

Compreensão de profissionais sobre o processo de alta hospitalar de crianças dependentes de tecnologias

Understanding of professionals about the process of hospital discharge of children dependent on technologies

Comprensión de los profesionales sobre el proceso de alta hospitalaria de niños dependientes de tecnologías

Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro¹ ; Yasmin Torres da Rocha¹ ; Mayse Gabrielle de Lima Barbosa¹ ;
William Caracas Moreira¹ ; Erika Acioli Gomes Pimenta¹ ; Kenya de Lima Silva¹ 

¹Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil

RESUMO

Objetivo: compreender o processo de alta hospitalar de crianças dependentes de tecnologias por profissionais de unidades pediátricas e neonatais. **Método:** estudo descritivo com os profissionais da assistência à criança dependente de tecnologias de um Hospital Universitário entre julho e setembro de 2020. Os dados foram obtidos foram exportados para o *software Iramuteq* e interpretados à luz da teoria de análise de conteúdo. O estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** a nuvem de palavras contextualizou e forneceu subsídios para a identificação de duas categorias: Compreensão da necessidade de trabalho em equipe para planejamento de alta hospitalar e percepção da necessidade de implementação de ferramentas como protocolos e fluxos para o direcionamento do preparo para alta e continuidade do cuidado. **Conclusão:** os profissionais referem que a alta hospitalar é realizada conforme a rotina assistencial e ainda segue um modelo medicalocêntrico.

Descritores: Criança Hospitalizada; Alta Hospitalar; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem; Dependência de Tecnologia.

ABSTRACT

Objective: to understand the process of hospital discharge of technology-dependent children by professionals from pediatric and neonatal units. **Method:** descriptive study with technology-dependent child care professionals at a University Hospital between July and September 2020. The data obtained was exported to the *Iramuteq* software and interpreted in light of content analysis theory. The study is approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the word cloud contextualized and provided support for the identification of two categories: Understanding the need for teamwork to plan hospital discharge and perception of the need to implement tools such as protocols and flows to guide preparation for discharge and continuity of care. **Conclusion:** professionals report that hospital discharge is carried out according to the care routine and still follows a medical-centric model.

Descriptors: Child, Hospitalized; Patient Discharge; Patient Care Team; Nursing; Technology Addiction.

RESUMEN

Objetivo: comprender el proceso de alta hospitalaria de niños dependientes de tecnología por parte de profesionales de unidades de pediatría y neonatología. **Método:** estudio descriptivo con los profesionales de cuidado al niño que depende de tecnologías en un Hospital Universitario, entre julio y septiembre de 2020. Los datos obtenidos se exportaron al *software Iramuteq* y se interpretaron a la luz de la teoría del análisis de contenido. El estudio es aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** la nube de palabras contextualizó y trajo subsidios para la identificación de dos categorías: comprensión de la necesidad de trabajo en equipo para planificar el alta hospitalaria y percepción de la necesidad de implementar herramientas como protocolos y flujos para orientar la preparación para el alta y la continuidad de la atención. **Conclusión:** los profesionales refieren que el alta hospitalaria se realiza según la rutina asistencial y sigue un modelo médico centrado.

Descriptorios: Niño Hospitalizado; Alta del Paciente; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería; Adicción a la Tecnología.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde buscam garantir direitos básicos à população considerando a diversidade e a complexidade dos cuidados necessários para a manutenção e qualidade de vida¹. Nesse cenário, busca-se assegurar os direitos de crianças e adolescentes às ações voltadas para a promoção, prevenção e restabelecimento da saúde², dentre elas, as crianças dependentes de tecnologias (CDT), isto é, aquelas que apresentam uma condição complexa de saúde em razão da dependência de uma tecnologia assistencial indispensável para a manutenção da vida³.

A dependência de tecnologias para a manutenção da vida ocasiona alterações no cotidiano de saúde e na vida social da criança as quais possuem demandas de assistência complexas, contínuas, transitórias ou permanentes⁴. A necessidade de cuidados complexos requer, por muitas vezes, longos períodos de hospitalização causando ansiedade e medo no binômio CDT-família⁵.

O presente estudo foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Brasil) – concessão de bolsas de Iniciação Científica. Autora correspondente: Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro. Email: andrezzaalvesdelmiro@hotmail.com
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editor Associado: Felipe Kaeser dos Santos

Para tanto, cabe aos profissionais da saúde compreenderem as fragilidades do binômio CDT- família e atuar com a finalidade de colaborar efetivamente para a recuperação, e assim, tornar possível o retorno ao domicílio o mais precoce possível de forma segura e realizando os cuidados efetivamente buscando evitar um novo período de internação⁶.

O processo de alta hospitalar configura-se como um período fundamental durante a hospitalização, pois é mediante as orientações realizadas pelos profissionais da clínica que o binômio CDT-família adquire os conhecimentos e a autonomia necessária para o cuidado domiciliar. Logo, a equipe multiprofissional torna-se fundamental na alta hospitalar de CDTs^{7,8}.

Nesse contexto, as orientações, realizadas pela equipe multiprofissional, necessitam de alinhamento teórico, sendo indispensável à utilização de ferramentas, como a educação em saúde, em prol da garantia de aperfeiçoamento dos conhecimentos técnico-científicos a fim de subsidiar o preparo para a alta hospitalar^{9,10}.

Logo, o presente estudo teve como objetivo compreender o processo de alta hospitalar de crianças dependentes de tecnologias por profissionais de unidades pediátricas e neonatais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizado a partir do ponto de vista de profissionais, membros efetivos da equipe ou da residência multiprofissional e médica que atuam na assistência às CDTs na clínica pediátrica e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal de um Hospital Universitário, em município brasileiro no período entre julho e setembro de 2020. Ressalta-se que, a fim de garantir a qualidade na escrita científica do presente estudo, utilizou-se do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) para relatar os achados em modelo científico¹¹.

Para a escolha da população-alvo supracitada, utilizou-se de amostragem não probabilística, do tipo conveniência, através da estratégia “bola de neve” que consistiu na abordagem de participantes “sementes”, isto é, pessoas que apresentaram as características básicas, necessárias para compor a população-alvo, e aceitaram participar voluntariamente e contribuir com a pesquisa. Assim, os participantes “sementes”, eram livres para indicarem outros potenciais participantes para o estudo¹².

Na busca de contemplar a exploração do objeto em estudo, dividiu-se a coleta de dados em duas fases (A e B). A fase A constituiu-se da abordagem aos possíveis participantes do estudo (participantes “sementes”), através de mensagem via correio eletrônico, na qual constavam: apresentação do estudo contemplando os objetivos, método, riscos e benefícios; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); questionário de caracterização amostral para investigar dados referentes à idade, sexo, e atuação profissional; espaço para indicação de outros possíveis participantes do estudo; e um convite para participar de uma entrevista, no qual possibilitava informar a disponibilidade para data e hora de realização. Assim, apesar da abordagem de apenas 10 participantes “sementes”, atingiu-se um total de 20 participantes na fase A do estudo.

A fase B, constituída por entrevista individual, gravada, realizada de forma remota através da plataforma *Google Meet*[®], conforme a disponibilidade do participante, utilizou-se das seguintes perguntas disparadoras: “As ações que ocorrem na clínica, com relação ao preparo para alta, são elaboradas em equipe?”, “Quais profissionais participam e como elas acontecem?”, e, “como é o manejo dessas situações?”. Assim, detalha-se que nesta etapa, houve perda amostral de cinco participantes, consequentemente, concluindo a entrevista com 15.

No que tange a análise, apesar de tratar-se de um estudo qualitativo, os dados referentes à fase A, em que constou a caracterização amostral, foram tabulados no *Microsoft Excel 2010* e exportados para o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) a fim de gerar frequências absolutas e relativas. Enquanto os dados referentes à fase B foram organizados em linguagem *Phyton* para serem analisados pelo *Iramuteq* via *software R*¹³. Assim, os resultados foram analisados utilizando das respostas dos entrevistados no formato de nuvem de palavras gerada a partir do *corpus* textual pelo *software Iramuteq* e, portanto, interpretados a luz da teoria de análise de conteúdo¹², destacando-se os pontos principais e mais relevantes para a pesquisa, expondo as principais falas.

Durante a análise do *corpus* textual, não se utilizou da lematização das palavras a fim de garantir que a linguagem coloquial permanecesse durante a formação da nuvem de palavras, assim, deu-se a partir da análise lexical de palavras que se repetiam, pelo menos, três vezes, pertencentes às seguintes classes: adjetivos; adjetivos suplementares; advérbios; formulários não reconhecidos; palavras incomuns; pronomes indefinidos, pessoais e possessivos; e verbos. Ainda nesse contexto, a fim de garantir o anonimato dos participantes durante a composição do *corpus* textual, os trechos das entrevistas foram identificados pela letra “P” seguida por numeração ordinal, sendo possível codificar os relatos em “P1”, “P2”, “P3” e assim por diante¹³.

Por fim, ressalta-se que a participação foi de forma voluntária, oferece riscos mínimos (geralmente relacionados ao constrangimento por abordar informações das práticas profissionais), mas, acredita-se que foram minimizados pela

Percebe-se, também, o destaque nas palavras “equipe”, “alta”, “hospitalar” e “criança” o que estratifica o objeto em estudo e identifica a similaridade entre os discursos.

A partir das entrevistas foram identificadas duas categorias a serem tratadas: Compreensão da necessidade de trabalho em equipe para planejamento de alta hospitalar; e Percepção da necessidade de implementação de ferramentas como protocolos e fluxos para o direcionamento do preparo para alta e continuidade do cuidado.

A Figura 2 apresenta dados relacionados à categoria Compreensão da necessidade de trabalho em equipe para planejamento de alta hospitalar.

Compreensão da importância do trabalho em equipe para planejamento de alta hospitalar	
Entrevistados	Respostas
P1	<i>“A dinâmica é a seguinte: o médico passa a visita, comunica à família que vai dar alta hospitalar, o enfermeiro nos (técnicos de enfermagem responsáveis pelo binômio) avisa, a gente prepara, entra também o fisioterapeuta, na hora da alta hospitalar também é comunicado e, em seguida, o paciente tem a alta hospitalar. Geralmente nós não o acompanhamos até a enfermaria, porque quem acompanha o paciente é o maqueiro e o enfermeiro”.</i>
P2	<i>“(…) normalmente, nossa equipe multi não se reúne nesse sentido de, por exemplo, dar alta hospitalar a criança e a mãezinha precisa ser orientada”.</i>
P3	<i>“Essa colaboração vai depender muito da característica do cuidado (…)”.</i>
P4	<i>“Se for necessário também, se chama o município de origem para viabilizar essa alta, amarrar os nós, já deixar os pacientes na rede do município, para que ele não se perca e volte a internar”.</i>
P5	<i>“O trabalho em equipe depende muito do caso. Quando o caso é mais complexo, conseguimos fazer um trabalho melhor em equipe (...), tudo depende do caso, mas, a gente consegue fazer um trabalho multiprofissional. (...) Teve um caso agora (...), a gente fez reunião com o pessoal, inclusive, do município, com o pessoal do PSF, do CREAS, do CRAS, que vai dar continuidade a esse trabalho”.</i>
P6	<i>“Porque, muitas vezes, o paciente recebe alta e ele retorna para um município em que não há centro de especialidade, em que não há espaço de reabilitação (...) ele vai ter que estar sempre retornando para o município de sua região metropolitana com maiores recursos. (...)É muito raro os municípios nos darem o retorno para que a gente consiga visualizar se de fato aquilo que foi planejado, aquilo que foi apontado está sendo executado”.</i>
P7	<i>“Na maioria das vezes, a gente tenta fazer essa integração, não é fácil, não acontece sempre, mas, o que a gente tenta fazer a gente tenta sim. Como quem está lá diariamente é o médico, o enfermeiro e o fisio, acaba tendo mais integração, mas, a gente tenta também colocar o psicólogo, o assistente social, nutricionista, farmacêutico, quando se faz necessário a gente coloca pra esse paciente ter alta hospitalar da UTI da maneira mais segura possível para que ele não possa retornar”.</i>
P8	<i>“Sim, sempre em equipe, tem que ser a equipe médica com a equipe da enfermagem que, normalmente, é quem faz esse tipo de cuidados, junto com o pessoal da equipe de fisioterapia e terapia ocupacional (...)”.</i>
P9	<i>“(…) muitas (altas) não é necessário assim, uma reunião, para definir as ações, mas, era sempre muito conversada, até mesmo no corredor”.</i>
P10	<i>“Mas, assim, eu vejo que a gente está muito em falta quanto a isso, enquanto preparar mesmo essa alta hospitalar com a equipe multi, que é justamente nossa residência multi que deveria trabalhar muito em cima disso, mas infelizmente, a maioria das vezes é individual mesmo”.</i>
P11	<i>“Em geral, quem normalmente dá a palavra final, apesar da gente conversar previamente com a equipe, quem vai dá a notícia é o médico, no caso (...)”.</i>
P12	<i>“Geralmente, a gente faz PTS. A gente fez muito isso na pandemia. A gente realiza os PTS e tenta localizar as maiores fragilidades (...)”.</i>
P13	<i>“Já houve alguns casos em que a gente chama os municípios para que as equipes de saúde dos municípios consigam acolher essas crianças, essas famílias, quando elas voltam para casa, mas, assim, a gente não consegue fazer essa alta padronizada porque há uma variabilidade de casos”.</i>
P14	<i>“Geralmente, as ações são definidas em acordo com a equipe multiprofissional que assiste essa criança”.</i>
P15	<i>“É realizado multiprofissionalmente, cada área avalia a condição de alta hospitalar”.</i>

Figura 2: Recortes de falas que contemplam a compreensão da importância do trabalho em equipe para planejamento de alta hospitalar (n=15). João Pessoa, PB, Brasil, 2020.

Por meio de falas ilustradas (P1, P2, P3, P5 e P7), identifica-se dificuldades para a implementação de atividades em conjunto que favoreçam o planejamento da alta e que inviabilizam o seu sucesso se dão pelos desencontros da equipe multiprofissional que resulta em lacunas na continuidade do cuidado^{15,19}. Ainda nesse contexto, a literatura explica o explicitado por falas de dois profissionais (P1 e P11) ao apontar que as fragilidades se dão devido à uma assistência por vezes medicalocêntrica a qual fragiliza a integralidade do cuidado²⁰.

Considerando as afirmativas dos profissionais em estudo, identificou-se que a atuação da equipe multidisciplinar, no contexto em abordagem, é dependente do grau de complexidade apresentado pelo quadro clínico do paciente. A complexidade está relacionada a domínios funcionais e de fragilidades e estão relacionadas às tecnologias e equipamentos para a manutenção da vida das crianças, sendo estas chamadas de crianças dependentes de tecnologias (CDT)²¹.

Em estudo realizado na região sul do Brasil demonstrou-se a fragilidade no processo de alta no atendimento clínico e cirúrgico de crianças e adolescentes, tais desafios se dão pelo processo de alta hospitalar estar vinculado às orientações mecanizadas verbalizadas voltadas apenas a patologia e aspectos burocráticos⁷. Torna-se indispensável que haja efetividade da comunicação entre profissionais e familiares para um processo de desospitalização segura com base na educação em saúde²⁰ o que vai de encontro aos discursos dispostos no quadro 1 (P10 e P14) no quadro 2 (P2 e P3).

Para as CDTs, o processo do retorno para casa caracteriza-se por diversos obstáculos que se referem a sua estabilidade clínica dentro do período de hospitalização e que, com devido apoio, são capazes de continuar o cuidado em domicílio. Para essas crianças, a alta reduz riscos inerentes ao ambiente hospitalar, conforto e retorno ao seu ciclo social, sendo tais reflexões necessárias de discussão para novos modelos de atenção à saúde²².

Neste contexto, torna-se indispensável a realização de um planejamento para a alta hospitalar pela equipe multiprofissional centrada no binômio CDT-família, sendo a participação familiar fundamental para a manutenção e promoção da saúde²³, ou seja, as orientações permitem o aprendizado das famílias e transformam as suas realidades minimizando os riscos de reinternações⁷ conforme exposto pelos profissionais no quadro 1 (P5, P7, P9 e P15).

Ainda, os profissionais do serviço mostraram compreender a importância da colaboração com outros serviços de saúde pertencentes à Rede de Atenção à Saúde (RAS), responsáveis pela continuidade da assistência no pós-alta conforme discurso presente no quadro 1 (P5). Estudos evidenciam que os familiares de CDTs requerem o apoio da RAS para a continuidade do cuidado de forma efetiva nesse processo²⁴⁻²⁵.

Entretanto, apesar da necessidade evidente de um vínculo entre os níveis de assistência para promover o seguimento e contrarreferência, existem fragilidades relacionadas à comunicação na RAS. Estudos apontam que a RAS é considerada frágil e desarticulada e o cuidado direcionado a centros especializados²⁴⁻²⁵, reforçado pela fala do profissional 6 no quadro 2. Desta forma, torna-se imprescindível a educação permanente dos profissionais e a realização de ações de educação em saúde para o binômio CDT-família, ambos essenciais para o sucesso do preparo para a alta.

A Figura 3 apresenta dados relacionados à categoria Percepção da necessidade de implementação de ferramentas como protocolos e fluxos para o direcionamento do preparo para alta e continuidade do cuidado.

Percepção da necessidade de implementação de ferramentas como protocolos e fluxos para o direcionamento do preparo para alta e continuidade do cuidado	
Entrevistados	Respostas
P1	<i>"Como a gente tem muito paciente crônico, geralmente avisa com uma certa antecedência, eu digo de dias, a gente vai preparando o paciente, a família. (...) mas, teve um período que a alta é meio que uma necessidade de troca. Um paciente menos grave descia (para a enfermaria) para que um mais grave pudesse subir (para UTI) (...) infelizmente, é no corre corre, não tem uma rotina não".</i>
P2	<i>"(...) Esse processo de trabalho de comunicação intraunidades ainda é muito falho na unidade hospitalar como um todo. Porque, por muito tempo ele foi solto, então, a linha de cuidado ainda não tá fechada, ela não tá entendida por todas as partes".</i>
P3	<i>"(...) no dia a dia, as equipes vão dependendo das necessidades de cada criança, a gente vai fazendo uma junção de partes da equipe que possa colaborar mais especificamente para seguir com essa estratégia para alta das crianças e dos adolescentes".</i>
P4	<i>"Outra coisa que eu acho que poderia ser diferente é padronizar o fluxo, quando sabe que aquele paciente vai de alta, já antecipar, já buscar aqueles profissionais que são importantes, então, estabelecer um fluxo para essa alta".</i>
P8	<i>"Eu acho que poderia estabelecer uma padronização (...) E deveria ser uma coisa que, quando se visse a necessidade, desse preparo para alta de já, tipo assim, deu entrada no serviço, já abriu um protocolo, para ir preparando a família. (...) porque como é que você vai dar alta a uma criança que precisa de cuidados especiais sem ter uma família instruída?".</i>
P13	<i>"(...) A gente ainda não chegou nesse amadurecimento de ter uma ferramenta em si mas, com certeza, se tivesse, ajudaria bastante".</i>

Figura 3: Recortes de falas que contemplam a percepção da necessidade de implementação de ferramentas como protocolos e fluxos para o direcionamento do preparo para alta e continuidade do cuidado (n=6). João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

Em consonância a fragilização da continuidade do cuidado, percebe-se a ausência de protocolos institucionais ou fluxos norteadores que viabilizem o planejamento do preparo para alta hospitalar nos discursos de P4, P8 e P13. Assim, acredita-se na importância da colaboração entre a equipe para o distanciamento do modelo medicalocêntrico em favor da construção de estratégias de educação em saúde e promoção do cuidado a fim de favorecer o processo de ensino-aprendizagem e empoderar os envolvidos para o cuidado fora do ambiente hospitalar¹⁵.

Neste contexto, percebe-se que as orientações para a alta devem ser norteadas a partir de uma ferramenta norteadora que assegure um processo sistemático e seguro. Outrossim, a necessidade de implantação de protocolos e fluxos de atendimento também é uma realidade de outros estados brasileiros, em que os pesquisadores enxergam de forma positiva a criação de mecanismos e ferramentas organizacionais que reconheçam as necessidades das CDTs e viabilizem a continuidade do cuidado de forma ordenada, sistematizada e segura²⁰.

Entretanto, os discursos dos profissionais apresentados nas Figuras 2 (P2, P7, P9 e P11) e 3 (P1, P2, P3, P8 e P13) referem que a assistência acontece de forma não sistemática, apresentando lacunas que comprometem a efetividade em sua totalidade, pois, cada profissional age pela sua sensibilidade e empatia, dependendo de fatores individuais que, por vezes, não favorecem a integração e a comunicação efetiva entre os profissionais¹⁵.

Ainda, o planejamento de alta deve visar além da instrumentalização da família como garantia de promover autonomia para o binômio, a construção de ações que viabilizem a continuidade do cuidado pela RAS por meio de um retorno bem-sucedido da criança e sua família ao seu meio social^{15,25}.

Limitações de estudo

Esse apresenta limitações relacionadas ao potencial de generalização dos seus resultados, uma vez que foi conduzida em uma única instituição dentro de uma única cidade. Além disso, os padrões de prática provavelmente diferem entre as instituições, e há grande variabilidade no recebimento de alta entre os estados e regiões do Brasil.

No entanto, estudos futuros podem preencher essas lacunas com mais precisão usando estratégias prospectivas. Além disso, percebe-se que existem fatores inter-relacionados que afetam a prontidão da família para a alta.

CONCLUSÃO

As intervenções da equipe multiprofissional no planejamento do preparo para alta hospitalar são realizadas conforme a rotina assistencial e ainda seguem um modelo medicalocêntrico. Além disso, ainda que 70% dos profissionais sejam especializados e compreendam em sua totalidade a importância do planejamento e das orientações para a alta hospitalar, percebeu-se a ausência de ferramentas institucionais que assegurem o planejamento e realização das ações junto ao binômio CDT-família.

Dentre os discursos, identificou-se a fragilidade da RAS no que se refere à contrarreferência das CDTs visto que há dificuldade na articulação entre os serviços e os municípios, o que esmaece a continuidade do cuidado a ser oferecido à criança e sua família.

Evidencia-se que, ao dispor de ferramentas como um fluxo ou um protocolo assistencial norteador para as ações direcionadas ao binômio CDT-família, busca-se garantir a integralidade e continuidade do cuidado, direcionando a alta em etapas e norteadando tanto as orientações como a comunicação entre profissionais e setores mantendo o foco na CDT e sua família para que ambos obtenham competências e habilidades para o retorno ao domicílio.

REFERÊNCIAS

1. Lima AI, Dimenstein M, Figueiró R, Leite J, Dantas C. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Uso de Álcool e Drogas entre Agentes Penitenciários. *Psicologia*. 2019 [cited 2023 Apr 15]; 35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3555>.
2. Feltran G, Lero C, Cipriani M, Maldonado J, Rodrigues FD, Silva LE, Farias N. Variações nas taxas de homicídios no Brasil: uma explicação centrada nos conflitos faccionais. *Dilemas*. 2022 [cited 2023 Jan 15]; 15(Especial 4):311-48. DOI: <https://doi.org/10.4322/dilemas.v15nesp4.46920>.
3. Guimarães AT, Vaghetti HH, Lunardi Filho WD, Gomes GC. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2011 [cited 2023 Apr 20]; 64(5):905-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500016>.
4. Mamede AC. Governo Moreira Franco e Política de Segurança Pública: o Inimigo Interno. Rio de Janeiro: Associação Nacional de História, Encontro Regional da ANPUH-Rio Memória e Patrimônio 2010.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
6. Santos MS. Os Porões da República: a colônia Correccional de Dois Rios entre 1908 e 1930. *Topoi (Rio Janeiro)*. 2006 [cited 2023 Jan 15]; 7(13):445-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-101x006013006>.

7. Leal M, Kerr L, Mota RM, Pires Neto RD, Seal D, Kendall C. Health of female prisoners in Brazil. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2022 [cited2023 Jan 15]; 27(12):4521-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10222022>.
8. Silverman-Retana O, Servan-Mori E, Bertozzi SM, Orozco-Nuñez E, Bautista-Arredondo S, Lopez-Ridaura R. Prison environment and non-communicable chronic disease modifiable risk factors: length of in carceration trend analysis in Mexico City. *J Epidemiology Community Health*. 2018 [cited2023 Mar 18]; 72(4):342-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209843>.
9. Allier Montañó E. Balance de la historia del tiempo presente. Creación y consolidación de un campo historiográfico. *Ver Estud Soc*. 2018 [cited2023 Mar 18]; (65):100-12. DOI: <https://doi.org/10.7440/res65.2018.09>.
10. Laia da Mata JA, KakudaShimo AK. A arte de pintar o ventre materno: história oral de enfermeiras e obstetizas. *Enfermería Actual En Costa Rica*. 2018 [cited 2023 Mar 18]; (35). DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i35.31555>.
11. Barbosa ML, Salvador PT, Cogo AL, Ferreira Junior MA, Costa GM, Santos VE. Penitentiary health team: the reality of the work process. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2022 [cited2023 Jan 18]; 27(12):4397-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11702022>.
12. Foucault, M. *Vigiar e Punir*. 42ªed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2014.
13. Goshin LS, Sissoko DR, Stringer KL, Sufrin C, Byrnes L. Stigma and US Nurses' Intentions to Provide the Standard of Maternal Care to Incarcerated Women, 2017. *Am J Public Health*. 2020 [cited2023 Jan 18]; 110(S1):S93-9. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305408>.
14. Meihy JCSB, Holanda F. *História Oral: Como Fazer, Como Pensar*. 2ª ed. 4ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2017.
15. Dubar CA. *Socialização: Construção das identidades sociais e profissionais*. 2. ed. rev. Porto: Porto Editora, 1997.
16. Coelho EA. *Oficina do Diabo e outros estudos sobre criminalidade*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
17. Foucault M. *Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1972/ 1973)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
18. Godoi R, Araújo F, Mallart F. Espacializando a prisão: a conformação dos parques penitenciários em São Paulo e Rio de Janeiro. *Novos Estud CEBRAP*. 2019 [cited2023 Mar 18]; 38(3):591-611. DOI: <https://doi.org/10.25091/s01013300201900030003>.
19. Leite JC, Lisboa MT, Soares SS, Queiroz AB, Souza NV. Pleasure and suffering of nursing professionals arising from work in surgical clinics] *Rev Enferm UERJ*. 2022 [cited 2023 Fev 13]; 30(1):e63524. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.63524>.
20. Bravo DS, Gonçalves SG, Giroto E, González AD, Melanda FN, Rodrigues R, et al. Working conditions and common mental disorders in prison officers in the inland region of the state of São Paulo, Brazil. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2022 [cited2023 Fev 13]; 27(12):4559-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10042022>.
21. Soares AA, Castro GM, Almeida IE, Monteiro LA, Torres LM. Experiences of the nursing team in the routine of the correctional system. *Rev Baiana Enferm*. 2020 [cited 2023 Fev 14]; 34e:34815. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34815>.
22. Barbosa ML, Medeiros SG, Chivone FB, Atanásio LL, Costa GM, Santos VE. Nursing actions for liberty deprived people: a scoping review. *Esc Anna Nery*. 2019 [cited2023 Fev 17]; 23(3):e20190098. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0098>.

Contribuições dos autores:

Concepção, ARCAD e EAGP; metodologia, WCM; software, WCM; validação, WCM e KLS; análise Formal, ARCAD, YTR e MGLB; investigação, YTR e MGLB; obtenção de recursos, ARCAD e YTR; curadoria de dados, ARCAD, YTR e WCM; redação - preparação do manuscrito, ARCAD e YTR; redação – revisão e edição, WCM; visualização, KLS e EAGP; supervisão, EAGP; administração do Projeto, ARCAD e EAGP; aquisição de Financiamento, ARCAD e EAGP. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.