entendendo que esta proporciona uma interpretação crítica dos processos vividos, apoiada num exercício de ordenamento e reconstrução. Nesse sentido, a própria experiência é o objeto de estudo, integrando reflexões sobre a prática e a teoria, explicitando a lógica do processo vivido e produzindo aprendizados, compartilhamentos e transformações (Holliday, 2006).

Holliday (2006) enfatiza que o método é sugerido, pois não se trata de um receituário. Dessa forma, seu seguimento dependerá de muitos fatores que incidem na multiplicidade das experiências a serem sistematizadas. Assim, define-se como os “cinco tempos” do processo de sistematização: o ponto de partida, as perguntas iniciais, a recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e os pontos de chegada.

O ponto de partida – primeiro tempo – dessa sistematização é a chegada da Residência Multiprofissional em Saúde em uma UAPS localizada no município de Fortaleza, estado do Ceará, e sua inserção

no grupo de saúde mental com mulheres, que já existia na unidade, formado pela equipe do NASF. A participação em 15 encontros ao longo dos anos de 2019 e 2020 foi a base do registro das experiências, assim como as reuniões para elaboração e preparação dos encontros.

As perguntas iniciais – segundo tempo – desse estudo surgiram já ao final da Residência, a partir de um objetivo: como compartilhar a experiência vivida em um grupo voltado para o cuidado da saúde mental com mulheres? Surgem então questões como: quais os aprendizados, enquanto psicóloga residente, podem ser descritos nessa experiência de cuidado em um grupo de mulheres? Quais as reflexões possíveis sobre ser mulher nesse contexto? Quais as reflexões possíveis sobre a atuação do psicólogo na APS?

É a partir desse ponto que se dá a recuperação do processo vivido – terceiro tempo –, reconstruindo a história e buscando ordenar e classificar as informações. Isso foi possível retomando os diários de campo, as anotações dos processos de construção dos encontros e passando à escrita da experiência vivida, organizando os pontos a partir das questões levantadas e buscando refletir e compartilhar os aprendizados sobre essa experiência.

No quarto tempo, surge a reflexão de fundo, que consiste em analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo. Para isso, foi necessário acessar, em partes, a experiência e fazer um exercício analítico de localizar não só os ganhos, mas também as tensões e contradições que marcaram o processo. Só assim é possível ver o conjunto do processo e realizar uma síntese.

Surge, nesse momento, uma divisão da análise em dois pontos, primeiramente da dimensão da atuação profissional do psicólogo na APS e da potencialização dessa experiência a partir da residência. A seguir, são desenvolvidas três dimensões do “ser mulher”, que atravessaram os encontros a partir das falas, das histórias de vida das

participantes e das relações com os discursos hegemônicos: ser mulher dona de casa, ser mulher-mãe e ser mulher e a violência.

Já os pontos de chegada se dão nas conclusões formuladas e na própria comunicação da aprendizagem, que é o que se almeja com esse trabalho, a partir de todos os passos seguidos.

As reflexões sobre o processo vivido ensejam uma análise qualitativa que parte da prática, mas também tem sustentação na reflexão teórica. Sendo assim, a discussão sobre esses processos é guiada por referências, como Valeska Zanello (2014) e Maria Rita Kehl (2016), entre outras, que trazem atravessamentos da teoria psicanalítica e das discussões sobre gênero, feminino e saúde mental, possibilitando uma costura reflexiva acerca dos lugares e papéis historicamente atribuídos às mulheres, e que ainda hoje marcam, em suas histórias, em seus corpos e em sua fala, um lugar de subalternização e controle.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO NA APS

A formação do grupo se deu a partir da grande demanda de mulheres adultas e idosas por atendimento psicológico, algumas já faziam acompanhamento psiquiátrico e estavam em uso de medicamentos psicotrópicos; enquanto outras buscavam um acolhimento, uma escuta para seu sofrimento. Grande parte das demandas estavam relacionadas a problemas familiares, relacionamentos amorosos, lutos e perdas; assim como ao acúmulo, ao longo da vida, de sofrimentos que explodiram em algum momento e apareceram como queixas de depressão e ansiedade.

O grupo ocorria a cada 15 dias em espaços variados, como o salão da igreja, alguma sala disponível na unidade de saúde e até o

espaço entre uma sala de espera e a garagem. As participantes, que variavam entre 3 e 10 por encontro, tinham por perfil ser mulheres adultas e idosas, em sua maioria negras, donas de casa e sem outro trabalho com remuneração.

O convite para participação no grupo era feito a partir das consultas individuais das profissionais do NASF e da Residência, em que se percebia a necessidade de um cuidado e acolhimento para as questões trazidas. Em sua maioria, era a partir de atendimentos da Psicologia que se fazia esse encaminhamento, havendo a possibilidade de aquela mulher lidar com suas questões em grupo e o seu desejo em participar.

Desde a inserção das residentes no grupo, a partir do processo de territorialização, já foi possível perceber que este era conduzido de forma mais constante pelas profissionais da Psicologia e da Terapia Ocupacional. O predomínio de alguns profissionais, como nesse caso, é habitual no âmbito da APS, pois há o entendimento de que alguns grupos são daquela categoria, ou desse profissional, criando assim uma certa personalização e separação imaginária, que se perpetua em cada uma das especialidades.

O distanciamento de algumas categorias profissionais se dá principalmente pela atribuição de que um “grupo de saúde mental” seria dos profissionais da Psicologia, e que não teriam como contribuir por ser uma demanda “além” da sua área. Isso permite compreender como ainda é difícil formar uma contribuição de outras especialidades num trabalho interprofissional (Braga, 2013).

As dificuldades para implementação de uma prática profissional verdadeiramente integral e humanizada podem também ser frutos de uma fragmentação do cuidado ainda muito presente nos serviços. Sabe-se que as metodologias pedagógicas na área da saúde têm sido historicamente marcadas pela compartimentalização e pelo isolamen-

to, conduzindo à formação dos indivíduos para as especialidades, em detrimento de estratégias interdisciplinares (Braga, 2013).

Para a Psicologia, enquanto categoria, isso não se dá de forma muito diferente. Apesar do papel atuante que a Psicologia passa a ter na APS, principalmente com a criação do NASF, persiste o desafio de avançar no sentido de superação da perspectiva clínica individual.

A Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, enquanto modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, entra nesse contexto como possibilidade de remodelação de aprendizado, preparando o profissional para uma atuação em conformidade com os princípios do SUS, permitindo, com a interdisciplinaridade, uma troca constante de aprendizados e o entendimento acerca das limitações e potencialidades das categorias nela inseridas.

Nesse grupo, a troca se dava desde a escolha das temáticas, com base em sugestões que haviam sido discutidas, inicialmente, pelas profissionais, mas com abertura para adaptações e inclusão de novos temas sugeridos pelas participantes. Após a definição das temáticas, eram discutidas formas de abordar aquelas questões e, quando necessário, buscavam-se outros profissionais para promover algum momento de educação em saúde ou atividade específica com o grupo. A profissional que estivesse responsável por puxar a discussão em determinado encontro é que tomava a frente no papel de facilitadora, enquanto uma colega ficava como suporte. Essa dinâmica também promovia um aprendizado constante aos profissionais, que tinham ali uma troca de saberes e práticas.

Durante os encontros, foram discutidos vários temas, incluindo alguns que fazem parte do calendário anual da saúde e outros pedidos pelas participantes ou considerados relevantes pelas profissionais, tendo sido trabalhados de diversas formas, seja levando fotos, músicas;

explicação sobre o tema; ou propondo atividades. Ainda assim, uma parte fundamental eram os encontros livres, em que as participantes traziam queixas e relatos que queriam dividir, sendo, a partir daí, conduzidos.

AS MULHERES

A perceptível valorização da doença em grande parte das ações propostas no âmbito do sistema de saúde demonstra o longo e árduo caminho que há pela frente na tentativa de rompimento com o enfoque biologicista e medicalizador. A PNAISM (2004) é mais uma dessas tentativas, ao adotar o conceito de saúde integral e propor atender a mulher em todas as etapas da sua vida, englobando segmentos que estavam, até então, à margem de uma assistência à saúde (Santana *et al.*, 2019).

Embora a política forneça bases para a articulação entre diferentes temas da saúde da mulher, tal proposta não se efetivou plenamente, pois a principal referência das práticas em saúde voltadas às mulheres continua sendo a redução do corpo feminino a um corpo que reproduz (Medeiros; Guareschi, 2009).

No entanto, isso não impede que as mulheres continuem buscando assistência para as mais diversas dores e sofrimentos, que, em grande parte, transcendem o que pode ser visto ou palpável. Aquelas que insistem na busca por um cuidado, mesmo quando o sistema parece afunilar suas possibilidades, irrompem em tais lugares predefinidos, mas não sem dificuldade.

São costumeiramente taxadas de “poliqueixosas”, jargão médico que logo se popularizou, ao definir algo que é, na verdade, uma dificuldade do profissional em escutar aquele que se queixa “demais”, mas principalmente queixas que trazem contornos do que não é men-

surável. Rabelo e Araújo (2014) ressaltam a dubiedade presente nessa questão, pois a própria estrutura de saúde e das convenções sociais favorece essa presença fortemente feminina nas unidades básicas, já que se espera delas o cuidado direcionado a toda a família. Ainda assim, quando elas retornam sucessivamente, são recebidas de forma hostil. Justamente por essa dissimulação que se encontra entranhada dentro dos serviços, configura-se a importância do reconhecimento desses sofrimentos pelo discurso, pois isso permite que ele seja localizável, ao passo que, ao inverso, eles são tornados invisíveis, invalidados de sua verdade (Dunker, 2017).

Ao retomar os escritos e a memória acerca dessa experiência, aparecem de forma muito significativa a repetição e a fixação dessas mulheres em determinados papéis e experiências de vida, normatizados pela sociedade, e que implicam a elas grande sofrimento. Questões como cuidar da casa, a maternidade, a violência vivida em suas diversas formas nos relacionamentos atravessavam suas falas e vinham, em forma de denúncia, sobre aquilo que não podia mais permanecer calado (Zanello, 2014).

A MULHER DONA DE CASA

Nas falas das participantes do grupo, o lugar de dona de casa era sempre colocado de forma dúbia: tanto aparecia enquanto lugar de sofrimento, de abnegação, de cansaço e sobrecarga; como também manifestava lugar de realização, reconhecimento, posse e poder. Santos e Diniz (2018, p. 42) colocam esse lugar como “modelador da identidade feminina para essas mulheres”, em que vai se formando um ideal desde a infância: ter sua casa e ser responsável pela harmonia do lar, em todos os sentidos, se coloca como a concretização do ideal feminino.

A dubiedade se instaura ao não receber dos outros o reconhecimento que tanto se busca ao ocupar esse papel, assim como a falta de realização própria. A queixa de muitas participantes do grupo se dava por não terem de seus filhos e companheiros a confirmação desse lugar de poder, o reconhecimento pelo seu trabalho, gerando o choque entre fazer tudo aquilo que foi esperado que ela fizesse durante toda a vida e ainda assim não ser suficiente.

A inquietação também surge ao não ver mais sentido na repetição diária de um trabalho que parece nunca ter fim. Seus relatos dão conta de um mal-estar que se apresenta aos poucos, mas que logo vai tomando conta de seus sentimentos, ideias e até mesmo do corpo, quando aparece de forma somática. Esse mal-estar, que é rapidamente tomado nas unidades de saúde enquanto sintoma, é encaixado em determinados transtornos na busca por uma explicação e solução para as queixas, solução esta que é comumente medicamentosa. Não surpreendentemente, um estudo revela que as mulheres compõem o maior grupo que faz uso de psicotrópicos para tratamento de ansiedade e depressão (Lima *et al.*, 2008).

A cronificação das queixas de ansiedade, baixa autoestima e autoconfiança, entorpecimento emocional, depressão, queixas somáticas, baixa concentração, pouca atenção, apatia, entre outros, é colocada em suas falas enquanto sofrimentos aos quais elas se acostumaram. A busca por profissionais para relatar seu sofrimento já se dá diante de quadros depressivos ou crises de ansiedade, quando já não conseguem mais realizar suas tarefas como antes. A apatia diante do dia a dia e das tarefas a serem realizadas aparecia com estranheza em suas falas, pois não sabiam identificar o que tinha acontecido e não havia relação entre esses sintomas e o que falavam de suas histórias de vida. Não havia até então a possibilidade de olhar para si e perceber a necessidade desse cuidado (Santos; Diniz, 2018).

A posição de subordinação aparece de forma mais latente naquelas que não possuem nenhuma fonte de renda fixa e são de classe socioeconômica baixa. Essas mulheres manifestam o desejo de ocupar um espaço no mercado de trabalho remunerado como uma forma de obter o reconhecimento, de contribuir para o sustento da casa e ter seu próprio dinheiro. No entanto, sabe-se que a mão de obra feminina não especializada é comumente incorporada no mundo do trabalho pela exploração, levando-as a ocupar duplas ou triplas jornadas de trabalho, e assim a desigualdade nas relações de poder permanece (Schmidt, 2012).

A MULHER MÃE

A maternidade foi outro significante quase onipresente nos encontros, tendo sido tocado a partir de temáticas trabalhadas ou por meio de relatos espontâneos. Ao mesmo tempo em que este tema é tão caro à saúde e é focado com tanta intensidade na APS, há uma discrepância evidente entre a visão romantizada da maternidade, desde a concepção, até o desenvolvimento dessa mulher enquanto mãe ao longo da vida.

A enorme atenção dada ao ciclo gravídico-puerperal, que ainda assim é conduzida de forma deficitária em determinados contextos, parece não acompanhar esse sujeito que continuará sendo mãe e com mais atravessamentos ainda no caminhar da vida. A nítida desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher desconsidera problemáticas presentes nesse público desde a adolescência até a terceira idade, o que torna compreensível a intensa desarticulação do processo de construção do cuidado (Garcia; Gonçalves; Brigagão, 2013).

Segundo Kehl (2016), essa “vocação natural” da mulher tão reforçada com o pensamento europeu dos séculos XVIII e XIX vem

como reação às desordens sociais que abalaram aquelas estruturas. Essas concepções, apesar de muito rebatidas com o avançar do século XX e das construções de pensamentos feministas, estão ainda muito presentes nos discursos do dia a dia. Ainda se presentifica o ideal da feminilidade como “[...] um pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico –, a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade” (Kehl, 2016, p. 40).

Esse discurso é comumente reproduzido não só pelas participantes do grupo, mas também por profissionais da saúde, que encontram nas queixas proferidas por essas mulheres um mal-estar próprio, principalmente se essas queixas vão ao encontro da quebra desses ideais. O mito do amor materno é constantemente reforçado nas suas falas, que chegam a colocar os filhos como significado de sua própria existência, e que as fazem suportar qualquer coisa.

Mas essas falas também trazem uma enorme carga de angústia, pois, ainda que inseridas nesse discurso, elas falam de uma maternidade não vivenciada nesses moldes. As mulheres traziam, em seus relatos, os problemas que tinham de enfrentar com seus filhos, muitas vezes já adultos, e a grande quebra das fantasias que haviam construído sobre a vida desses filhos, vendo-se, portanto, ainda presas à angústia de lidar com as (más) escolhas de sua prole.

Os questionamentos a respeito desse lugar da maternidade e das dificuldades que enfrentavam sempre vinham prontamente acompanhados de colocações que reforçavam o quanto seus filhos eram importantes para elas, pois, apesar daquelas lamentações, não poderiam imaginar viver sem eles. A censura levantada aí pela consciência fazia com que tais discussões fossem até difíceis de caminhar. Era difícil, para algumas, perceber a autonomia desses sujeitos, muitos já adultos, em fazer suas escolhas, boas ou ruins.

Apesar de muito comum, essa fala não era homogênea. Também havia, no grupo, aquelas que conseguiam fazer uma separação entre o que eram enquanto mãe e mulher, e até mesmo falavam sobre o ressentimento que experimentaram ao abrir mão de planos e sonhos para cuidar dos filhos, mencionando inclusive aqueles que vieram como “acidente”, retratando a maternidade muito mais como algo com que tiveram de se adaptar do que necessariamente um “sonho”.

Entre esses depoimentos, havia aqueles que traziam as lembranças da chegada do filho e, com isso, uma surpreendente tristeza que não lhes permitia segurar ou cuidar do próprio filho. Com esses relatos, também se abria espaço para elaborar uma série de questões que envolviam essa gravidez, como as tão comuns brigas com os companheiros, o abandono, as mudanças no corpo, entre outras.

Essas colocações revelam, para além das questões moralistas, uma importante posição subjetiva dos sujeitos, que não se permitem apenas reproduzir um discurso e renunciar à fala que quebre esse plano das identificações. Nesses discursos, percebemos a maternidade em um lugar de ambivalência, há aí a possibilidade de analisar tal experiência pela ambiguidade que ela comporta. Como nos é lembrado na psicanálise, as relações de amor e ódio caminham juntas, o objeto de desejo é também um objeto que representa a falta. A fuga constante que muitos sujeitos fazem, negando aquilo que cultural e conscientemente é difícil de ser aceito, é o que faz com que isso retorne muitas vezes como sintoma (Kehl, 2016).

A MULHER E A VIOLÊNCIA

A violência contra a mulher é outra temática que foi abordada por conta de campanhas, mas também aparecia nas falas das usuárias

em relatos de suas vidas. Em suas histórias, muitos significantes se repetem: o casamento ainda muito jovem, a esperança projetada no companheiro de construção de uma vida melhor do que a que tinha com a família, a gravidez na juventude, as sequências de desilusões no relacionamento, traições, alcoolismo do companheiro, violência psicológica, verbal e até física perpetradas por este, dependência financeira, permanência no relacionamento pelo bem dos filhos, dupla ou tripla jornada de trabalho, abandono de sonhos e também adoecimento.

A violência contra a mulher é vista como um fator de risco para a saúde e é definida pela Organização Mundial de Saúde (2021) como qualquer ato de violência, com base no gênero, que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher. Nos relatos das mulheres que participaram do grupo, a violência, perpetrada em sua maioria pelos companheiros, nem sempre chegava à agressão física, o que tem um impacto significativo na percepção dessas mulheres acerca do que viveram.

Era perceptível, nas falas daquelas que não haviam sofrido violência física, um certo desconhecimento sobre o que lhes tinha acontecido. Sabe-se que a Lei nº 11.340/2006 prescreve, além da violência física, a violência psicológica, a violência sexual, a violência patrimonial e a violência moral (Brasil, 2006), no entanto, esse conhecimento nem sempre se traduz de forma tão simples para as mulheres, sujeitos desses direitos.

Nesse escopo, suas falas traziam o rancor, mas também uma certa tentativa de naturalização de situações em que foram vítimas dessas violências, pois, de certa forma, só aquelas que falavam abertamente do que sofreram fisicamente pareciam entender aquilo como violência. Havia, em muitas falas, o abandono, as traições e as brigas resultantes dessas situações, juntamente a outras cotidianas, motivando tais violências, assim como o ciúme.

Essa naturalização do sofrimento acontece das mais variadas formas, mas em todas elas o denominador comum é a culpabilização da vítima tanto por parte dos outros como dela mesma. As falas das participantes carregam um tom de culpabilização da sua própria “fraqueza”, seja por não “aguentarem” como deveriam, seja pelos sintomas que passaram a sentir, seja pelo medo de enfrentar ou ir embora. A naturalização do sofrimento promove assim um dispositivo social em que a mulher deve acostumar-se aos mais diversos tipos de sofrimento; quando ela não suportar e passar a apresentar sintomas, é sinal de um desajuste seu (Andrade, 2014).

É necessário entender a responsabilidade de cada sujeito por seus desejos e suas escolhas. Ao compartilhar essas falas, elas encontravam não só apoio, mas também entendimento de outras que já haviam se visto em situações semelhantes. Não haver julgamento se suas decisões eram boas ou ruins era de suma importância para que essa elaboração fosse feita por elas mesmas, não pela questão moral, mas pelo que cada uma podia fazer com sua história, a passada e a que ainda estava por vir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da experiência relatada, busca-se apontar a possibilidade de uma atuação em grupo na saúde que promova um cuidado enraizado na realidade comunitária, atravessada pelos seus mais diversos determinantes, tomando nessa construção de laços a mais radical singularidade dos sujeitos. Com a constituição da confiança e de laços, o espaço de fala permite a construção de novos sentidos, suas histórias passam a ser visíveis, permitindo uma localização e responsabilização para o próprio sujeito, o que muitas vezes leva a tomada de ações.

Suas falas não são mais invalidadas por um suposto conhecimento superior, que até então busca saber mais do que a própria narradora sobre o que ela sente. Essa quebra é, sem dúvidas, um desafio para o profissional, sair desse lugar de saber não é algo com o qual se está acostumado, a formação, muitas vezes, o acomoda nessa pretensa acumulação de saber. Mas aí se encontra a beleza dessa outra possibilidade de intervenção e de estar num processo de formação que permite trazer novos olhares a partir do outro, seja pelo trabalho com outras categorias ou pelo que se aprende com o próprio paciente.

É promovendo esses espaços e trazendo a possibilidade de emergir questionamentos acerca de demandas até então não ouvidas, colocadas como intocáveis ou ainda não relevantes, que se pode promover saúde e cuidado em consonância com um paradigma biopsicossocial, reafirmando aí a potencialidade do SUS e, especialmente, da Saúde da Família e da equipe NASF como espaço de atuação interprofissional e campo formativo do psicólogo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. *In*: ZANELLO, V. ANDRADE, A. P. M. (Orgs). **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77.

BRAGA, E. P. P. C. **A Importância Dos Grupos De Educação Em Saúde Na Atenção Básica/Estratégia Saúde Da Família**. 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.>

medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4226.pdf. Acesso em: 03 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília.

DUARTE, M. L. C.; GALUSCHKA, T. A. K. (2017). Grupo de saúde mental: um relato de experiência na extensão universitária. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 17, n. 33, p. 58-65. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.33.58-65>. Acesso em: 07 jul. 2021.

DUNKER, C. I. L. **Reinvenção da intimidade: políticas do sofrimento cotidiano**. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

GARCIA, N. K; GONÇALVES, R.; BRIGAGÃO, J. I. M. Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 15, n. 3, p. 713-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18529>. Acesso em: 15 jul. 2021.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

LEITE, F. M. C.; SILVA, A. C. A.; BRAVIM, L. R.; TAVARES, F. L.; PRIMO, C. C.; LIMA, E. F. A. Mulheres vítimas de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 4854-4861, 2016. Disponível em: [10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201618](https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201618). Acesso em: 03 jul. 2021.

LIMA, M.; MENEZES, P.; CARANDINA, L.; CESAR, C.; BARROS, M.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000034>. Acesso em: 05 jul. 2021.

KEHL, M. R. **Deslocamentos do feminina**: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. São Paulo: Boitempo, 2016.

MELO, M. I. S.; GALINDO, W. C. M. O trabalho como residente de psicologia em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 4, p. 1-16, 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/3147. Acesso em: 10 jul. 2021.

RABELO, I. V. M.; ARAÚJO, M. F. “Essa mulher não sai daqui da unidade”: Práticas de descuidado e invisibilizações na estratégia saúde da família. *In*: ZANELLO, V. ANDRADE, A. P. M. (Orgs.). **Saúde mental e gênero**: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014. p.129-145.

RAMADA, K. R. B.; BARBOSA, A. F.; SIQUEIRA, B. T.; TEIXEIRA, D. S.; ESTEVES, M. C. P.; ALMEIDA, N. D.; MELLO, R. Saúde Mental na Atenção à Mulher. **Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, 2. ed. supl., p. 616-619, 2010.

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A02>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SCHMIDT, N. T. A dupla jornada de trabalho: reflexão sobre o vínculo da mulher com o trabalho doméstico em contexto de ensino e aprendizagem de sociologia para o nível médio. **Revista eletrônica Ensino de Sociologia em Debate**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20SCHMIDT%20N.%20T.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women prevalence estimates, 2018**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 02 maio 2023.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada na epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: ZANELLO, V. ANDRADE, A. P. M. (Orgs.). **Saúde mental e gênero**: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

Sofia Dionizio Santos

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

Fernanda Maria Carvalho Fontenele

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Membro do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

Luciana Camila dos Santos Brandão

Socióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Membro do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

SOBRE OS AUTORES

Adriano da Costa Belarmino

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Alisson Salatiek Ferreira de Freitas

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Amanda Karoline de Oliveira Ribeiro

Psicóloga. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ana Karoline Marques Teixeira

Enfermeira pelo Centro Universitária INTA (UNINTA).

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

Auritônio de Castro Frota

Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Bruna Araújo de Sá

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela UECE. Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Elisete Ferreira de Oliveira Alves

Enfermeira pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF).

Isadora Araújo Rodrigues

Enfermeira pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

Jordan Prazeres Freitas da Silva

Psicólogo. Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Katherine Jeronimo Lima

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Larissa Alves Cunha

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Luciana Maria Montenegro Santiago Souza

Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

Sofia Dionizio Santos

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do grupo de pesquisa Redes Integradas de Saúde (REDIS).

FORMATO 15x21 cm

TIPOLOGIA *Montserrat / Garamond*

Nº DE PÁG. 119

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCC

