

# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 3

---

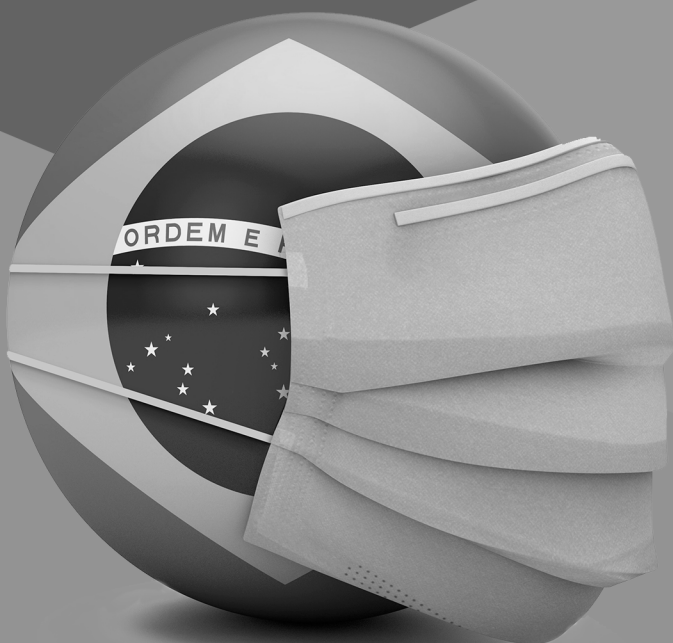
Luis Henrique Almeida Castro  
Fernanda Viana de Carvalho Moreto  
Thiago Teixeira Pereira  
(Organizadores)



# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 3

---

Luis Henrique Almeida Castro  
Fernanda Viana de Carvalho Moreto  
Thiago Teixeira Pereira  
(Organizadores)



**Atena**  
Editora  
Ano 2020

### Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### Bibliotecária

Janaina Ramos

### Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### Imagens da Capa

Shutterstock

### Edição de Arte

Luiza Alves Batista

### Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

### Conselho Editorial

#### Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
 Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
 Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
 Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
 Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
 Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
 Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
 Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
 Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
 Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
 Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
 Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
 Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
 Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
 Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
 Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
 Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
 Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
 Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
 Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
 Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
 Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
 Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
 Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
 Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
 Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
 Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
 Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
 Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
 Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
 Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
 Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
 Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
 Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
 Prof. Me. Gustavo Krah – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
 Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
 Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
 Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
 Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College  
 Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
 Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
 Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
 Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
 Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
 Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista



**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Maria Alice Pinheiro  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadores:** Luis Henrique Almeida Castro  
 Fernanda Viana de Carvalho Moreto  
 Thiago Teixeira Pereira

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P962 Problemas e oportunidades da saúde brasileira 3 /  
 Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda  
 Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. –  
 Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-472-6

DOI 10.22533/at.ed.726201610

1. Saúde pública. 2. Brasil. 3. Política de saúde. 4.  
 Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II.  
 Moreto, Fernanda Viana de Carvalho (Organizadora). III.  
 Pereira, Thiago Teixeira (Organizador). IV. Título.

CDD 362.10981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

#### Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

Dentre as esferas do conhecimento científico a saúde é certamente um dos temas mais amplos e mais complexos. Tal pode ser justificado pela presença diária desta temática em nossa vida. Por esta obra abordar as atualidades concernentes aos problemas e oportunidades da saúde brasileira, um dos tópicos mais visitados em seus capítulos é – não obstante – o estado de pandemia em que se encontra o país devido ao surgimento de uma nova família de coronavírus, o Sars-Cov-2, conhecido popularmente como Covid-19. Com sua rápida disseminação, atingiu diversas regiões pelo globo terrestre, causando uma série de impactos distintos em diversas nações. Se anteriormente o atendimento em saúde para a população no Brasil já estava no centro do debate popular, agora esta matéria ganhou os holofotes da ciência na busca por compreender, teorizar e refletir sobre o impacto deste cenário na vida social e na saúde do ser humano.

Composto por sete volumes, este E-book apresenta diversos trabalhos acadêmicos que abordam os problemas e oportunidades da saúde brasileira. As pesquisas foram desenvolvidas em diversas regiões do Brasil, e retratam a conjuntura dos serviços prestados e assistência em saúde, das pesquisas em voga por diversas universidades no país, da saúde da mulher e cuidados e orientações em alimentação e nutrição. O leitor encontrará temas em evidência, voltados ao campo da infectologia como Covid-19, Leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras doenças virais. Além disso, outras ocorrências desencadeadas pela pandemia e que já eram pesquisas amplamente estabelecidas pela comunidade científica podem se tornar palco para as leituras, a exemplo do campo da saúde mental, depressão, demência, dentre outros.

Espera-se que o leitor possa ampliar seus conhecimentos com as evidências apresentadas no E-book, bem como possa subsidiar e fomentar seus debates acadêmicos científicos e suas futuras pesquisas, mostrando o quão importante se torna a difusão do conhecimento dos problemas e oportunidades da saúde brasileira.

Luis Henrique Almeida Castro

Fernanda Viana de Carvalho Moreto

Thiago Teixeira Pereira

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **ABORDAGEM HISTEROSCÓPICA DOS MIOMAS SUBMUCOSOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Eduardo Frank Marsaro  
Ana Luiza Nunes Martins  
Ândrea Gomes Salles  
Bruna Knanda Queiroz Macedo  
Katerine Bertoline Serafim de Carvalho  
Matheus Mendes Barbosa  
Nathalia Cristina Pereira da Silva  
Rodrigo Zanon Costa Porto  
Thaissa Rodolfo Almeida de Carvalho  
Wildlaine Leite Lima

**DOI 10.22533/at.ed.7262016101**

### **CAPÍTULO 2..... 8**

#### **ALCOOLISMO FEMININO: ANÁLISE DO PERFIL ATRAVÉS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Eliane Moura da Silva  
Antônia Gomes de Olinda  
Natasha Bezerra de Carvalho  
Daniele Moura de Souza  
Jacqueline Bernal  
Jefferson Teodoro de Assis  
Leonardo Oliveira Silva  
Francisca Jessica Lima dos Santos Costa  
Francisco Hliângelo Vieira Barros  
Maria Alcione Silva Gomes Roseno

**DOI 10.22533/at.ed.7262016102**

### **CAPÍTULO 3..... 17**

#### **ALEITAMENTO MATERNO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Margarete Aparecida Salina Maciel  
Andréa Timóteo dos Santos Dec  
Mackelly Simionatto

**DOI 10.22533/at.ed.7262016103**

### **CAPÍTULO 4..... 24**

#### **ANÁLISE CONCEITUAL: REFLEXÕES SOBRE PARTO HUMANIZADO**

Luana Silva de Sousa  
Germana Pinheiro Correia Lima  
Ana Karoline Barros Bezerra  
Jéssica Cunha Brandão  
Nayara Santana Brito  
Francisca Josiane Barros Pereira  
Ryvanne Paulino Rocha

Angelita Livia da Silveira Brito  
Raissa Emanuelle Medeiros Souto  
Ismaelle Ávila Vasconcelos  
Mateus Moura da Silva  
Eryjós Marculino Guerreiro Barbosa

**DOI 10.22533/at.ed.7262016104**

**CAPÍTULO 5.....35**

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE DTPA EM GESTANTES NO PERÍODO DE 2013 A 2018: UMA OBSERVAÇÃO A NÍVEL REGIONAL**

Tom Ravelly Mesquita Costa  
Andréia Ferreira dos Santos  
Maria Simone Lopes  
Mariana Veras Rocha Borges  
Pedro Henrique dos Santos Silva  
Sara Sabrina Vieira Cirilo  
Victor Trindade da Cruz  
Giovanna Stefanne Lópes Barbosa  
João Cesar Lima  
Rafael Santos Correia  
Sandy Alves Pereira  
Deodato Narciso de Oliveira Castro Neto

**DOI 10.22533/at.ed.7262016105**

**CAPÍTULO 6.....45**

**ANÁLISE DO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS RESIDENTES NO PIAUÍ ENTRE 2011 E 2018 POR BIÊNIO, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA**

Giovanna Stefanne Lópes Barbosa  
Isabella Pires Gomes Mendes  
Isabella Cabral Ferraz  
Victor Augusto Soares Sotero  
Raysa Maria Silva de Araújo  
Martha Laura Leão dos Santos Silva  
Tom Ravelly Mesquita Costa  
Eduardo de Carvalho Carneiro  
Mariana Veras Rocha Borges  
Marinice Saraiva Attem  
Bruno Cunha da Costa  
Caroline Camargo Bandeira da Silveira Luz

**DOI 10.22533/at.ed.7262016106**

**CAPÍTULO 7.....54**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTO ESPONTÂNEO EM PARNAÍBA-PI ENTRE 2009 E 2018**

Giovanna Stefanne Lópes Barbosa  
Mariana Veras Rocha Borges  
Marinice Saraiva Attem

Tom Ravelly Mesquita Costa  
Eduardo de Carvalho Carneiro  
Gabriel Phelipe Dantas Do Nascimento  
Isabella Pires Gomes Mendes  
Isabella Cabral Ferraz  
Victor Augusto Soares Sotero  
Raysa Maria Silva de Araujo  
Martha Laura Leão dos Santos Silva  
Nayana Alves de Brito Melo Okasaki

**DOI 10.22533/at.ed.7262016107**

**CAPÍTULO 8.....63**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE PORTADORA DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Vanessa de Jesus Guedes Dias  
Laécio Nascimento Araújo  
Jucelia Lima Sousa  
Heloiza Nayla da Costa Oliveira  
Elizete Silva Rodrigues  
Ana Paula Cunha Duarte  
Mariana da Cunha Costa  
Layrla Fernandes Pereira  
Geovane Moura Viana  
Laís Daniela dos Santos Viana  
Caroline Natielle Rocha da Silva  
Samantha Alves Fernandes

**DOI 10.22533/at.ed.7262016108**

**CAPÍTULO 9.....72**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A VIA DE PARTO E COMPLICAÇÕES MATERNAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Carolina Fordellone Rosa Cruz  
Thais Bette Freitas

**DOI 10.22533/at.ed.7262016109**

**CAPÍTULO 10.....82**

**COMPARAÇÃO ENTRE AS CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR RELACIONADAS A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO EM PARNAÍBA, PIAUÍ E BRASIL, NO ANO DE 2018**

Giovanna Stefanne Lópes Barbosa  
Mariana Veras Rocha Borges  
Marinice Saraiva Attem  
Tom Ravelly Mesquita Costa  
Eduardo de Carvalho Carneiro  
Daniela Winckler Mass  
Isabella Pires Gomes Mendes  
Isabella Cabral Ferraz  
Victor Augusto Soares Sotero  
Raysa Maria Silva de Araujo

Martha Laura Leão dos Santos Silva  
Nayana Alves de Brito Melo Okasaki  
**DOI 10.22533/at.ed.72620161010**

**CAPÍTULO 11..... 92**

**CORIOCARCINOMA DE COLO UTERINO: UM ESTUDO DE CASO**

Laís Rocha Brasil  
Lucas Oliveira Cunha  
Everton Pereira Dias Lopes

**DOI 10.22533/at.ed.72620161011**

**CAPÍTULO 12..... 102**

**DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) ASSOCIADA À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)**

Verônica Costa Messias Medeiros

**DOI 10.22533/at.ed.72620161012**

**CAPÍTULO 13..... 114**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONDUTAS ÉTICAS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL**

Claudiane Santana Silveira Amorim  
Carla Costa da Silva  
Fernanda Cruz de Oliveira  
Mônica de Cássia Pinheiro Costa  
Sávio Felipe Dias Santos  
Vaneska Tayná Pinto Barbosa  
Aloma Sena Soares  
Bruna Renata Faria Santos  
Debora Mylena Azevedo Rosa  
Erilene Castro dos Santos  
Dione Seabra de Carvalho  
Lília Pimenta de Moraes

**DOI 10.22533/at.ed.72620161013**

**CAPÍTULO 14..... 120**

**O IMPACTO DA ECLÂMPSIA NA MORTALIDADE MATERNA OBSTÉTRICA DIRETA NO NORDESTE DO BRASIL (2009-2018) – UM ESTUDO DESCRITIVO ECOLÓGICO**

Carolina Pinheiro Pereira  
Sulyanne Saraiva de Almeida  
Luana Natália de Sena Costa  
Inácia Allyne Fernandes Lobato  
Matheus Alves Vieira  
Letícia Gama Rubia  
Maria Rachel Vieira Boaventura

**DOI 10.22533/at.ed.72620161014**

**CAPÍTULO 15..... 131**

**O PAPEL DO GESTOR EM SAÚDE NOS CASOS DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS**

Ana Carla Gomes Rosa

Igor Domingos de Souza

Valter Aragão do Nascimento

**DOI 10.22533/at.ed.72620161015**

**CAPÍTULO 16..... 141**

**PREVALÊNCIA DE CITÓLISE EM PREPARADOS CERVICOVAGINAIS NO EXAME PAPANICOLAOU**

Edneia Peres Machado

Juliane Jagas Neves

Andrea Timóteo dos Santos

Karin Mariane Bach dos Santos

Carmen Antônia Sanches Ito

**DOI 10.22533/at.ed.72620161016**

**CAPÍTULO 17..... 145**

**QUALIDADE DE VIDA E DO SONO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA QUE PARTICIPAM DO PROJETO RITMO E SAÚDE DA AFASC**

Luana Silva dos Santos

Robson Pacheco

**DOI 10.22533/at.ed.72620161017**

**CAPÍTULO 18..... 153**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ENDOMETRIOMA: UMA REVISÃO INTEGRADA**

Matheus Mendes Barbosa:

Ana Luiza Nunes Martins:

Ândrea Gomes Salles

Bruna Knanda Queiroz Macedo

Eduardo Frank Marsaro

Nathalia Cristina Pereira da Silva

Rodrigo Zanon Costa Porto

Thaissa Rodolfo Almeida de Carvalho

Wildlainy Leite Lima

Katerine Bertoline Serafim de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.72620161018**

**CAPÍTULO 19..... 160**

**USO INDISCRIMINADO DE SUBSTÂNCIAS PARA EMAGRECER E SEU IMPACTO NA SAÚDE DA MULHER**

Camila Fortes Castelo Branco Magalhães

Camila de Jesús Pires

José Gabriel Fontenele Gomes

Yasmin Gomes do Nascimento

Aurélio Silva Gonçalves

Myrela Raissa Avelino De Souza

Antonia Aline Rocha de Sousa  
Luanna Macedo da Costa Lima  
Kelson Adriano da Costa Oliveira  
Joyce Maria Machado dos Santos  
Sara de Melo Ibiapina Neres  
Wesley Tiago Bitencourt de Andrade

**DOI 10.22533/at.ed.72620161019**

<b>SOBRE OS ORGANIZADORES .....</b>	<b>174</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>176</b>



# CAPÍTULO 1

## ABORDAGEM HISTEROSCÓPICA DOS MIOMAS SUBMUCOSOS: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 30/06/2020

### **Eduardo Frank Marsaro**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/0856739884276041>

### **Ana Luiza Nunes Martins**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3690014428841068>

### **Ândrea Gomes Salles**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/4534444677164397>

### **Bruna Knanda Queiroz Macedo**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/8623430418076242>

### **Katerine Bertoline Serafim de Carvalho**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/7281852830329286>

### **Matheus Mendes Barbosa**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/8152054943301333>

### **Nathalia Cristina Pereira da Silva**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3903270612729852>

### **Rodrigo Zanoni Costa Porto**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3867919310588291>

### **Thaissa Rodolfo Almeida de Carvalho**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/1293093671756814>

### **Wildlainy Leite Lima**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/8116138619201344>

**RESUMO: Introdução:** Leiomiomas são os tumores benignos mais comuns na mulher e estima-se que 5 a 70% delas possuam miomas. Sobre fatores de risco, destaca-se genética, menacme, história familiar, raça negra e nuliparidade. Quanto à localização, dividem-se em submucoso, intramural, subseroso e outros. O diagnóstico carece de comprovação por imagem e o tratamento definitivo é a histerectomia. **Objetivo:** Realizar uma revisão integrada sobre a abordagem histeroscópica de miomas submucosos. **Materiais e métodos:** Pesquisou-se nas bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed e BVS os descritores “mioma”, “Leiomyoma”, “myoma”, “mioma submucoso”, “Uterine Myomectomy” e “hysteroscopic”. Incluiu-se no estudo os 11 trabalhos, publicados entre 2000 e 2020, de maior relevância para a pesquisa. **Revisão de literatura:** Atualmente, a histerectomia é o tratamento mais eficaz a longo prazo, porém a miomectomia é indicada para

preservar fertilidade ou útero, mulheres inférteis e aborto recorrente e contraindicada em miomas múltiplos (> 4), suspeita de atipia endometrial ou adenomiose e doença grave. Pode ser realizada por via abdominal, laparoscópica ou histeroscópica. A FEBRASGO classifica os miomas submucosos em tipo 0 (pediculado), tipo 1 (<50% de extensão miometrial) e tipo 2 (50% ou mais de extensão miometrial). No primeiro, as técnicas histeroscópicas utilizadas são secção da base com alça em L ou técnica de “fatiamento”, indicada, também, para os dois últimos. É importante realizar, antes do procedimento, uso de agonistas GnRH, que controlam os hemorragia e reduzem o volume do mioma. Dentre os benefícios desse procedimento, encontram-se as cicatrizes mínimas no endométrio, possibilidade de gravidez após 2 ciclos menstruais e complicações raras. **Conclusão:** A abordagem histeroscópica dos miomas submucosos sintomáticos modificou acentuadamente as opções terapêuticas para pacientes que, classicamente, teriam sido submetidas a uma miomectomia abdominal ou hysterectomia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mioma; Histeroscopia; Miomectomia Uterina.

## HISTEROSCOPIC APPROACH OF SUBMUCOUS MYOMAS: LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT: Introduction:** Leiomyomas are the most common benign tumors in women and it is estimated that 5 to 70% of them have it. Regarding risk factors, genetics, menacme, family history, black race and nulliparity stand out. As for the location, they are classified into submucosal, intramural, subserous and others. The diagnosis needs imaging confirmation and the definitive treatment is hysterectomy. **Objective:** To fulfill an integrated review of the hysteroscopic approach to submucosal fibroids. **Materials and methods:** Scielo, Lilacs, Pubmed and BVS databases were searched for the keywords “myoma”, “Leiomyoma”, “myoma”, “submucosal myoma”, “Uterine Myomectomy” and “hysteroscopic”. The study included the 11 works, published between 2000 and 2020, of greatest relevance to the research. **Literature review:** Currently, hysterectomy is the most effective long term treatment, however myomectomy is indicated to preserve fertility or uterus, infertile women and recurrent abortion, and contraindicated in multiple fibroids (> 4), suspected endometrial atypia or adenomyosis and serious illness. It can be performed by abdominal, laparoscopic or hysteroscopic. FEBRASGO classifies submucosal fibroids as type 0 (pedicled), type 1 (<50% myometrial extension) and type 2 (50% or more myometrial extension). In the first, the hysteroscopic techniques used are section of the base with L-shaped handle or “slicing” technique, also indicated for the last two. Before the procedure, it is important to use GnRH agonists, which control bleeding and reduce the volume of the fibroid. Among the benefits of this procedure are minimal scarring on the endometrium, possibility of pregnancy after 2 menstrual cycles and rare complications. **Conclusion:** The hysteroscopic approach of symptomatic submucosal fibroids markedly changed the therapeutic options for patients who, classically, would have undergone an abdominal myomectomy or hysterectomy.

**KEYWORDS:** Myoma; Hysteroscopic; Uterine myomectomy

## 1 | INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Leiomiomas são os tumores benignos mais comuns na vida reprodutiva da mulher, acometem o endométrio e possuem um envolvimento variável do tecido conjuntivo fibroso. Ainda que sua prevalência seja de 70 - 80% aos 50 anos, sua incidência é desconhecida, uma vez que a maioria das mulheres são assintomáticas, sendo diagnosticadas ocasionalmente durante exame físico e/ou ultrassonográfico. Estima-se que 5 a 70% das mulheres possuem miomas (dependendo da série escolhida) e 70% das acometidas estão na faixa etária de 40 a 60 anos. (CORLETA et.al., 2007; GRACIA & CARMONA, 2020).

A etiologia dos miomas é multifatorial. Dentre os diversos fatores de risco inclui-se os genéticos, uma vez que 40% do miomas apresentam anomalias cromossômicas (translocações, deleções e trissomias), sendo a mutação mais comum aquela relacionada ao mediador complex subunit 12 (MED12). Entre outros fatores de risco, estão a raça negra, história familiar positiva, menarca precoce e nuliparidade, uma vez que são encontrados maiores níveis de estradiol nas mulheres com primeira menstruação antes dos 10 anos, o que pode ocasionar um maior desenvolvimento de miomas. Por outro lado, o uso prolongado de contraceptivos orais combinados, contraceptivos injetáveis de progesterona, paridade, consumo de frutas cítricas, vegetais, comidas com baixo teor de gordura, vitamina A e tabaco (por razões desconhecidas) são considerados fatores protetores. (GRACIA & CARMONA, 2020).

Ademais, esses tumores benignos podem ser únicos ou múltiplos e classificados quanto a sua localização anatômica em: submucoso, intramural, subseroso e outros (exemplos: cervical, parasita). Sendo o submucoso responsável por 20% dos casos. (SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2017; GRACIA & CARMONA, 2020).

A sintomatologia, que está presente em cerca de 25% dos casos, depende do tamanho, número e localização do mioma. Inclui-se sangramento uterino anormal, dor pélvica, infertilidade e complicações obstétricas (aborto espontâneo, parto pré-termo, baixo peso ao nascer e apresentação fetal anômala). A dor se manifesta como dispareunia, dismenorreia ou dor pélvica não cíclica. Quanto aos tumores volumosos, a compressão pode desencadear polaciúria, urgência miccional, retenção urinária, lombalgia e constipação. Além disso, é importante destacar que a presença de sangramentos irregulares com maior frequência costuma estar associado aos miomas submucosos. (LASMAR et.al., 2004; SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2017; GRACIA & CARMONA, 2020).

O diagnóstico dos miomas é basicamente clínico, correlacionando a sintomatologia, quando presente, com o achado ao exame físico bimanual de um útero aumentado, móvel e de contornos irregulares, podendo ocorrer também através de exames radiológicos casuais. Achados em exames de imagem são necessários para confirmação diagnóstica, sendo o padrão ouro a ultrassonografia transvaginal que possui alta sensibilidade (SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2017).

Dentre as opções de tratamento conservador, tem-se o uso dos contraceptivos combinados, geralmente utilizados para tratar anormalidades menstruais, utilizados como primeira escolha para controlar sangramentos anormais e dismenorreia sem estimular o crescimento do mioma. Outra opção é o uso do dispositivo intrauterino (DIU), geralmente utilizado como método contraceptivo, atuando de forma eficaz para reduzir a perda de sangue menstrual. Análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) também podem ser empregados, posto que induzem a amenorreia, levando à diminuição do volume dos miomas em até 65%, porém, podem ter efeitos colaterais desagradáveis como cefaleia, secura vaginal e depressão. Nesse sentido, a utilização dos inibidores da aromatase tem vantagem sobre os análogos do GnRH, por possuírem ação semelhante e menos efeitos colaterais. Ainda em relação ao tratamento conservador, os moduladores da progesterona atuam nos receptores de progesterona dos miomas uterinos leva a uma redução do volume do mioma, sendo também uma opção de tratamento conservador (CORLETA et.al., 2007; SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2017).

Os miomas também podem ser tratados de forma cirúrgica, tendo como opções a histerectomia e a miomectomia. A histerectomia é o tratamento definitivo, pois, ao retirar o útero, os sintomas são eliminados e a chance de problemas futuros também, sendo indicado para mulheres sintomáticas, com infertilidade ou perda embrio-fetal recorrente, fracasso de tratamentos conservadores e/ou com família constituída, melhorando a qualidade de vida dessas mulheres (CORLETA et.al., 2007; SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2017). A miomectomia é indicada para sintomáticas que desejem preservar a fertilidade, mulheres inférteis antes de se submeterem a tratamentos para fertilidade e mulheres com aborto recorrente, porém, possuem um índice de recorrência de 15-30% e 10% das mulheres precisam de uma nova intervenção. Este procedimento pode ser realizado laparotomia, laparoscopia ou histeroscopia, dependendo da localização, tamanho e número de miomas. Para os miomas submucosos, a histeroscopia é forma mais indicada (CORLETA et.al., 2007; SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2017), desta forma, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrada sobre a abordagem histeroscópica de miomas submucosos.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Para a construção desta revisão narrativa de literatura, foram pesquisados artigos nas bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed e BVS, a partir dos descritores “mioma”, “Leiomyoma”, “myoma”, “mioma submucoso”, “Uterine Myomectomy” e “hysteroscopic”. O espaço de tempo de abrangência para a pesquisa foi correspondente ao intervalo entre os anos 2000 e 2020. Foram incluídos no estudo os trabalhos de maior relevância para o objetivo dessa pesquisa, dentre as modalidades de artigo original e revisão de literatura. Foram anexados artigos das línguas inglesa, espanhola e portuguesa, dos quais 11 foram

considerados na etapa de revisão da literatura.

### 3 | REVISÃO DE LITERATURA

Apesar da histerectomia ser o tratamento mais eficaz a longo prazo, a miomectomia representa uma alternativa terapêutica para as pacientes com mioma submucoso que desejam manter a fertilidade e o útero. É nesse cenário que a miomectomia histeroscópica vem substituindo as abordagens tradicionais, como a laparotômica, por via vaginal, ou a laparoscópica (CORLETA et.al., 2007).

A determinação da via cirúrgica, contudo, além do desejo da paciente de gestações futuras, leva em consideração a localização, tamanho e o número de miomas. Dessa forma, a histeroscopia não é recomendada quando o mioma submucoso exceder 4 ou 5 cm, em tipo especial 2, contato com a serosa uterina ou, ainda, em casos de miomatose múltipla com útero grande (BUITRAGO-DUQUE & VILLEGAS-SIERRA, 2013).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia classifica os miomas submucosos em tipo 0 (mioma pediculado), tipo 1 (menos de 50% de extensão miometrial) e tipo 2 (50% ou mais de extensão miometrial).

Após estudo detalhado das características do mioma que pretende-se operar por via histeroscópica, é importante que a paciente seja conscientizada sobre possíveis recidivas dos sintomas e dos nódulos de mioma, podendo ser necessária uma re-intervenção (FARIA, GODINHO E RODRIGUES, 2008). A eficácia quanto ao controle do sangramento é bem documentada, porém são relatadas falhas, que geralmente estão relacionadas ao crescimento de miomas em outros locais, associação de miomas com adenomiose e tratamento incompleto de grandes miomas intramurais (parcialmente submucosos) (DANNES & DOLMANS, 2016).

A histeroscopia cirúrgica é o procedimento cirúrgico de menor morbidade e mortalidade para o tratamento deste tipo de patologia benigna intra-uterina, podendo ser dividida em dois grupos: histeroscopia cirurgia ambulatorial e a ressectoscopia em ambiente cirúrgico. O primeiro grupo surgiu como um complemento da histeroscopia diagnóstica, em uma tentativa de tratar pequenas patologias durante a sua realização. Em relação ao mioma submucoso, é indicado na ressecção de pequenos miomas (<2cm), e na preparação para ressectoscopia de miomas de dimensões maiores, principalmente o tipo 2 (TOMÁS, 2016).

A ressectoscopia é indicada para miomas submucosos não tratáveis em consultório. Todos os cuidados pré-operatórios devem ser respeitados, além disso, é recomendado a aplicação de prostaglandinas intravaginais, algumas horas antes do procedimento, para facilitar a dilatação cervical. A técnica cirúrgica frequentemente utilizada é com eletrodos em alça, que permite uma abordagem através do “fatramento” do mioma. (LASMAR, 2004)

Em relação à técnica cirúrgica, nos miomas do tipo zero é utilizada a secção da base com alça em “L”, nos de tipo 1, se há desejo reprodutivo, realiza-se a abertura da

pseudocápsula com alça em “L” e, se não há, pode-se realizar a ressecção do nódulo com alça em “U”, utilizando a técnica de fatiamento contínuo. Nos miomas tipo 2, também utiliza-se a técnica do fatiamento, contudo a miomectomia deve ser realizada em dois tempos (SUAZO, 2003).

É importante realizar, antes do procedimento, uso de agonistas GnRH, que controlam os sintomas como hemorragia e reduzem o volume do mioma de 52% a 77% com 6 meses de tratamento. O uso de misoprostol mostrou-se favorável, ao facilitar a dilatação cervical e diminuir o risco de lesões traumáticas. Uma das limitações dessa estratégia terapêutica é que a suspensão do tratamento leva à recorrência do mioma (MUZII et.al., 2010).

Discute-se também sobre a possibilidade do uso de moduladores seletivos de receptores de progesterona no pré operatório da miomectomia histeroscópica. Tem-se associado o uso de acetato ulipristal ao aumento da chance de miomectomia primária completa em procedimentos histeroscópicos complexos, além de não piorar a dificuldade técnica geral do procedimento (VITALE et. al., 2020).

Apesar da histeroscopia ter caráter resolutivo e rápida recuperação, pode cursar com complicações, que são divididas em precoces e tardias. Em relação a complicação precoce pode ocorrer sangramento excessivo, infecção pós-operatória e perfuração uterina, a qual pode ocorrer durante a dilatação do colo uterino, durante introdução do ressectoscópio ou durante a ressecção com uso de energia. Quanto as tardias, as sinéquias uterinas e as ressecções incompletas de miomas são as principais (MCGURGAN et.al., 2015).

Sendo a miomectomia histeroscópica um técnica minimamente invasiva, as pacientes tendem a ter um retorno rápido às atividades diárias, menor tempo de internação hospitalar, e menor morbidade no procedimento. Dentre outros benefícios desse procedimento, encontram-se as cicatrizes mínimas no endométrio, possibilidade de gravidez após 2 ciclos menstruais, além de ser eficaz e capacidade de ser realizado via ambulatorial. Ademais, o risco de rotura uterina na gravidez após miomectomia histeroscópica é praticamente nulo (MARRET, 2012).

## 4 | CONCLUSÃO

A miomectomia histeroscópica varia desde um possível procedimento ambulatorial até uma ressectoscopia em ambiente cirúrgico, a depender das características morfológicas e consequente classificação do mioma avaliado. Naqueles mais extensos considera-se o uso de medicações pré-operatórias, bem como análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas, misoprostol ou acetato ulipristal. Dessa forma, a abordagem histeroscópica dos miomas submucosos sintomáticos modificou acentuadamente as opções terapêuticas para pacientes que, classicamente, teriam sido submetidas a uma miomectomia abdominal ou hysterectomia.

## REFERÊNCIAS

- BITRAGO-DUQUE, C. A.; VILLEGAS-SIERRA, M. I. **Resección histeroscópica de miomas de gran tamaño-Reporte de caso**. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, v. 64, n. 4, p. 475-480, 2013.
- CORLETA, H. V. E. et al. **Tratamento atual dos miomas**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 29, n. 6, p. 324–328, 2007.
- DONNEZ, J.; DOLMANS, M. M. **Uterine fibroid management: from the present to the future**. Human Reproduction Update, v. 22, n. 6, p. 665-686, 2016.
- FARIA, J.; GODINHO, C.; RODRIGUES, M. **Miomas uterinos—revisão da literatura Uterine fibroids—a review**. Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa, v. 2, n. 3, p. 131-142, 2008.
- GRACIA, M.; CARMONA, F. **Uterine myomas: clinical impact and pathophysiological bases**. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2020.
- LASMAR, R. B. et al. **Miomas submucosos: classificação pré-operatória para avaliação da viabilidade da cirurgia histeroscópica**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 26, n. 4, p. 305–309, 2004.
- MARRET, H. et al. **Therapeutic management of uterine fibroid tumors: Updated French guidelines**. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, v. 165, n. 2, p. 156–164, 2012.
- MCGURGAN, P. M.; MCILWAINE, P. **Complications of hysteroscopy and how to avoid them**. Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology, v. 29, n. 7, p. 982–993, 2015.
- MESSINA, M. L. et al. Autoria: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.
- MUZIL, L. et al. **GnRH analogue treatment before hysteroscopic resection of submucous myomas: A prospective, randomized, multicenter study**. Fertility and Sterility, v. 94, n. 4, p. 1496–1499, 2010.
- SITYÁ, P. R. **Abordagem vídeo-histeroscópica no tratamento de pacientes com miomas submucosos sintomáticos: estudo sobre uma nova técnica cirúrgica**. 2003.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, Sociedade Portuguesa. **Consenso Nacional sobre Miomas Uterinos**. Capítulo, v. 3, p. 35-39, 2017.
- SUAZO, C. R. A. **Miomectomía histeroscópica usando el resectoscopio ginecológico: informe de un caso**. Rev. méd. hondur, p. 137–140, 2003.
- TOMÁS, C. et al. **Histeroscopia no consultório: análise de custos**. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, v. 10, n. 4, p. 292–297, 2016.
- VITALE, S. G. et al. **Ulipristal acetate before hysteroscopic myomectomy: a systematic review**. Obstetrical & gynecological survey, v. 75, n. 2, p. 127-135, 2020.
- WANDERLEY, M. DA S. et al. **Acurácia da ultrassonografia transvaginal, histeroscopia e curetagem uterina na avaliação de patologias endometriais**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 38, n. 10, p. 506–511, 2016.

# CAPÍTULO 2

## ALCOOLISMO FEMININO: ANÁLISE DO PERFIL ATRAVÉS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 05/07/2020

### **Eliane Moura da Silva**

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará  
– FSCMP  
Belém- PA  
<http://lattes.cnpq.br/9255552162307622>

### **Antônia Gomes de Olinda**

II Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande  
Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/8062074447044305>

### **Natasha Bezerra de Carvalho**

Hospital Universitário João de Barros Barreto  
Belém- PA  
<http://lattes.cnpq.br/2418836890833188>

### **Daniele Moura de Souza**

Hospital Universitário João de Barros Barreto  
Belém- PA  
<http://lattes.cnpq.br/4556267370417513>

### **Jacqueline Bernal**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande  
Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/5796896730022543>

### **Jefferson Teodoro de Assis**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande  
Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/1418948321968239>

### **Leonardo Oliveira Silva**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande Dourados - HU-UFGD  
Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/5876672255396582>

### **Francisca Jessica Lima dos Santos Costa**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande  
Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/8633674292008969>

### **Francisco Hliângelo Vieira Barros**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande Cidade: Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/2068481658737988>

### **Maria Alcione Silva Gomes Roseno**

Hospital Universitário da Universidade Federal  
da Grande  
Dourados – MT  
<http://lattes.cnpq.br/2214442585956337>

**RESUMO:** O alcoolismo é caracterizado como um hábito de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, o que confere uma dependência ao usuário. Alguns estudos demonstram um aumento exponencial do uso de bebidas por mulheres nos últimos anos, levando ao alcoolismo. Este tipo de paciente necessita de um cuidado diferenciado, pois a mulher alcoolista possui uma vulnerabilidade, consequências/repercussões físicas, emocionais e sociais. O objetivo do presente estudo é analisar o perfil do alcoolismo feminino através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva,



desenvolvido através da análise de uma RIL no período de 2011 a 2015, considerando publicações em português, que aborde sobre a temática do alcoolismo feminino. Foram encontrados 1402 artigos a partir do descritor "Alcoolismo Feminino". Somente 21 referências abordavam sobre o tema em questão, resultando no total de 13 produções relacionado à mulher alcoólatra. Do total 05 produções (38,46%) tratavam sobre as características gerais de mulheres em abuso de álcool. Conclui-se que o álcool influencia nas relações familiares e no contexto social. Consequentemente sendo essencial a assistência prestada e a orientação para esse tipo de público. Concluímos que deve haver um novo olhar para maneira de cuidar sobre várias dimensões na mulher alcoolista como a prevenção, proteção e promoção da sua saúde.

**PALAVRAS - CHAVE:** Alcoolismo; Bebidas Alcoólicas. Saúde da Mulher.

## FEMALE ALCOHOLISM: PROFILE ANALYSIS THROUGH AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Alcoholism is characterized as a habit of excessive and regular consumption of alcoholic beverages, which makes the user dependent. Some studies show an exponential increase in the use of beverages by women in recent years, leading to alcoholism. This type of patient needs differentiated care, as the alcoholic woman has a vulnerability, physical, emotional and social consequences / repercussions. The purpose of this study is to analyze the profile of female alcoholism through an Integrative Literature Review (RIL). It is a qualitative and descriptive study, developed through the analysis of a RIL in the period from 2011 to 2015, considering publications in Portuguese, which addresses the theme of female alcoholism. 1402 articles were found from the descriptor "Female Alcoholism". Only 21 references addressed the topic in question, resulting in a total of 13 productions related to alcoholic women. Of the total 05 productions (38.46%) dealt with the general characteristics of women in alcohol abuse. It is concluded that alcohol influences family relationships and the social context. Consequently, assistance and guidance for this type of audience is essential. We conclude that there must be a new look at how to care for various dimensions of alcoholic women, such as prevention, protection and promotion of their health.

**KEYWORDS:** Alcoholism; Alcoholic beverages. Women's Health.

## INTRODUÇÃO

O alcoolismo é caracterizado como um hábito de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, o que confere uma dependência ao usuário (ASSIS; CASTRO, 2010). As mulheres que apresentam problemas de bebida fazem parte de um grupo distinto, que começam a fazer uso de álcool precocemente com o intuito de vivenciar situações prazerosas, levando-as a dependência da droga (BRASIL, 2004).

Segundo o CEBRID (2003), o álcool é uma das poucas drogas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Isso comprova os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca o álcool como a substância psicoativa mais consumida e a droga de escolha entre crianças e adolescentes em todo o mundo (OMS, 2004).

O consumo de álcool em longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, podem provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo, que é um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade brasileira. Dessa forma, o alcoolismo está associado a elevados prejuízos, principalmente, nas sociedades ocidentais, haja vista que, se configura como uma questão de saúde pública, pois agregam problemas de ordem física, psíquica, familiar, social, econômica e laboral. (VELOSO; MONTEIRO, 2013).

O Alcoolismo Feminino é reflexo de fatores predisponentes para o consumo do álcool. De acordo com Oliveira *et. al.*(2012), metabolicamente a mulher é mais acometível pelo álcool, pois seu peso, a menor quantidade de água corporal, menor quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool (ADH) e maior quantidade de gordura corporal aceleram a intoxicação com o uso do álcool, ocasionando uma maior vulnerabilidade clínica. Por conta disto, elas apresentam maior probabilidade de se tornarem dependentes e alcoolistas (ABREU; *et.al*, 2012 ).

As mulheres que apresentam problemas de bebida fazem parte de um grupo distinto, sendo sua ingestão influenciada por fatores como: idade, status conjugal, status empregatício. Tais fatores agregam-se a outras circunstâncias de risco, inclusive à predisposição genética (JOMAR, 2011). Além disso, de acordo com Nascimento (2011), história familiar de alcoolismo; problemas de comportamento na infância relacionados ao controle dos impulsos; uso precoce de nicotina, álcool e outras drogas; respostas inadequadas de manejo diante de eventos estressantes de vida; depressão; divórcio/separação; parceiro que bebe pesadamente; trabalhar em um ambiente essencialmente masculino; disfunção sexual.

Dessa forma, muitas mulheres começam a fazer uso de álcool precocemente, ainda na adolescência, iniciando a ingestão alcoólica nessa fase da vida com o intuito de vivenciar situações prazerosas (MORAES; CARVALHO, 2014). Muitas mulheres passam por diversas experiências, as quais trazem marcas de solidão, dor, sofrimento, vergonha e discriminação e vivenciaram perdas, agravos físicos e psicológicos decorrentes do uso abusivo de álcool. (MENDES; CUNHA; NOGUEIRA, 2011, NASCIMENTO, 2011).

O aumento do uso de bebida alcoólica pelas mulheres é advindo da mudança de comportamento social. Desse modo, fazem parte de um grupo heterogêneo, sendo sua ingestão influenciada por diversos fatores demográficos, sociais e econômicos como a idade, status conjugal, status empregatício e etnicidade (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Pode-se observar a escassez de conhecimento sobre o alcoolismo feminino, em um contexto atualizado, principalmente pela transformação progressiva do papel da mulher na sociedade moderna obtendo qualificação profissional, independência financeira, status empregatício, e igualdade de gênero. Essa mudança no comportamento social pode gerar, por hipótese, a possibilidade de ser reconhecida em grupo, inserindo-a em um contexto onde há maior disponibilidade do álcool (LARANJEIRA; DUAIBI; PINSKY, 2005).

## OBJETIVO

Analisar o perfil do alcoolismo feminino através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

## MÉTODOS

Estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido através da análise de uma RIL no período de 2011 a 2015, considerando publicações em português, que aborde sobre a temática do alcoolismo feminino.

A seleção dos estudos foi realizada a partir do descritor "Alcoolismo Feminino", foram encontrados 1402 resultados com as palavras-chave utilizadas, sendo 36 artigos encontrados na base de dados SCIELO, 1265 artigos na base de dados LILACS e 101 artigos encontrados na base de dados BDENF. Em seguida utilizamos os critérios de inclusão e exclusão e selecionamos os estudos, totalizando 90 referencias.

Foi realizada a avaliação crítica dos artigos selecionados para verificar se respondiam plenamente a pergunta-guia; foram analisadas todas as produções encontradas, a fim de identificar quais as evidências a cerca do alcoolismo feminino e suas implicações na atuação do enfermeiro.

A avaliação crítica consiste na fase onde todos os estudos selecionados serão avaliados com rigor metodológico (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004, p.4).

## RESULTADOS

A partir do preenchimento do formulário para cada trabalho envolvido, os dados coletados foram organizados em gráficos e tabelas para sistematizar a discussão dos resultados.

### Perfil Geral das Produções

Referências utilizadas para elaboração do estudo

Segue abaixo tabela com informações sobre as referencias utilizadas para elaboração desse estudo, assim como seus autores e ano de publicação:

TÍTULO	AUTORES	ANO
A mulher e o uso de álcool	NOGUEIRA, M. C.; CUNHA, J. R. F.; NOGUEIRA, A. A.	2011
Consumo de álcool entre adolescentes do sexo feminino	PULCHERIO; G. BASTOS, T.; STREY, M.; BONI, R.	2011

Relato de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas	MONTEIRO, C. F. S.; DOURADO, G. O. L.; GRAÇA, C. A. G. J.; FREIRE, A. K. N.	2011
Consumo abusivo de álcool em mulheres	OLIVEIRA, G.; C.DELL'AGNOLO, C. M.; BALLANT, T. S. L.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M.	2012
Produção científica no Brasil sobre álcool e mulher: revisão bibliográfica	PEREIRA, I. S. S. D.;	2012
Consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação por mulheres atendidas em uma maternidade de Santa Maria-RS e seus efeitos nos recém nascidos	ALTERMAN, C. S.; KIRSTEN, V. R.; BENEDETTI, F. J.; MESQUITA, M. O.	2013
Crenças, expectativas e padrão de consumo do álcool por mulheres	ÁVILA, A. C.; SILVA, D. C.; OLIVEIRA, M. S.	2013
Droga de corpo: imagens e representações do corpo feminino em entrevistas brasileiras	SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R.; CARVALHO, E. S. S.	2013
Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas	ESPER, L. H.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; CARVALHO, A. M. P.; FURTADO, E. F.	2013
Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas	VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. S.	2013
A orientação de enfermagem a gestantes que fazer uso de álcool e tabaco	SOUZA, E. F. M.; SANTOS, J. N.; BISSARO, D. M.; SANTOS, J. N.; ARQUINO, A. P.	2014
Família e consumo de álcool em adolescentes do sexo feminino: uma revisão sistemática	BENITES, A. P. O. SHNEIDER, D. R.	2014
O beber feminino: socialização e solidão	SILVA, M. G. B. LYRA, T. M.	2015

Tabela 1: Referências utilizadas para elaboração do estudo

Foram encontrados 1402 artigos a partir do descritor “Alcoolismo Feminino”. Somente 21 referências abordavam sobre o tema em questão, resultando no total de 13 produções relacionado à mulher alcoólatra. Do total 05 produções (38,46%) tratavam sobre as características gerais de mulheres em abuso de álcool.

A maioria das mulheres alcoolistas teve atendimento ambulatorial com prevalência em 05 produções (62,5%), em 01 utilizaram como sujeitos gestantes em consumo abusivo de álcool (12,5%), 01 integravam sobre adolescentes do sexo feminino que utilizavam

bebidas alcoólicas (12,5%), e 01 utilizaram puérperas (12,5%) que fizeram abuso de álcool em período gestacional.

Além disso, 02 produções que referem que o início precoce da ingestão de bebidas alcoólicas era em meninas entre 12 a 17 anos, no entanto a faixa etária que mais predominou foi a de 20 a 49 anos. Uma referência ressalta que a média de idade é de 50 anos para bebedoras pesadas em tratamento. As referências divergem quanto à predominância da escolaridade de mulheres alcoolistas, sendo identificada em 01 produção a prevalência de ensino fundamental incompleto e em outra referência cita a predominância da maior escolaridade com ensino fundamental completo ou mais, isso demonstra que não apenas o baixo nível de instrução influencia na alta ingestão do álcool, sobretudo fatores sociais e culturais que podem influenciar a população feminina a fazer uso de bebidas alcoólicas como: mudança na vida social, entrada no mercado de trabalho e na vida política.

As 05 produções concordam que a ocupação sofre pouca influencia na ingestão da bebida, porém os estudos apontam que normalmente há uma prevalência em mulheres que possuem trabalhos que exigem altos níveis de estresse. Além disso, a predominância de um familiar alcoolista é ressaltada em 03 produções, que é demonstrado tanto como fator genético, quanto um disparador para o consumo excessivo, bem como as mudanças nos papéis sociais e as dificuldades nos relacionamentos afetivos.

Estudos apontam que filhos (as) de alcoolista possuem quatro vezes mais chances de se tornar dependente, devido à maior quantidade da enzima denominada a princípio de ADH, essa enzima é capaz de metabolizar as moléculas do álcool com mais rapidez, a partir disso ele sente a necessidade de ingerir mais substância. Isso quer dizer que esse fator esta latente do organismo do individuo e a partir de um estressor o mesmo começa a ingerir álcool em maior quantidade e soma-se com o fator genético (VIEIRA, 2012).

Em três produções apontam que o uso abusivo de álcool é mais negativo para as mulheres do que para os homens, tendo maior comprometimento cognitivo e motor, além de serem mais propensas a danos físicos e abuso sexual. Contudo, 02 referências apontam sobre o risco de problemas psiquiátricos, sociais e emocionais mais frequentes como: sintomas advindos da síndrome de abstinência alcoólica, conflitos familiares, episódio depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos psicóticos agudos, transtornos de personalidade coexistentes, transtornos de ansiedade e “tristeza”. Além disso, identificou-se nas produções a alta taxa de tentativa de suicídio advindo do consumo abusivo de bebidas alcoólicas decorridas de: intoxicação, enforcamento e queda.

Dentro dessa perspectiva, o enfermeiro e o Terapeuta Ocupacional têm um papel fundamental prestando assistência a paciente, tanto no contexto hospitalar, quanto extra-hospitalar. Sendo imprescindível sua atuação: na identificação de fatores associados e/ou co-morbididades do alcoolismo, sofrimento psíquico, promoção de saúde desenvolvimento de ações educativas e encaminhamentos a outros locais de tratamento

Deste modo, pode-se ressaltar a importância do profissional da saúde se capacitar

através da Prática Baseada em Evidências (PBE), usando informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado, levando em consideração o aspecto físico/clínico, emocional e social (GALVÃO *et. al.*, 2004). Com isso, o enfermeiro e o terapeuta ocupacional adquirem um senso mais criterioso, transcendendo o habitual, identificando e oferecendo um cuidado específico, dando ênfase nas necessidades de cada indivíduo. Utilizando o conhecimento das revisões e pesquisas, o profissional irá individualizar e focar na real necessidade da /usuária, efetivando o cuidado prestado. Garantindo dessa forma, um novo olhar/paradigma para o seu fazer diário, prestando um serviço e assistência de qualidade.

O início precoce da ingestão de bebidas alcoólicas é apontado em 02 produções, com meninas entre 12 e 17 anos, que relatam o consumo de álcool com prevalência de dependência de 7%. Utilização de bebidas por adolescente femininas é respectivamente do tipo: cerveja, vinho, ice e destilada. Com o início da vida adulta são substituídos apenas por destilados, que foi a principal bebida utilizada.

Outro fator de risco é a convivência com lares em conflito na juventude aumenta em 19 vezes a chance de abuso e dependência do álcool. Sendo que as meninas sofrem mais estresse nesta situação. O álcool traz agravos físicos e psicológicos para a adolescente, tendo um comportamento promíscuo, sexo sem proteção, IST (Infecção Sexualmente Transmissível), abortos e traumas.

Os autores concluem sobre a importância do conhecimento do profissional sobre as peculiaridades do alcoolismo feminino para ações de saúde mais efetivas, visto que, a crescente incidência e prevalência de consumo de substâncias psicoativas nas mulheres constituem uma ameaça à sua saúde física, bem-estar e qualidade de vida. O alcoolismo quando não tratado pode ser fatal. Esses dados chamam a atenção para um olhar cuidadoso à saúde da mulher, considerando-se, também, os aspectos emocionais.

Neste sentido necessita-se de um olhar diferenciado centrada na saúde mental e na mulher dependente química. Visto que, segundo Vargas (2010) a alcoolista é uma pessoa sensível, com problemas emocionais e que precisa de atenção e assistência diferenciada.

## CONCLUSÃO

Como constatado na literatura, alcoolismo é entendido como consumo prolongado e excessivo de álcool, e nas mulheres vem crescendo exponencialmente nos últimos anos. Visto que o alcoolismo é uma doença crônica e que é um fator de risco para deficiências, morbidade e mortalidade da população. Além disso, ocasiona efeitos nocivos sobre muitas enfermidades, efeitos sociais adversos, aumento da agressividade, rupturas familiares e redução da produtividade.

As informações apreendidas nestas evidências na literatura fortaleceram o entendimento sobre alcoolismo feminino e as diversas repercussões negativas a cerca da

alcoolização por mulheres, não apenas evidenciado por problemas físicos, mas também acarretando danos sociais e familiares importantes.

Esse modelo necessita de um novo olhar para maneira de cuidar sobre várias dimensões, seja o cuidado na prevenção com fatores associados à predisposição genética, influencia social e dentro do contexto familiar; proteção desse sujeito visto que, é por muitas vezes, são estigmatizadas e negligenciado o cuidado; e promoção da saúde em todas as esferas do ser humano. Este dimensionamento tende a contribuir para o entendimento integral da mulher alcoolista, possibilitando o desenvolvimento de atividades e/ou atendimento diferenciado e específico para essas usuárias.

Tornam-se necessários para a visibilidade do problema, bem como para a formulação de estratégias para redução e prevenção de uso de álcool durante a gestação, nas implicações familiares e sociais. Além do mais, para o conhecimento dos profissionais de saúde, que precisam estar sensibilizados e capacitados para criarem espaços e oportunidades nos quais as mulheres revelem a presença do alcoolismo, garantindo melhor qualidade da assistência prestada, também como forma de contribuir para a diminuição dos coeficientes de morbimortalidade.

Diante dos resultados deste estudo, acredita-se que há uma necessidade de o enfermeiro desenvolver atividades preventivas relacionadas ao consumo nocivo de bebidas alcoólicas, a fim de colaborar com a redução de eventos indesejáveis associados. Para isto, sugere-se que este tema seja mais salientado nos cursos de graduação em Enfermagem e de Terapia Ocupacional e que projetos de extensão devam ser desenvolvidos com alunos, com o propósito de prepará-los para uma abordagem adequada com os consumidores de álcool.

Este estudo pode contribuir para o avanço de estudos futuros, pois fornece subsídios para que se conheça o novo olhar do cuidado prestado às pacientes usuárias de álcool. Existe a necessidade de maior atenção a esse tema, uma vez que as atitudes e conhecimentos influenciam diretamente na qualidade do cuidar em mulheres alcoolistas.

Portanto nota-se que a crescente incidência e prevalência de consumo de substâncias psicoativas nas mulheres constituem uma ameaça à sua saúde biopsicossocial. Logo, a atenção à saúde da mulher contribui para o entendimento integral da mulher alcoolista, possibilitando o desenvolvimento de atividades e/ou atendimento diferenciado e específico para essas usuárias.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M.; et.al. Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Acta Paul Enferm**, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2012.

ASSIS, D. F. F.; CASTRO, N. T. C. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 358-370, ago./dez. 2010.

BRASIL. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1 ed., Brasília, DF: 2004.

CEBRID, **Livreto informativo sobre as Drogas psicotrópicas**. Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, 2003.

GALVÃO, C. M.; et. al. **Revisão Sistemática**: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem.v. 12, n.23, mai./jun. 2004.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora, 2009

JOMAR, R. T. **Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos de área adscrita à estratégia saúde da família no município do Rio de Janeiro**.Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2011.

LARANJEIRA, R.; DUAİLÍBI, S. M.; PINSKY, I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, set. 2005

MENDES, C.M.; CUNHA,F.R.; NOGUEIRA, A. A.; A mulher e o uso de álcool. **Rev. Bras.Ginecol. Obstet**, Ribeirão Preto - SP, 2011.

MORAES, L. F.; CARVALHO, R. H. S. B. F. Álcool, gravidez e síndrome alcoólica fetal: uma proposta de educação em saúde. **REBES - Rev. Bras. de Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 1-8. Pombal, PB. 2014.

NASCIMENTO, F. G. **O alcoolismo**: uma discussão sobre o consumo do álcool pelas mulheres. Fundação Edson Queiroz. Universidade de Fortaleza ( Dissertação de mestrado). Ceará , 2011. Disponível em : < <https://uol.unifor.br/oul/conteudosite/F1066349979/Dissertacao.pdf> . > Acesso em: 05 01 19.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Neurociências**: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Resumo. Genebra, 2004

OLIVEIRA, G. C.; et. al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre – RS, 2012

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 1028-34, Brasília, nov-dez. 2010.

VELOSO, L.U.P.; MONTEIRO, C.F.S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**,Terezina-PI,2013. [acesso em: 14 de out. 2015]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)



Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 03/08/2020

### **Margarete Aparecida Salina Maciel**

Universidade Estadual de Ponta Grossa –  
UEPG, Departamento de Análises Clínicas e  
Toxicológicas  
Ponta Grossa - Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/6972804785939322>

### **Andréa Timóteo dos Santos Dec**

Universidade Estadual de Ponta Grossa –  
UEPG, Departamento de Análises Clínicas e  
Toxicológicas  
Ponta Grossa - Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/8842599832175030>

### **Mackelly Simionatto**

Universidade Estadual de Ponta Grossa –  
UEPG, Departamento de Análises Clínicas e  
Toxicológicas  
Ponta Grossa - Paraná  
<http://lattes.cnpq.br/8725493123169200>

**RESUMO:** Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno exclusivo em crianças até os seis meses de idade garante um desenvolvimento pleno durante a primeira infância além de representar benefícios para o binômio mãe-filho. O projeto de extensão *Avaliação laboratorial na assistência à saúde e prevenção de doenças - Programa CRUTAC*, da Universidade Estadual de Ponta Grossa tem desenvolvido trabalhos educativos para grupos de gestantes incentivando o autocuidado e

práticas de cuidados com a criança, entre elas a amamentação. Este trabalho teve por objetivos avaliar o conhecimento prévio das gestantes em relação ao aleitamento materno e comparar a eficácia da Educação em Saúde frente a duas diferentes metodologias empregadas. O estudo foi descritivo com abordagem quantitativa. Nas oficinas educativas ocorridas em 2016 foi utilizada a metodologia 1, questionário com múltiplas escolhas e em 2017 a metodologia de perguntas orais usando placas para respostas. As oficinas educativas foram agendadas juntamente com as consultas do pré-natal e realizadas em duas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia da Família, do distrito de Itaiacoca, zona rural de Ponta Grossa-PR. Participaram um total de 12 gestantes, 50% primigestas com idades entre 14 e 44 anos. Os questionários referentes à amamentação foram aplicados antes e após a oficina abordando o tema aleitamento materno. Os resultados mostraram que a metodologia 2, mais informal, motivou uma maior participação das gestantes e foi mais efetiva na aprendizagem, com aumento de acertos em 23,1% contra 13,3% alcançado na metodologia 1. Portanto, a metodologia adotada tem influência no sucesso do processo de Educação em Saúde. Embora as gestantes tivessem conhecimento prévio sobre a amamentação, haviam muitas dúvidas a serem esclarecidas. Assim, a formação de grupos de gestantes, especialmente na zona rural, são fundamentais para o sucesso do cuidar na maternidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Aleitamento Materno; Gravidez.

## BREASTFEEDING AND HEALTH EDUCATION

**ABSTRACT:** According to the Brazilian Ministry of Health, exclusive breastfeeding in children up to six months of age guarantees full development during early childhood, in addition to representing benefits for the mother-child pair. The extension project Laboratory Evaluation in Health Care and Disease Prevention - CRUTAC Program, from the State University of Ponta Grossa has developed educational work for groups of pregnant women encouraging self-care and child care practices, including breastfeeding. The objective of this work was to evaluate the pregnant women's previous knowledge regarding breastfeeding and to compare the effectiveness of Health Education in relation to two different methodologies employed. The study was descriptive with a quantitative approach. In educational workshops held in 2016, methodology 1 was used, a multiple choice quiz, and in 2017 was used the methodology of oral questions using answer boards. The educational workshops were scheduled together with the prenatal examinations and held in two Basic Health Units with a Family Strategy, in the district of Itaiacoca, rural area of Ponta Grossa-PR. A total of 12 pregnant women participated, 50% primiparous, aged between 14 and 44 years old. The breastfeeding quizzes were applied before and after the workshop addressing the topic of breastfeeding. The results showed that methodology 2, more informal, motivated a greater participation of pregnant women and was more effective in learning, with an increase of 23,1% in correct answers against 13.3% achieved in methodology 1. Therefore, the adopted methodology has influence in the success of the Health Education process. Although pregnant women had previous knowledge about breastfeeding, there were many doubts to be clarified. Thus, the formation of groups of pregnant women, especially in rural areas, are fundamental for the success of maternity care.

**KEYWORDS:** Health Education; Breastfeeding; Pregnancy.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno exclusivo em crianças até os seis meses de idade garante um desenvolvimento pleno durante a primeira infância, contribui para a recuperação da mulher no período pós-parto, traz autoconfiança e realização para mulher, além de promover um laço afetivo entre a mãe e o bebê, proporcionando sentimentos de segurança e de proteção na criança (BRASIL, 2015a).

No entanto, as prevalências de aleitamento materno exclusivo no Brasil, estão muito abaixo das recomendadas, apesar das evidências científicas que comprovam a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentação para a criança pequena (BRASIL, 2015a).

Muitos são os fatores que exercem influência importante nas condutas relacionadas à amamentação e relacionam-se ao desmame precoce. Entre eles estão a insegurança materna decorrente de experiência anterior mal sucedida ou falta desta, as percepções das nutrizes sobre si mesmas e do leite materno como falta de leite ou leite fraco, a livre demanda, traumas mamilares, rejeição do bebê em pegar o seio, depressão e outras queixas relacionada às doenças maternas. Soma-se a isto, a influência de pessoas próximas, especialmente familiares e os múltiplos papéis da mulher na sociedade. É

possível sugerir ainda, a personalidade materna, as relações familiares e as influências sócio-culturais como fatores determinantes no processo de amamentar (ARAÚJO *et al.*, 2008; FUJIMORI *et al.*, 2010).

No Brasil foram desenvolvidas estratégias para aumentar os índices de aleitamento materno e reduzir o número de desmame precoce. Um marco importante foi a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981 que promoveu diversas ações de apoio ao aleitamento materno, com destaque no âmbito internacional. Outras estratégias inclui a portaria que torna obrigatório o alojamento conjunto de mãe e bebê em hospitais públicos, leis que amparam a mulher trabalhadora e programas como o Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento e o Método Canguru, entre outros, que direta ou indiretamente têm incentivado o aleitamento materno. Grupos não governamentais como a Pastoral da Criança e as Amigas do Peito também contribuíram com a implementação de algumas ações comunitárias (BRASIL, 2017).

Com a pactuação de uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e atenção à saúde para crianças de até dois anos de idade foi instituída no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS) a Rede Cegonha (2011). Mais tarde, 2013, se instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, além de políticas e programas para nortear as ações na saúde e a capacitação e a valorização da formação dos recursos humanos na Atenção Básica (BRASIL, 2015b).

Amamentar não é um processo simples. Questões sociais, biológicas, psicológicas e culturais estão envolvidas devendo-se respeitar os desejos e decisões maternas. Neste sentido, a orientação à gestante deve ser iniciada ainda no pré-natal, para que a mulher compreenda a fisiologia da lactação, os benefícios da amamentação para si e para o bebê, permitindo chegar à maternidade com esses conhecimentos e assegurar assim a melhor alimentação para o recém-nascido (AZEVEDO *et al.*, 2015).

O profissional da saúde deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar e estar preparado para receber a gestante com um atendimento de qualidade, saber ouvir e esclarecer dúvidas, valorizá-la e promover seu empoderamento. Para tanto, além de preparado tecnicamente, o profissional deve considerar todos os aspectos que envolvem a mulher como a cultura familiar, condições emocionais, a rede de apoio à mulher, entre outros (Brasil, 2015b). Assim, a mulher se sentirá mais segura para assumir o papel de mãe e prover o aleitamento do bebê de forma prazerosa (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Dada a importância de trabalhar o tema aleitamento materno, o projeto de extensão *Avaliação laboratorial na assistência à saúde e prevenção de doenças - Programa CRUTAC*, da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, tem desenvolvido oficinas de Educação em Saúde para grupos de gestantes, estimulando práticas que fortaleçam o

autocuidado e hábitos que visem a saúde materna e infantil, entre elas a da amamentação.

O presente estudo teve por objetivos avaliar o conhecimento prévio das gestantes em relação ao aleitamento materno e comparar a eficácia da Educação em Saúde empregando duas diferentes metodologias.

## 2 | METODOLOGIA

O estudo foi descritivo com abordagem quantitativa e analisou o conhecimento de gestantes sobre o tema aleitamento materno, antes e após oficinas educativas. Foram utilizadas duas diferentes metodologias, a do questionário com múltiplas escolhas contendo 15 questões, aplicadas no ano de 2016 e a de perguntas orais contendo 13 questões com duas opções de respostas A ou B, que foram respondidas levantando-se a uma placa com a resposta escolhida e aplicadas em 2017.

As oficinas foram agendadas juntamente com as consultas do pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia da Família (UBSF), a do Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC), localizada no Cerrado Grande e a outra na localidade de Biscaia, ambas no distrito de Itaiacoca, zona rural do município de Ponta Grossa, Paraná.

O desenvolvimento das oficinas contou com quatro momentos principais 1) Aplicação das questões, 2) Palestra *Práticas e Benefícios do Aleitamento Materno* 3) Reaplicação das questões e 4) Esclarecimentos de dúvidas.

Para finalizar foi indagado às gestantes se, durante o pré-natal houve orientação sobre a importância do aleitamento materno e quais foram as fontes de informações.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram das oficinas 12 gestantes da zona rural de Itaiacoca, sendo sete no ano de 2016 (metodologia do questionário) e cinco em 2017 (metodologia de respostas com placas).

A idade das gestantes variou entre 14 e 44 anos, sendo que 50% delas eram primigestas, isto é, estavam na primeira gestação.

A figura 1 apresenta os resultados antes e após as oficinas em saúde realizadas com as gestantes.

Para as oficinas educativas abordando *Práticas e Benefícios do Aleitamento Materno* em 2016 com o emprego da metodologia 1, das sete gestantes que participaram das atividades, duas (28,6%) obtiveram 100% de acerto nas questões antes da oficina. O índice de acerto geral foi de 69,3% antes da oficina e após a mesma foi de 82,7% representando um aumento de 13,4%. Neste grupo, as perguntas com maiores porcentagens de erros, representando 42,9% foram relacionadas ao motivo pelo qual deixariam de amamentar seu bebê, quais itens são prejudiciais à criança recém-nascida e qual a forma de oferecer o leite

materno armazenado.

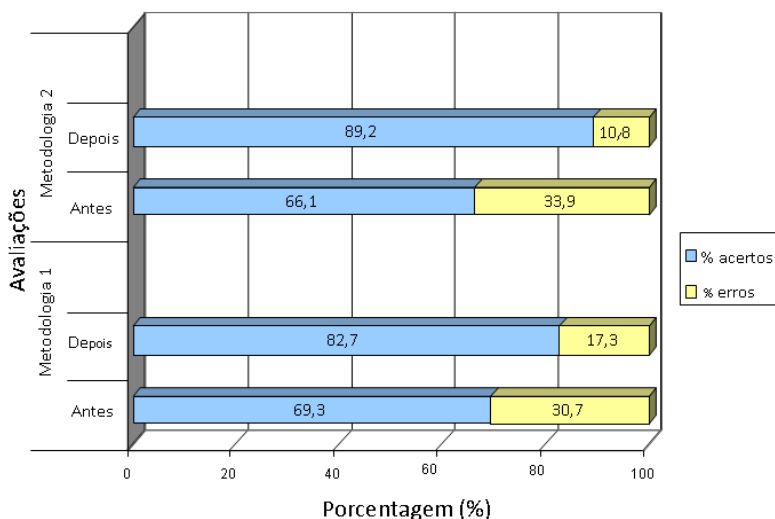


Figura 1 - Avaliações de metodologias empregadas em oficinas educativas abordado o tema *Práticas e Benefícios do Aleitamento Materno*, para gestantes de Itaiacoca (2016-2017).

Metodologia 1: Questionário com questões de múltipla escolha sobre o aleitamento materno, aplicado à sete gestantes em 2016; Metodologia 2: Questionário sobre o aleitamento materno com questões apresentando duas opções de resposta (A e B) e respondidas com o uso de placas, aplicado para cinco gestantes em 2017.

Em relação à metodologia 2 (2017), somente uma gestante acertou 100% das perguntas antes da oficina. O total de acertos entre as participantes foi de 66,1% antes da oficina e após seu desenvolvimento foi de 89,2% representando um aumento expressivo de 23,1%. O maior índice de dúvidas (60,0%), apresentadas por este grupo de gestantes estavam relacionadas ao que oferecer ao bebê nos primeiros seis meses de vida e sobre a oferta da chupeta.

Notou-se que, de maneira geral, as gestantes apresentavam algum saber prévio sobre o tema amamentação, porém muitas dúvidas ainda estiveram presentes e puderam ser esclarecidas.

Na comparação entre as metodologias utilizadas, a metodologia 2, aplicação do questionário oral, permitiu uma participação mais ativa das gestantes. O resultado foi mais eficaz e ficou evidenciado que o método lúdico favoreceu a aprendizagem.

Quanto ao acesso à informações e orientações sobre o aleitamento materno, todas enfatizaram as atividades realizadas pelo projeto, como um momento enriquecedor e de aprendizado (100,0%), a família (100,0%). Cinco citaram os meios de comunicação (41,7%)

e apenas três o atendimento pré-natal (25,0%).

As gestantes se mostraram mais confiantes na capacidade de amamentar e demonstraram um maior desejo de fazê-lo, visto que o ato estabelece uma relação íntima, corporal e de conhecimento entre a mãe e seu filho, aumentando os laços afetivos entre ambos.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do conhecimento prévio das gestantes frente o tema abordado foi uma forma de se trabalhar conceitos falhos ou inadequados e de se levar novas informações de tal maneira que se incentivou e demonstrou os benefícios para mãe e para o bebê que o aleitamento materno proporciona.

Muitas gestantes não amamentam durante o tempo mínimo de 6 meses, por não terem informações suficientes, estímulo ou apoio. As oficinas educativas com grupos de gestantes, especialmente na zona rural representam uma forma de empoderamento da mulher, ajudando-as no processo de cuidar na maternidade.

As metodologias utilizadas nas oficinas em saúde podem influenciar no sucesso do aprendizado.

## 5 | APOIO

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Culturais/Divisão de Extensão Universitária da Universidade Estadual de Ponta Grossa (Programa de Bolsa PROEX) e Fundação Araucária (Programa de Apoio à Ações Afirmativas para Inclusão Social em Atividades de Extensão - PIBIS e Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária - PIBEX).

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, O. D. *et al.* **Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.61, n.4, p.488-92, jul./ago., 2008.

AZEVEDO, A. R. R. *et al.* **O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 439-445, jul./set., 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23). ISBN 978-85-334-2290-2. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 06 jul. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 152 p. : il. ISBN 978-85-334-2215-5. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_nacional\\_promocao\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf). Acesso em: 06 jul. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p. : il. ISBN 978-85-334-2531-6. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases\\_discussao\\_politica\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf). Acesso em: 03 jul. 2020.

Fujimori, E. *et al.* **Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde.** Interface - COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO, v.14, n.33, p.315-27, abr./jun. 2010

SANTOS, F. C. S. *et al.* **Atuação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde amigas da amamentação.** Revista Rene, Fortaleza, v.15, n1, p.70-7, jan./fev., 2014.

# CAPÍTULO 4

## ANÁLISE CONCEITUAL: REFLEXÕES SOBRE PARTO HUMANIZADO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

### **Luana Silva de Sousa**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6203-0024>

### **Germana Pinheiro Correia Lima**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6550-1231>

### **Ana Karoline Barros Bezerra**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8249-4053>

### **Jéssica Cunha Brandão**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7049-9036>

### **Nayara Santana Brito**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9782-5513>

### **Francisca Josiane Barros Pereira**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8942-1474>

### **Ryvanne Paulino Rocha**

Universidade Federal do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6720-6076>

### **Angelita Livia da Silveira Brito**

Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7968-6014>

### **Raissa Emanuelle Medeiros Souto**

Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5995-2784>

### **Ismaelle Ávila Vasconcelos**

Universidade Federal do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2416-8524>

### **Mateus Moura da Silva**

Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2874-8195>

### **Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2675-7023>

**RESUMO:** **Objetivo:** Refletir acerca do conceito “parto humanizado”, seus atributos, antecedentes e consequentes. **Metodologia:** Análise de conceito baseada na literatura e no Modelo Evolucionário de Rodgers. **Resultados e Discussão:** Os principais atributos foram: respeito à fisiologia do parto, reconhecimento dos direitos fundamentais, experiência humana que envolve aspectos subjetivos, sociais,



psicológicos da parturiente, conjunto de boas práticas para a promoção do nascimento saudável e prevenção da mortalidade materna e perinatal e parto seguro, natural e ativo. Os antecedentes estavam relacionados ao atendimento no modelo holístico, em que o cuidado é centrado no ser humano e nas suas necessidades individuais e biopsicoemocionais. Os consequentes envolveram os benefícios garantidos para a mulher, o bebê e a família.

**Considerações Finais:** O estudo proporcionou uma reflexão sobre o parto humanizado a partir de modos de cuidar que contribuam para o protagonismo da mulher e uma nova forma de pensar em relação à prática profissional, com o estímulo à formulação de estratégias para superar o modelo tecnocrático centrado em práticas intervencionistas desnecessárias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Humanizado, Saúde da Mulher, Análise de Conceito, Enfermagem.

## CONCEPTUAL ANALYSIS: REFLECTIONS ON HUMANIZED CHILDBIRTH

**ABSTRACT:** Objective: To reflect on the concept of “humanized childbirth” and discuss its attributes, antecedents and consequences. Methodology: Concept analysis based on the literature and the Rodgers Evolutionary Model. Results and Discussion: The main attributes were: respect for the physiology of childbirth, recognition of fundamental rights, human experience that involves subjective, social, psychological aspects of the parturient, a set of good practices for the promotion of healthy birth and prevention of maternal and perinatal mortality and safe, natural and active birth; the antecedents, on the other hand, were related to care in the holistic model, in which care is centered on the human being and on his individual and biopsicoemotional needs; the consequences involved the guaranteed benefits for the woman, the baby and the family. Final Considerations: The study provided a reflection on care, looking for ways of caring that contribute to the role of women, leading to a new way of thinking in relation to professional practice, with the encouragement to formulate strategies to overcome the centered technocratic model in unnecessary interventionist practices.

**KEYWORDS:** Humanized Childbirth, Women’s Health, Concept Analysis, Nursing.

## INTRODUÇÃO

O parto era um fenômeno fisiológico íntimo e privativo, compartilhado apenas entre mulheres, com o auxílio de parteiras, cercado de significados culturais. Todavia, no século XX, com os avanços tecnológicos e científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, foram introduzidas novas práticas no processo de parturição (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Assim, a partir do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, o modelo de assistência obstétrica era, predominantemente, caracterizado pela institucionalização do parto, centrado em atos médicos e no uso rotineiro de práticas intervencionistas desnecessárias (SANTOS *et al.*, 2015; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Essas condutas relacionam-se diretamente com a desqualificação do cuidado ofertado à mulher durante o parto, desconsiderando os seus direitos e os dos atores sociais envolvidos nesse processo.

Em um movimento de transformação desse cenário, a *World Health Organization*

(WHO) publicou um guia prático para garantir a maternidade segura e a assistência humanizada sem riscos à mulher e ao recém-nascido. As propostas objetivavam reduzir intervenções desnecessárias durante o processo de parturição, valorizar a mulher como protagonista no cenário do parto, incorporar o acompanhante de livre escolha dessa gestante e considerar a dimensão social e emocional na dinâmica assistencial, norteando a prática clínica por evidências científicas (WHO, 1996).

Além desse guia, desenvolveu e publicou a classificação das práticas utilizadas na condução do parto vaginal e do nascimento, com base em evidências científicas, orientando o que deve e o que não deve ser utilizado durante o processo parturitivo. Ademais, preconizou-se a oferta de capacitações e a inserção dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto (WHO, 1996; WHO, 2018). A atenção prestada e a forma de relacionamento entre parturientes e esses profissionais são fundamentais frente à humanização do parto e nascimento.

No Brasil, as tendências em reorganizar a atenção ao parto e nascimento foram oriundas de programas e políticas de saúde que passaram a difundir o parto humanizado em diversos segmentos. Essas mudanças enfatizam o resgate do parto como evento fisiológico que deve ser conduzido a partir da perspectiva da humanização (MELO *et al.*, 2017).

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, a humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias. Para isso, é necessário: organização do serviço de saúde em ambiente acolhedor onde prevaleçam práticas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher e incorporação de práticas e procedimentos que contribuam para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas despersonalizadas e intervencionistas que acarretem riscos à saúde materno-infantil (BRASIL, 2002).

Nesse contexto surge a Rede Cegonha, política instituída pelo Ministério da Saúde que configurou a criação de uma rede de cuidados que visa a assegurar à mulher o direito à atenção humanizada durante todo o processo reprodutivo e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Assim, humanização é um conceito polissêmico e amplo que assume a concepção de um cuidado obstétrico que respeita a fisiologia do parto e incentiva o protagonismo da mulher nesse processo. Ademais, busca desenvolver suas práticas baseadas nas melhores evidências científicas e desincorpora o modelo tecnocrático, reduzindo as condutas invasivas desnecessárias e danosas (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Um conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno, referindo-se às ocorrências naturais provenientes de acontecimentos, pensamentos ou estudos (POLES; BOUSSO, 2009). A análise do conceito é importante para prática clínica

por proporcionar embasamento científico para utilização do processo de enfermagem (MOREIRA *et al.*, 2014). Deve ser algo contínuo, pois um conceito é algo dinâmico, por isso deve ser continuamente discutido (RODGERS, 2000). O conceito parto humanizado já é analisado e encontrado na literatura (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017), dessa forma, busca-se refletir acerca do emprego do conceito atualmente e uma maior compreensão desse processo.

Diante do exposto, este estudo objetivou refletir acerca do conceito “parto humanizado”, seus atributos, antecedentes e consequentes a partir do modelo Evolucionário de Rodgers.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de análise de conceito baseado no referencial do modelo evolucionário de Rodgers. Existem diversos modelos de análise conceitual que tem como principal objetivo o exame dos atributos críticos de um conceito particular, como os modelos propostos por Walker e Avant (1995), Schwartz-Barcott e Kim (2000) e Rodgers (2000). O método evolucionário de Rodgers, utilizado para analisar o conceito parto humanizado, caracteriza-se por levar em consideração os aspectos e a dependência contextual como influenciadores do conceito. Constitui, portanto, uma estratégia válida para investigar um conceito de interesse, contribuindo para prática clínica e pesquisa em enfermagem (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

O método evolucionário é constituído de seis etapas complementares e interdependentes: 1) identificação do conceito de interesse e as expressões associadas; 2) seleção de um campo para a coleta de dados; 3) análise dos dados relevantes acerca dos atributos e a base contextual do conceito; 4) análise dos dados e das informações acerca das características do conceito, seus antecedentes e consequentes; 5) identificação dos substitutos, conceitos relacionados e caso modelo e 6) definição das implicações e hipóteses para o desenvolvimento do conceito (LOPES *et al.*, 2010).

Um conceito pode ser entendido como uma ideia ou construção mental organizada em relação a um fenômeno, que ocorre na natureza ou no pensamento. Desta forma, os conceitos podem ser empíricos ou concretos, quando observados pelos sentidos, ou abstratos, quando não são observáveis (MOREIRA *et al.*, 2014).

O desenvolvimento do conceito ocorre de maneira contínua e cíclica e perpassa o tempo e o interior de vários contextos particulares (LOPES *et al.*, 2010). Trata-se de um processo cíclico, conduzido por três elementos: significado, uso e aplicação, ou seja, o significado de determinado conceito depende do seu uso e da sua aplicação. O método corresponde a um modelo indutivo e descritivo utilizado para investigar o consenso e o conhecimento histórico de determinado conceito (RODGERS, 2000).

Para Rodgers (2000), a análise de conceito é construída de forma contínua porque

os conceitos são dinâmicos, “indistintos”, dependentes do contexto e possuidores de utilidade ou finalidade pragmática, necessitando assim, ser continuamente refinado, de modo a serem introduzidas atualizações que favoreçam seu entendimento e utilidade prática. Assim, compreender um conceito permite correlacionar atributos, antecedentes e consequentes relacionados a ele.

A análise foi construída por meio de uma literatura aprofundada de material relativo a parto humanizado disponibilizados pelo Ministério da Saúde e artigos publicados em periódicos através de busca eletrônica nas bibliotecas e bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) no período de janeiro a março de 2020. Foram utilizados os descritores: Parto humanizado, Saúde da Mulher, Análise de Conceito, Enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do estudo serão apresentados considerando: atributos do conceito parto humanizado, antecedentes do conceito parto humanizado e consequentes do conceito parto humanizado.

### Atributos do conceito parto humanizado

Os atributos são conceituados como a definição real e expressões ou palavras utilizadas com frequência pelos autores para definir os fenômenos e apresentadas como afirmação dos conceitos elaborados (RODGERS, 2000; LOPES *et al.*, 2010).

Ao desenvolver o conceito parto humanizado, os principais atributos encontrados foram: respeito à fisiologia do parto, reconhecimento dos direitos fundamentais das mães e bebês, experiência humana que envolve aspectos subjetivos, sociais, psicológicos da parturiente, conjunto de boas práticas para a promoção do nascimento saudável e prevenção da mortalidade materna e perinatal e parto seguro, natural e ativo (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

É possível observar uma consonância entre os atributos encontrados, uma vez que todos convergem para a ideia de respeito e promoção do nascimento saudável (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017). Os atributos observados vão ao encontro do que busca a política de humanização da assistência ao parto e nascimento, que tem como objetivos diminuir o número de intervenções na assistência ao parto, inserir a mulher como protagonista do próprio parto, incorporar o acompanhante no processo e considerar a dimensão social e emocional na dinâmica assistencial (BRASIL, 2002).

Deve-se levar em consideração que o conceito foi analisado após a criação e publicação do PHPN, momento em que, no Brasil, muitos esforços foram realizados por instituições governamentais e não governamentais para mudar a assistência obstétrica, buscando a adoção de práticas baseadas em evidências científicas (BRÜGGEMANN *et*

*al.*, 2013).

Ao analisar os atributos essenciais, observa-se que as expressões utilizadas para definir o parto humanizado complementam-se e convergem para duas ideias centrais: o respeito ao ser humano em sua essência e cidadania e a naturalidade com que o nascimento deve ser visto e vivenciado (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

Para que todas as fases do trabalho de parto aconteçam adequadamente, é necessário atender as necessidades da gestante: privacidade, proteção e segurança. Para isso, a assistência ao parto deve se sustentar em três pilares: acolhimento como prática técnico-assistencial, criação de vínculo e promoção da sensação de segurança (COSTA; SANTOS; PROGIANTI, 2016).

A humanização compreende o respeito às escolhas, individualidades e singularidades de cada parturiente (POSSATI *et al.*, 2017). Portanto, a assistência humanizada ao parto não deve ser realizada de forma impessoal, como se todas as mulheres aceitassem e estivessem satisfeitas em relação aos seus aspectos, considerando as divergências no posicionamento das mulheres em relação às práticas de autocuidado, aos procedimentos realizados pelos profissionais e à presença do acompanhante (JAMAS; HOGA; ROBERTE, 2013).

Dessa forma, é importante que as mulheres sejam orientadas sobre as diferentes modalidades de assistência ao parto para que possam escolher de forma consciente o modelo assistencial desejado e em quais instituições ele é oferecido. O empoderamento da mulher sobre o seu corpo e qual modalidade se adequa ao que ela entende como adequado para si, é importante para tornar o momento humanizado (JAMAS; HOGA; ROBERTE, 2013).

De tal modo, observou-se que os atributos encontrados convergem para a importância da mulher como protagonista do parto e da vivência desse momento da forma mais fisiológica possível.

### **Antecedentes do conceito parto humanizado**

Os antecedentes correspondem às situações, eventos ou fenômenos que antecederam o conceito de interesse e auxiliam a compreensão do contexto social em que ele é geralmente utilizado (RODGERS, 2000; LOPES *et al.*, 2010).

No estudo que analisou o conceito parto humanizado, inferiu-se que os antecedentes encontrados estavam relacionados ao atendimento no modelo holístico, em que o cuidado é centrado no ser humano e nas suas necessidades individuais e biopsicoemocionais (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

Frente a isso, os Centros de Parto Normal (CPN) foram criados, por meio da Portaria Ministerial nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999, sendo considerados unidades de saúde que prestam atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente, ao parto normal sem distócias, sob a responsabilidade de enfermeiros obstetras (BRASIL, 1999; BRASIL, 2015).

A atenção prestada e a forma de relacionamento entre parturientes e enfermeiros obstetras são fundamentais frente à humanização do parto e nascimento. No CPN, o acompanhamento contínuo embasado nas políticas públicas de saúde, fazendo uso das tecnologias apropriadas, necessárias e fundamentadas cientificamente, gera nas mulheres satisfação e segurança com o cuidado ofertado (ROCHA *et al.*, 2015).

Assim, os CPN visam resgatar a dignidade da mulher no processo parturitivo, visando exercer os princípios da humanização da assistência, valorizando o acolhimento, a escuta sensível e a relação respeitosa entre profissionais e usuárias (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Outro antecedente é a educação em saúde para desmistificar a dor que envolve o trabalho de parto e parto (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017). O uso de tecnologias educacionais é útil no sentido de ajudar no empoderamento da mulher acerca do seu processo parturitivo. Percebe-se, desse modo, o fortalecimento da autonomia, bem como a corresponsabilização pela assistência, visto que a mulher é orientada a participar das decisões relacionadas ao seu trabalho de parto e parto (SOARES *et al.*, 2017; DUARTE *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro obstetra é estratégica, fundamental na qualificação dos serviços de saúde e na assistência à mulher no processo de parturição. Esse profissional torna-se indispensável no acompanhamento da parturiente, pois a estimula a assumir seu papel de protagonista, sendo capaz de utilizar estratégias transformadoras do ambiente em que atua, traduzir a ciência que aprendeu em moldes humanistas, levando em conta os direitos da mulher à maternidade segura e prazerosa (REIS *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2016).

Assim, destaca-se o enfermeiro obstetra como o profissional que assume a postura de educador e que compartilha saberes e práticas, contribuindo para o empoderamento da mulher e a autoconfiança para viver o parto de forma integral.

## **Consequentes do conceito parto humanizado**

A definição dos consequentes envolve acontecimentos decorrentes da aplicação do fenômeno investigado, ou seja, que surgiram após a aplicação em análise (RODGERS, 2000; LOPES *et al.*, 2010).

Os pesquisadores identificaram os principais consequentes relacionados ao conceito parto humanizado, que foram: sentimentos de confiança, tranquilidade, respeito e prazer durante o processo de parto, o que contribui para redução do número de cesarianas (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

O respeito à mulher configurou-se como fator primordial no parto humanizado, além do suporte emocional e da orientação ofertados à parturiente sobre os procedimentos que serão realizados. Tudo isso proporciona benefícios para as mulheres, pois elas relatam perceber seus potenciais internos fortalecidos para a tomada de suas próprias decisões, o

que significa o respeito e o reconhecimento do seu direito de fazer escolhas (POSSATI *et al.*, 2017).

Outro consequente encontrado foi a relação de afeto e a compreensão intersubjetiva entre os personagens do ser que cuida e é cuidado, no sentido de manter-se constantemente presente, conversar, ouvir, sentir e perceber angústias, medos e anseios, o que contribui para um sentimento de parto prazeroso e respeitoso (SOUZA *et al.*, 2016).

O sentimento de parto humanizado foi encontrado nos cenários que envolveram cuidados centrados na mulher e na família durante a assistência prestada por profissionais qualificados. Esses cenários constituem um conjunto de condutas, atitudes e posturas baseados em: diálogo, empatia, acolhimento, orientação e informação, bem como na valorização da parturiente e sua família enquanto sujeitos de direitos e necessidades. Isto melhora os indicadores de qualidade na saúde materno-infantil e reduz a utilização de intervenções desnecessárias durante a parturição, como episiotomia, enema, toques sucessivos e tricotomia (SOUZA *et al.*, 2016).

O estudo elencou todos esses consequentes em três categorias: a primeira envolve a mulher - sentimento de autonomia, empoderamento, protagonismo, recuperação rápida, redução da morbimortalidade materna, parto respeitoso e prazeroso, assistência satisfatória, valorização, realização pessoal e percepção positiva do parto normal; a segunda, o recém-nascido - boa vitalidade, contato pele a pele, incentivo ao aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida, favorecimento do vínculo mãe-bebê e cuidado integral; a terceira constitui a família - maiores laços afetivos, fortalecimento de vínculo e valorização dos aspectos sociais e culturais da mulher (MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

Neste aspecto, os consequentes do conceito parto humanizado contribuem com grandes benefícios para a mãe, o recém-nascido e a família, configurando-se como resultado de uma assistência que proporciona uma experiência exitosa de parto humanizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de um conceito deve ser contínua, visto que o conceito é dinâmico. Ao refletir sobre o conceito “parto humanizado”, a partir do modelo Evolucionário de Rodgers, observou-se que esse conceito está sendo evidenciado na prática envolvendo profissionais e mulheres no cenário da assistência ao parto e nascimento.

A discussão acerca do conceito “parto humanizado” possibilita a compreensão da assistência pautada nas necessidades da mulher como ser individual e singular e que deve ser respeitado em suas escolhas. Os atributos, antecedentes e consequentes relacionados, trabalhados na sua análise, são encontrados nos estudos recentes sobre o tema.

Dessa forma, o estudo do conceito proporcionou uma reflexão sobre o parto humanizado, buscando modos de cuidar que contribuam para o protagonismo da mulher e uma nova forma de pensar em relação à prática profissional, com o estímulo à formulação

de estratégias para superar o modelo tecnocrático centrado em práticas intervencionistas desnecessárias.

Nesse contexto, a humanização da assistência ao parto perpassa por condutas que valorizam o protagonismo da mulher, a fisiologia do parto, os limites, os anseios, os medos e, acima de tudo, acolham a família em suas particularidades.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 985/GM**, de 5 de agosto de 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, 07 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília: MS, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. **Programa Humanização do Parto**: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRÜGGEMANN, O.M.; OLIVEIRA, M.E.; MARTINS, H.E.L.; ALVES, M.C.; GAYESKI, M.E. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc Anna Nery**.v.17, n.3, p. 432-438, 2013.

COSTA, R.F.; SANTOS, I.; PROGIANTI, J.M. Habilidades das enfermeiras obstétricas como mediadoras do processo educativo: estudo sociopoético. **Rev. enferm. UERJ**, v. 24, n. 4, p. e18864-e18864, 2016.

DIAS, E.G. et al. Assistência de Enfermagem no parto normal em um hospital público de Espinosa, Minas Gerais, sob a ótica da puérpera. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 38-48, 2016

DUARTE, M.R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

JAMAS, M.T.; HOGA, L.A.K.; REBERTE, L.M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, 2013.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & contexto enferm.**, v.19, n.3, p. 462-468, 2010.



MEDEIROS, R.M.K.; TEIXEIRA, R.C.; NICOLINI, A.B.; ALVARES, A.S.; CORRÊA, A.C.P.; MARTINS, D.P. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Rev. Bras Enferm**, v.69, n.6, p.1029-1036, 2016.

MELO, L.P.T.; DOUDOU, H.D.; RODRIGUES, A.R.M.; SILVEIRA, M.A.M.; BARBOSA, E.M.G.; RODRIGUES, D.P. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.1, n.1, p. 59-67, 2017.

MONTEIRO, M. C.; HOLANDA, V. R.; MELO, G. P. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n. 1885, 2017.

MOREIRA, R. P. et al. Análise de conceito do resultado de enfermagem mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Enferm**, v.67, n.3, p. 443-449, 2014.

POLES, K.; BOUSSO, R.S. Morte digna da criança: análise de conceito. **RevEscEnferm USP**, v.43, n.1, p. 215-222, 2009.

POSSATI, A.B. et al. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, v.21, n.4, 2017.

REIS, T.R.; ZAMBERLAN, C.; QUADROS, J.S.; GRASEL, J.T.; MORO, A.S.S. Obstetric nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.(Spe), p. 94-101, 2015.

ROCHA, F.A.A.; FONTENELE, F.M.C.; CARVALHO, I.R.; RODRIGUES, I.D.C.V.; SOUSA, R.A.; FERREIRA JÚNIOR, A.R. Careduring labor andbirth: mothers' perception. **Rev Rene.**, v.16, n.6, p.782-789, 2015.

RODGERS, L.B. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B.L.; KNALF, A.K. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.

SANTOS, A.L.S.; OLIVEIRA, A.R.S.; AMORIM, T.; SILVA, U.L. Labor supportpeoplefrom a postpartumwoman's perspective. **RevEnferm. UFSM**, v.5, n.3, p.531-540, 2015.

SCHWARTZ-BARCOTT, D.; KIM, H.S. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In: RODGERS, B.L.; KNALF, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; p. 107-133, 2000.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.19, n.3, p. 424-431, 2015.

SOARES, Y.K.C.; MELO, S.S.S.; GUIMARÃES, T.M.M.; FEITOSA, V.C.; GOUVEIA, M.T.O. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11 (Supl. 11, p. 4563-4573, nov., 2017.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

VARGENS, O.M.C.; SILVA, A.C.V.; PROGIANTI, J.M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.21, n.1, 2017.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. Conceptdevelopment. In: WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**. 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995. p. 35-78.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and newborn health/safe motherhood unit care in normal birth**: a practical guide. Geneve: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.

# CAPÍTULO 5

## ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE DTPA EM GESTANTES NO PERÍODO DE 2013 A 2018: UMA OBSERVAÇÃO A NÍVEL REGIONAL

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 07/07/2020*

### **Tom Ravelly Mesquita Costa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0525068318809559>

### **Andréia Ferreira dos Santos**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6652502422384106>

### **Maria Simone Lopes**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6026742828876022>

### **Mariana Veras Rocha Borges**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5930342479033842>

### **Pedro Henrique dos Santos Silva**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2215079313574335>

### **Sara Sabrina Vieira Cirilo**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9775180855173606>

### **Victor Trindade da Cruz**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5996752994438507>

### **Giovanna Stefanne Lópes Barbosa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2980249092093311>

### **João Cesar Lima**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3632067131257080>

### **Rafael Santos Correia**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2760594827711267>

### **Sandy Alves Pereira**

Universidade Federal do Piauí, Curso de  
Fisioterapia  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9125253198815418>

### **Deodato Narciso de Oliveira Castro Neto**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9228087755660953>

**RESUMO:** O objetivo do presente foi analisar a epidemiologia dos registros da cobertura

vacinal de dTpa, na região Nordeste, no período de 2013 a 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, observacional e transversal em que a cobertura vacinal de dTpa em gestantes, na região Nordeste, entre 2013 a 2018, foi analisada através das variáveis região, unidade da federação, ano, casos confirmados e morbidade de coqueluche, de difteria e de tétano neonatal com a faixa etária menor que um ano, disponível no site do banco de dados DATASUS/TABNET. A média de cobertura vacinal de dTpa total na região nordeste foi de 34,67%, sendo destes, 64,93% em 2018 e 4,3% em 2013. O estado que apresentou menor cobertura vacinal em 2013 foi o Sergipe com 0,64%, alcançando 62,05% em 2018. O Ceará foi o estado da região nordeste com maior avanço na cobertura vacinal, a saber, 2,89% em 2013 e 81,84% em 2018, obtendo a melhor média total da região com 46,78%. O Piauí apresentou a menor cobertura vacinal total no período analisado. Em relação aos casos confirmados de coqueluche, de difteria e de tétano neonatal, destacou-se 3693 casos, 1 caso e 0 casos, respectivamente. O maior número de casos no total e de óbitos foi observado em Pernambuco. Portanto, a inclusão da vacina dTpa como protocolo do calendário vacinal das gestantes implicou na redução significativa dos casos de difteria, de tétano e de coqueluche.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epidemiologia, Vacinação, Gestantes, Cobertura Vacinal, Cuidado Pré-Natal.

## ANALYSIS OF DTPA VACCINE COVERAGE IN PREGNANT WOMEN IN THE PERIOD 2013 TO 2018: AN OBSERVATION AT THE REGIONAL LEVEL

**ABSTRACT:** The objective of this study was to analyze the epidemiology of dTpa vaccination coverage records, in the Northeast region, from 2013 to 2018. This is a quantitative, observational and cross-sectional epidemiological study in which dTpa vaccination coverage in pregnant women, in Northeast region, between 2013 and 2018, was analyzed using the variables region, federation unit, year, confirmed cases and pertussis, diphtheria and neonatal tetanus morbidity with the age group less than one year, available on the database website DATASUS / TABNET. The average total dTpa vaccination coverage in the Northeast was 34.67%, of which 64.93% in 2018 and 4.3% in 2013. The state with the lowest vaccination coverage in 2013 was Sergipe with 0, 64%, reaching 62.05% in 2018. Ceará was the state in the northeast region with the greatest advance in vaccination coverage, namely, 2.89% in 2013 and 81.84% in 2018, obtaining the best total average in the region with 46.78%. Piauí had the lowest total vaccination coverage in the analyzed period. Regarding confirmed cases of whooping cough, diphtheria and neonatal tetanus, 3693 cases stood out, 1 case and 0 cases, respectively. The largest number of cases in total and deaths was observed in Pernambuco. Therefore, the inclusion of the dTpa vaccine as a protocol in the pregnant women's vaccination schedule implied a significant reduction in the cases of diphtheria, tetanus and whooping cough.

**KEYWORDS:** Epidemiology, Vaccination, Pregnant Women, Vaccine Coverage, Prenatal Care.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os imunobiológicos, popularmente conhecidos como vacinas, têm a função de

induzir uma memória imunológica eficaz no combate às infecções causadas por vírus e bactérias que invadem o organismo e multiplicam-se. Estes podem ser desenvolvidos de duas formas, a saber, através de uma porção atenuada ou completamente inativa do agente que causa a doença. O processo de memória imunológica ocorre a partir da resposta gerada pelas células de defesa do organismo exposto ao antígeno, para o qual serão produzidos anticorpos, cujos irão combater, futuramente, o agente ativo caso exista a exposição (SBim, 2016).

No período gestacional, especialmente, a vacinação tem como principal objetivo a proteção da mãe contra doenças e complicações da gestação, assim como a proteção do feto, visto que fornece anticorpos para que resista a infecções devido à baixa resistência do seu sistema imunológico. Assim, a administração de imunobiológicos proporciona a produção desses anticorpos que são passados da mãe para o bebê através da placenta, do colostro e do leite materno. É válido ressaltar também que apenas algumas vacinas podem ser administradas nesse período para evitar possíveis danos à gestante e ao feto (LOUZEIRO *et al.*, 2014).

O cuidado com o calendário vacinal, dessa forma, está relacionado com uma atenção adequada à saúde durante o pré-natal. Devido às especificidades e riscos de cada período da gestação, as recomendações de vacinas para a gestante são orientadas pela idade gestacional, bem como pelas imunizações prévias da mulher e possíveis contraindicações (BRASIL, 2012). O Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBim) preconizam que sejam administradas, durante a gestação, as vacinas dupla adulto (dT), triplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa), hepatite B e influenza (gripe).

A dTpa, foco desta pesquisa, protege contra três doenças: tétano, difteria e coqueluche. Tendo já sido a maior causa de mortalidade infantil no Brasil, esta última, doença de alta transmissibilidade, é a maior preocupação desse conjunto (VERÇOSA.; PEREIRA, 2017). A conduta de vacinação depende do histórico vacinal da gestante, mas recomenda-se que seja após a 20ª semana de gestação. Quando administrada, a vacina protege o feto através da passagem transplacentária dos anticorpos, que conferem proteção até os três primeiros meses de vida (SBim, 2018).

Apesar da vacinação representar um investimento com excelente relação entre custo e benefício, por determinar um grande impacto na saúde ao evitar mortes e uma série de doenças, a aceitação das vacinas não é universal. Essa hesitação vacinal crescente impacta diretamente no percentual de cobertura vacinal, colocando em risco o sucesso já obtido pelo PNI do Brasil. Os percentuais elencados para uma proteção ótima variam entre 70 a 80% de cobertura vacinal; no entanto, desde 2016 o percentual está em declínio (SATO, 2018).

Nesse sentido, mostra-se necessário mapear as situações de cobertura vacinal no Brasil, a fim de identificar tanto êxitos quanto possíveis falhas nos esforços de prevenção

e promoção à saúde das redes de atenção. A identificação das demandas regionais pode orientar o fortalecimento das campanhas e a garantia de acesso às imunizações. O objetivo do presente estudo, assim, é analisar a epidemiologia dos registros da cobertura vacinal de dTpa, na região Nordeste, entre os anos de 2013 a 2018.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, observacional e transversal, da cobertura vacinal de dTpa em gestantes, na região Nordeste, no período de 2013 a 2018. O levantamento ocorreu por meio da plataforma de base de dados DATASUS/TABNET. Para a execução desse trabalho, foram utilizadas as variáveis região, unidade da federação, ano, casos confirmados e morbidade de coqueluche, de difteria e de tétano neonatal com a faixa etária menor que um ano.

A Região Nordeste contempla as seguintes Unidades Federativas: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe. De acordo com o censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população dessa região brasileira era de 53.081.950 habitantes, dos quais 73,13% vivem na zona urbana das cidades.

Na produção desse trabalho, foram utilizados somente dados notificados e tabulados no DATASUS. Os resultados obtidos durante a coleta de informações foram tabelados usando o programa *Microsoft Office Excel 2013®*.

Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de dados secundários, de domínio público não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), entretanto, foram respeitados os aspectos das resoluções 466/12 e 510/16.

## 3 | RESULTADOS

No presente estudo, constatou-se que, no período analisado, a região Nordeste registrou uma média de cobertura vacinal de dTpa total de 34,67%, sendo destes, 64,93% no ano de 2018 com disparidade com o ano de 2013 com apenas 4,13%. O estado de Sergipe, no ano de 2013, apresentou a menor cobertura vacinal com 0,64%, havendo aumento ao passar dos anos, alcançando 62,05% em 2018, com uma média total de 28,14%. Dentre os estados da região Nordeste, o que apresentou o maior avanço na cobertura vacinal foi o estado do Ceará, observado no aumento de 2,89% para 81,84% em 2018, obtendo também a melhor média total da região, 46,78%. Não obstante, importante ressaltar o Piauí, haja vista que apresenta a menor cobertura vacinal total, no período analisado. Além disso, foi perceptível que no ano de 2018 ocorreu um aumento significativo em relação aos demais anos (Gráfico 1).

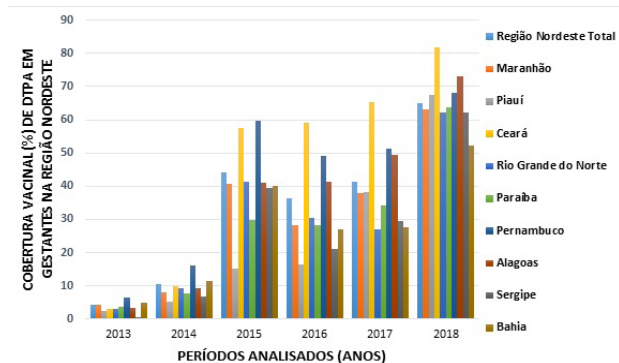


Gráfico 1- Cobertura vacinal de dTpa em gestantes, na Região Nordeste, Brasil, entre 2013 a 2018.

Fonte: DATASUS.

Em relação aos casos confirmados de coqueluche, de difteria e de tétano neonatal em menores de 1 ano de idade, destaca-se coqueluche com 3693 casos em toda região, contra 1 (Pernambuco, em 2016) caso de difteria e 0 de tétano neonatal. Dentro dessa perspectiva de coqueluche, vale ressaltar Pernambuco – que apresentou 1625 casos no período analisado, sendo destes 686 em 2014 – e Sergipe – que apresentou 128 casos no período analisado, sendo destes 13, em 2014 – como estados que apresentaram o maior e o menor número de casos totais, respectivamente (Tabela 1).

CASOS CONFIRMADOS DE COQUELUCHE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE							
Região/UF de notificação	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Região Nordeste	562	1633	634	237	271	356	3693
Maranhão	28	102	59	8	12	14	223
Piauí	58	171	100	16	24	12	381
Ceará	26	130	50	14	16	11	247
Rio Grande do Norte	67	66	52	12	7	14	218
Paraíba	23	30	10	-	3	2	68
Pernambuco	119	686	255	154	184	227	1625
Alagoas	99	126	24	11	7	24	291
Sergipe	8	13	3	-	2	2	28
Bahia	134	309	81	22	16	50	612

Tabela 1- Quantidades de casos confirmados de Coqueluche em menores de 1 ano, na Região Nordeste, Brasil, entre 2013 a 2018.

Fonte: DATASUS.

No tocante ao número de óbitos, em menores de 1 ano de idade, por coqueluche, difteria e tétano neonatal, foi totalizado 42 óbitos, sendo destes, 38 óbitos por coqueluche, 3 óbitos por difteria e 1 óbito por tétano neonatal (Gráfico 3). Nesse contexto, destaca-se, novamente, Pernambuco com 16 óbitos por coqueluche durante o período analisado, o que demonstra o quantitativo alarmante de óbitos (Gráfico 2). Além disso, importante salientar, que as Unidades Federativas: Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba, não apresentaram óbitos por nenhuma dessas doenças.

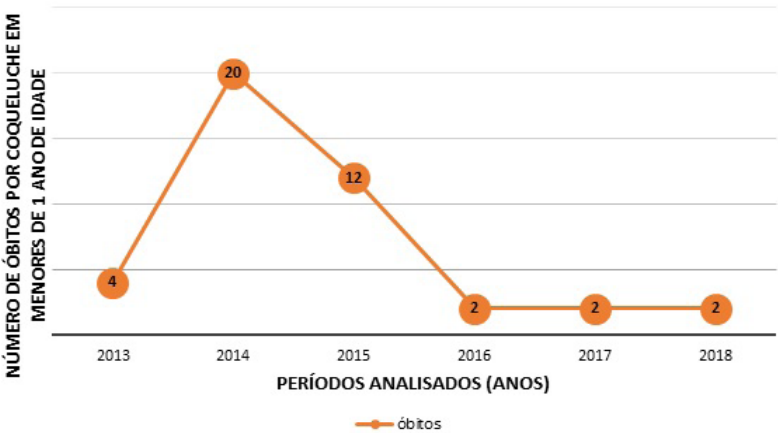


Gráfico 2- Óbitos por Coqueluche em menores de 1 ano de Idade, na Região Nordeste, Brasil, entre 2013 a 2018.  
Fonte: DATASUS.

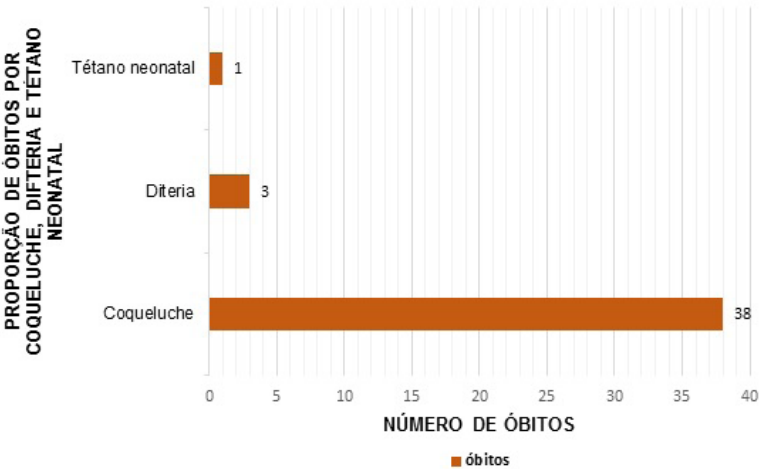


Gráfico 3- Proporção de Óbitos por Coqueluche, Difteria e Tétano Neonatal, na Região Nordeste, Brasil, entre 2013 a 2018.



## 4 | DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstram percentuais baixos de cobertura vacinal média pela dTpa nos estados do Nordeste, apesar de haver clara tendência de ascensão dentro do período analisado. Entender os fatores que estão na gênese dessa realidade é procedimento fundamental no processo de evolução dos sistemas de saúde, tendo em vista que o monitoramento da cobertura vacinal é ferramenta indispensável à avaliação dos programas de imunização (QUEIROZ *et al.*, 2013).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como objetivo promover a distribuição e o acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de prevenção das doenças evitáveis por imunização. Em seu texto conceitual, o PNI prevê ampla necessidade de melhoria da vigilância epidemiológica, além de estruturação da logística de produção, distribuição e aplicação das vacinas (TEMPORÃO, 2003).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) se consolida como ferramenta imprescindível para o acesso à vacinação, possuindo importância central na evolução da qualidade dos serviços de saúde prestados à população (FARIA; MOURA, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020). Entre suas ações, a promoção de educação popular em saúde se faz fundamental, por proporcionar participação da população como agente ativo do processo de construção da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

O acesso inadequado aos serviços de saúde por parte da população é um importante fator limitante do processo de promoção do cuidado. Figueiredo, Shimizu e Ramalho (2020), em estudo que avaliou a qualidade do acesso à APS no Brasil, observaram que a região Nordeste, apesar de ter cobertura elevada pela atenção básica, ainda possui importantes problemas no acesso da população a este serviço. Como fatores limitantes, os autores destacam a má distribuição geográfica, a falta de compatibilidade temporal entre o funcionamento do serviço e a demanda, e a falta de conhecimento da população sobre os serviços e atendimentos prestados (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

Durante o acompanhamento pré-natal, o acesso à vacinação é um direito de todas as gestantes, entretanto, nem sempre esse serviço é garantido de forma adequada. A média de cobertura vacinal durante o pré-natal no presente estudo foi de 34,67%, percentual que se aproxima ao observado na literatura consultada. Esposti *et al.*, (2020), avaliaram a qualidade do atendimento pré-natal em uma região metropolitana na região Sudeste do Brasil, onde foi observado que mais de 63% das gestantes ocorreu ausência de vacinação das dose da vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa).

A privação de vacinação durante a gestação expõe mãe e feto à possibilidade de desenvolvimento de complicações evitáveis. No Brasil, o aumento das coberturas da vacina

adsorvida difteria, tétano e coqueluche (DTP), a partir da década de 1990, e implementação da dTpa no calendário vacinal de gestantes, a partir de 2014, levou a uma redução significativa da incidência dessas doenças (GATTÁS *et al.*, 2020). A implementação mais recente da dTpa como rotina do cuidado pré-natal em gestantes pode estar relacionada ao baixo índice de cobertura vacinal observados ao início do recorte proposto no presente estudo (2013), entretanto, a ascensão desse valor mostra uma tendência de melhoria desse parâmetro.

A implementação da dTpa como integrante do calendário vacinal de gestantes se consolida como uma importante medida de saúde para a redução do número de óbitos em recém-nascidos. Essa ação se justifica principalmente pela grande importância epidemiológica das doenças preveníveis por essa vacina. Fernandes (2018) afirmou que a dTpa promove aos recém-nascidos imunidade à coqueluche até que eles tenham idade suficiente para receber a vacinação rotineira.

O número de casos e óbitos relacionados a difteria, tétano e coqueluche observados entre 2013 a 2015 expressam importante relação com o surto que se deu no Brasil no período de 2011 a 2015 (SOUSA, 2018). A expressiva queda nesses valores no período de 2015 a 2018, portanto, reflete de forma mais fidedigna o efeito da implantação da dTpa no calendário vacinal de gestantes, especialmente após 2017, quando se incluiu gestantes após a 20ª semana (GATTÁS *et al.*, 2020).

Entender processos de promoção em saúde envolve inúmeras variáveis e debater seus resultados torna necessárias avaliações dinâmicas e contínuas. Nesse sentido, observa-se que, apesar de todos os desafios enfrentados, a implementação da dTpa na rotina de acompanhamento pré-natal tem demonstrado eficiência, mas ainda há um grande caminho a ser percorrido.

## 5 | CONCLUSÃO

A inclusão da vacina dTpa como protocolo do calendário vacinal das gestantes implicou na redução significativa dos casos das doenças, para as quais ela oferece proteção, o que destaca a importância do mapeamento epidemiológico das reais demandas das comunidades. Assim, torna-se possível direcionar os percursos de prevenção e promoção da saúde no contexto de atenção pré-natal.

O fortalecimento das redes de atenção da APS é uma estratégia potente de garantia do direito da população ao acesso à saúde. Os resultados deste estudo, desde a baixa cobertura vacinal média pela dTpa na região Nordeste até a tendência de ascensão, sinalizam que se faz necessário dar continuidade aos esforços em identificar as realidades e construir um sistema de saúde universal, integral e equitativo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319–325, jan. 2011.

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

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1735–1750, maio 2020.

FARIA, S. C. R. B. DE; MOURA, A. D. A. Family Health Strategy team action against the measles epidemic in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, 2020.

FERNANDES, E. G. **Avaliação de custo-efetividade da introdução da vacina tríplice acelular do adulto (dTpa) no calendário de imunizações de adultos do Programa Nacional de Imunizações no Brasil**. Universidade de São Paulo, 28 fev. 2018.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, n. AHEAD, 2020.

GATTÁS, V. L. *et al.* Ocorrência de eventos adversos após o uso da vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) – dTpa –, São Paulo, SP, 2015-2016 \*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, maio 2020.

LOUZEIRO, E.M *et al.* A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. **R. Interd.** v. 7, n. 1, p. 193-203, jan. fev. mar. 2014.

QUEIROZ, L. L. C. *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 294–302, fev. 2013.

SATO, A.P.S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev Saude Publica**, 2018, v. 52, n. 96.

SCHMIDT, S. DE Q. *et al.* Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação SBim Gestante: recomendações 2020/2021**. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>. Acesso em: 28 jun 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Imunização: tudo que você sempre quis saber**. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Vacinação da gestante: sucesso de proteção para mãe e filho**. E-book. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://vacinasparagravidas.com.br/public/docs/guia-da-vacinacao.pdf>. Acesso em: 28 jun 2020.

SOUSA, B. S. DE Q. Epidemiologia dos casos de óbitos pelas doenças imunopreveníveis: difteria, tétano e coqueluche em crianças menores de 1 ano no Brasil entre 2001 a 2016. 2018.

TEMPORÃO, J. G. Brazil's National Immunization Program: origins and development. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 601–617, 2003.

VERÇOSA, R. C. M.; PEREIRA, T. S. Impacto da vacinação contra pertussis sobre os casos de coqueluche. **Rev Enfermagem UFPE on line**. Recife, 2017, v. 11, n. 9, p. 3410-8.

# CAPÍTULO 6

## ANÁLISE DO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS RESIDENTES NO PIAUÍ ENTRE 2011 E 2018 POR BIÊNIOS, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 07/07/2020*

### **Giovanna Stefanne Lópes Barbosa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2980249092093311>

### **Isabella Pires Gomes Mendes**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/4272357849891324>

### **Isabella Cabral Ferraz**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1082569279408975>

### **Victor Augusto Soares Sotero**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3023746103498833>

### **Raysa Maria Silva de Araujo**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7643938312516002>

### **Martha Laura Leão dos Santos Silva**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0494287282156440>

### **Tom Ravelly Mesquita Costa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0525068318809559>

### **Eduardo de Carvalho Carneiro**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5128213552274861>

### **Mariana Veras Rocha Borges**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5930342479033842>

### **Marinice Saraiva Attem**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2215842401298907>

### **Bruno Cunha da Costa**

Universidade Federal do Piauí, Campus  
Ministro Reis Velloso, Curso de Fisioterapia  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5766029393680921>

### **Caroline Camargo Bandeira da Silveira Luz**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/8038273673744291>

**RESUMO:** No Brasil, os índices de mortalidade por Câncer de Mama (CM) em mulheres são

bastante elevados. Todavia, quando diagnosticado em estágios iniciais, tem bom prognóstico. Com isso, diversas estratégias são adotadas a fim de aumentar o número de diagnósticos precoces do CM, sendo a Mamografia Bilateral de Rastreio (MBR) considerada o padrão ouro. Objetivo: Analisar a distribuição do rastreamento de CM em mulheres de 50 a 69 anos no Piauí, em biênios entre 2011 e 2018, considerando a faixa etária. Métodos: Estudo descritivo transversal em que o número de MBR realizadas em mulheres em cada biênio foi dividido pela média da quantidade de mulheres residentes no Piauí no biênio correspondente. Foram consideradas as faixas etárias da amostra com intervalos de 5 anos compreendidos entre 50 e 69 anos. Todos os dados foram retirados do DATASUS. Resultados: Entre 2011 e 2018 foram realizadas 231.096 MBR no Piauí. No período analisado, observou-se aumento na proporção de MBR realizadas para todas as faixas etárias, sendo de 14,5% em 2011/2012 e 28,9% em 2017/2018. Contudo, pode-se identificar uma relação inversa entre idade e a realização da MBR, sendo mais comum no estrato de 50 a 54 anos, com média de 25,1% e mais incomum no estrato de 65 a 69 anos, com média de 17,7%. Ao avaliar a tendência de cada faixa etária, pode-se observar que o estrato de 55 a 59 anos apresentou maior aumento (16,7%) no período analisado. Conclusão: A proporção entre a população residente no Piauí e a quantidade de exames realizados aumentou no período observado. Entretanto, a cobertura da realização de mamografias é insuficiente. Faz-se necessária a elaboração de estratégias de educação em saúde para elevar o conhecimento da população sobre a importância do diagnóstico precoce.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mamografia, Programas de Rastreamento, Neoplasias da Mama.

### ANALYSIS OF BREAST CANCER SCREENING IN WOMEN AGED 50 TO 69 YEARS LIVING IN PIAUÍ BETWEEN 2011 AND 2018 BY BIENNIUM, ACCORDING TO AGE GROUP

**ABSTRACT:** In Brazil, breast cancer (BC) mortality rates in women are high. However, when diagnosed in early stages, it has a good prognosis. Thus, several strategies are adopted in order to increase the number of early diagnoses of BC, and bilateral screening mammography (BSM) is the gold standard. It is recommended to perform BSM within the age group of 50 to 69 years old (YO), since there is an increased risk of BC at older ages. Objective: To analyze the distribution of BC screening in women aged 50 to 69 YO in Piauí, in biennia between 2011 and 2018, considering the age group. Methods: A cross-sectional descriptive study in which the number of BSM performed in women in each biennium was divided by the average number of women living in Piauí in the corresponding biennium. The sample age ranges were considered at 5-year intervals ranging from 50 to 69 YO. All data were taken from DATASUS. Results: Between 2011 and 2018, 231.096 BSMs were held in Piauí. There was an increase in the proportion of BSM performed for all age groups, being 14.5% in 2011/2012 and 28.9% in 2017/2018. However, an inverse relationship is identified between age and performance of BSM, being more common in the 50 to 54 YO stratum (25.1%), and more unusual in the 65 to 69 YO stratum (17.7%). When assessing the trend of each age group, it is observed that the 55 to 59 YO stratum showed the largest increase (16.7%). Conclusion: The proportion between population living in Piauí and number of tests performed increased in the observed period. However, the coverage of BSM is insufficient. It is necessary to develop health education strategies to increase the knowledge of the population about the importance

of early diagnosis.

**KEYWORDS:** Mammography, Mass Screening, Breast Neoplasm.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama é a forma mais prevalente de câncer na população feminina em todo o mundo, excetuando-se os cânceres de pele não-melanoma. No Brasil, os índices de mortalidade por câncer de mama em mulheres são bastante elevados. Se trata de uma doença multifatorial, com fatores de risco modificáveis, como os hábitos de vida e outros não modificáveis, como idade, sexo, histórico familiar e histórico reprodutivo e ginecológico (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Atualmente, devido ao aumento do risco dessa doença em idades mais avançadas, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer recomendam a realização da mamografia bianual dentro da faixa etária de 50 a 69 anos (INCA, 2015). Essa indicação é utilizada para mulheres que não possuem alta probabilidade de ter câncer de mama e que apresentaram resultados normais do exame (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

O rastreamento da doença é um conjunto de técnicas que são realizadas em pacientes desprovidos de sintomas, com o intuito de detectar o câncer de mama nas fases iniciais. A principal forma de realizar o rastreamento, ou seja, de detectar os tumores na fase pré-clínica, é utilizando os exames de imagem, sendo a mamografia considerada o padrão-ouro. A eficiência do rastreamento na redução da mortalidade por câncer de mama é observada por meio de estudos randomizados (SILVA; HORTALE, 2012).

Em relação ao diagnóstico por meio de exames de imagem, a classificação BI-RADS é uma importante aliada na avaliação dos achados e auxilia na padronização dos laudos. Atualmente essa classificação possui sete categorias que variam de 0 a 6. Dessas, quando a categorização está em 1 ou em 2, os achados são benignos. As características dos nódulos suspeitos para malignidade, classificados entre BI-RADS 4 e 5 são, sobretudo, nódulo denso e espiculado ou microcalcificações ramificadas (NASCIMENTO; SILVA; MACIEL, 2009).

O tratamento mais utilizado no câncer de mama é a intervenção cirúrgica, que pode ser realizada por meio de cirurgia conservadora da mama ou mastectomia, de acordo com o estadiamento clínico da doença, a localização, e o volume do tumor. Há depender do estadiamento da doença e da biologia tumoral, a quimioterapia poderá, ou não, ser indicada, em alguns casos, previamente à cirurgia ou posteriormente à cirurgia. A utilização de terapia hormonal é indicada apenas quando o tumor é receptor hormonal positivo (MCDONALD *et al.*, 2016). É necessário ressaltar que a mastectomia implica modificação da autoimagem feminina e tem o potencial de modificar relacionamentos conjugais. Assim, muitas torna-se necessário o acompanhamento psicológico da paciente (PEREIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

O objetivo desse estudo é analisar como está distribuído o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade entre 50 e 69 anos no estado do Piauí, em biênios entre 2011 e 2018, considerando a faixa etária. Assim, essa análise possibilita avaliar a adesão das mulheres às técnicas de prevenção e correlaciona-la com a idade.

## 2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo transversal, em que foi feita a análise do rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos residentes no Piauí, entre 2011 e 2018, por biênios. Todas as informações foram obtidas através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), na plataforma TABNET, ferramenta a qual disponibiliza informações que podem servir de auxílio, por exemplo, para a elaboração de programas de ações de saúde.

Os dados das quantidades de Mamografia Bilaterais de Rastreamento (MBR) foram obtidos do setor Assistência de Saúde do TABNET, na categoria Produção Ambulatorial, a qual traz dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Foram utilizados os filtros de período (2011 a 2018), local de residência (Piauí), procedimento (Mamografia Bilateral para Rastreamento), faixa etária (50 a 69 anos) e sexo (feminino).

Para obtenção da estimativa populacional por faixa etária nos anos de 2011 a 2018, foram utilizadas as informações de estatísticas demográficas e socioeconômicas também presentes no TABNET. As variáveis de pessoas do sexo feminino, entre 50 a 69 anos, residentes no estado do Piauí também foram utilizadas para filtrar as projeções populacionais do período.

Após a tabulação de todas as informações no software Microsoft Excel 2016®, foi realizada a média das projeções populacionais por faixa etária de cada biênio: 2011/2012, 2013/2014, 2015/2016 e 2017/2018 e realizada a proporção com a soma das MBR dos mesmos anos que compõem cada biênio. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos para melhor visualização dos dados.

## 3 | RESULTADOS

A população média formada por pessoas do sexo feminino entre 50 e 69 anos residentes no estado do Piauí entre 2011 e 2018 é de aproximadamente 253.570 mulheres. A distribuição dessa população ao longo dos biênios nesse período e segundo a faixa etária está descrita na Tabela 1.



Faixa etária	Média da população feminina entre 50 e 69 anos, residentes no estado do Piauí, por biênios			
	2011/2012	2013/2014	2015/2016	2017/2018
50 a 54 anos	76.950	81.419	85.166	88.113
55 a 59 anos	64.018	67.851	71.976	76.405
60 a 64 anos	51.111	54.838	58.590	62.280
65 a 69 anos	39.381	42.136	45.299	48.748
<b>TOTAL</b>	<b>231.460</b>	<b>246.243</b>	<b>261.030</b>	<b>275.546</b>

Tabela 1: Média da população feminina entre as faixas etárias de 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos e 65 a 69 anos residente no estado do Piauí nos biênios de 2011/2012, 2013/2014, 2015/2016 e 2017/2018.

Fonte: Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 (DATASUS).

Entre 2011 e 2018, foram realizadas 231.079 MBR em mulheres de 50 a 69 anos, faixa etária adotada na estratégia de rastreamento de câncer de mama do Ministério da Saúde. A cada biênio analisado, observou-se aumento na proporção de MBR realizadas para todas as faixas etárias de 14,5% em 2011/2012 para 28,9% em 2017/2018 (Gráfico 1).

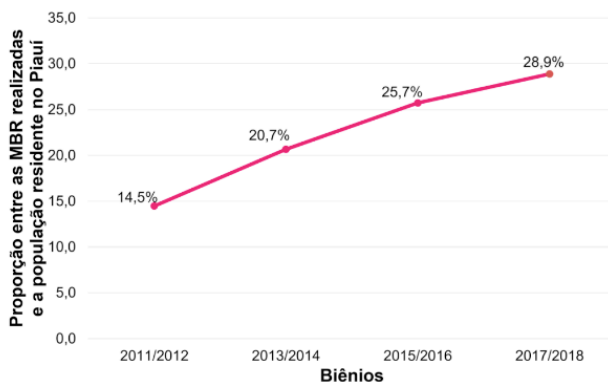


Gráfico 1: Proporção entre MBR realizadas e população residente no Piauí entre 2011 e 2018 por biênios.

Nota: O valor de cada ponto foi obtido pelo total de MBR realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, no Piauí, a cada biênio x 100/média de mulheres residentes no Piauí, dessa faixa etária no mesmo período.

Fonte: DATASUS.

Ao comparar-se as faixas etárias das mulheres que realizaram MBR à população residente no estado, obteve-se as médias em porcentagem. Ao longo dos biênios, pode-se identificar uma relação inversa entre a idade e a realização do exame, sendo mais comum no estrato mais jovem, de 50 a 54 anos, e mais incomum no estrato de mais velho, de 65 a 69 anos (Gráfico 2).

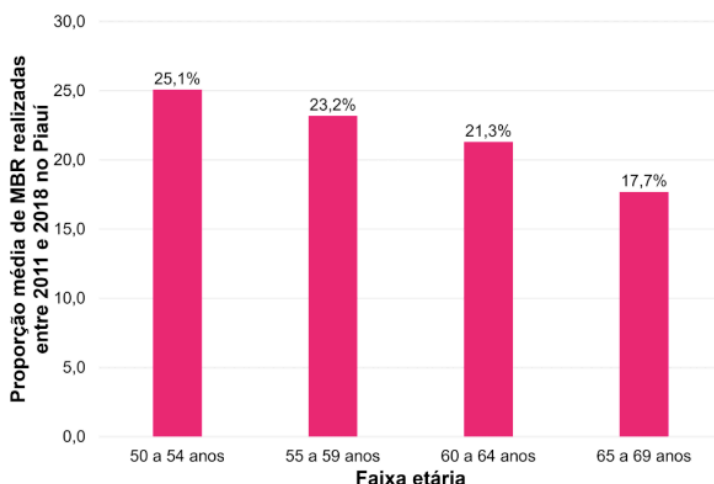


Gráfico 2: Média da proporção entre MBR realizadas no Piauí e população residente, por faixa etária, entre 2011 e 2018.

Nota: O valor de cada coluna foi obtido pelo total de MBR realizadas por mulheres residentes no Piauí, de cada faixa etária no período de 2011 a 2018 x 100/média de mulheres residentes no Piauí, de cada faixa etária no mesmo período.

Fonte: DATASUS.

Analisando a tendência de cada faixa etária separadamente, observa-se o aumento na realização da MBR em todas as faixas etárias ao longo de todo o período analisado. Sendo este aumento maior na faixa etária de 55 a 59 anos, de 16,7% no período analisado, enquanto os estratos de 60 a 64 e 65 a 69 anos obtiveram aumentos similares, de 13,3%, no mesmo período analisado. O gráfico 3 resume essa distribuição das MBR realizadas pelas quatro faixas etárias ao longo dos biênios analisados.

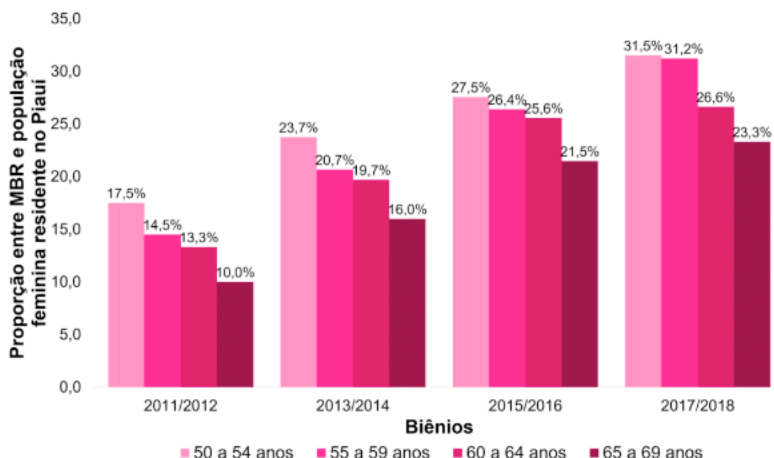


Gráfico 3: Proporção entre MBR realizadas no Piauí e população residente por faixa etária entre 2011 e 2018 por biênios.

Fonte: DATASUS.

## 4 | DISCUSSÃO

O câncer de mama representa, no mundo, a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada em mulheres (BARRETO; MENDES; THULER, 2012). Sendo no Brasil o tipo de câncer que mais mata mulheres todos os anos. A introdução do rastreamento mamográfico tem contribuído para a queda da mortalidade em mulheres de vários países, uma vez que a realização do exame permite a detecção de tumores ainda em fases iniciais da doença, possibilitando que as pacientes tenham boa resposta às terapias hoje disponíveis (MOSS *et al.*, 2012; YOULDEN *et al.*, 2012).

O estudo objetivou avaliar a estratégia de saúde pública para o rastreamento do câncer de mama no estado do Piauí. A avaliação buscou estimar a proporção entre MBR realizadas e a população residente no Piauí por faixa etária por biênio. Assim, o estudo pode direcionar a adequação da estratégia federal na realidade estadual, a fim de sanar as problemáticas identificadas neste artigo.

A cobertura do rastreamento do câncer de mama entre mulheres de 50 a 69 anos tem se revelado ainda insatisfatória, apresentando valores de MBR em 8 anos que corresponderia a uma cobertura ideal de um biênio. Pode-se atribuir isso à dificuldade de acesso das mulheres mais vulneráveis ao serviço de assistência médica, seja por falta de informação ou de meios para tanto.

A idade acima de 65 anos influenciou na adesão à mamografia. Observa-se um decréscimo na média de MBR em todos os biênios à medida que a idade progride, sugerindo dificuldade de acesso à tais serviços por pessoas mais idosas. Este dado

expõe fragilidades do próprio sistema de saúde logo em seu início, a nível de atenção primária, a qual ainda possui 60 milhões de pessoas não cadastradas e, por conseguinte, não assistidas (HARZHEIM *et al.*, 2020). Pessoas estas que não são beneficiadas com busca ativa, visitas domiciliares, projetos de prevenção e promoção à saúde, repercutindo desfavoravelmente na detecção precoce da doença.

No entanto, com relação a cada faixa etária separadamente o número de mulheres que realizou rastreamento aumentou ao longo dos oito anos analisados, possivelmente devido à melhoria, mesmo que discreta, das campanhas educativas promovidas pelos meios de comunicação atuais.

Os dados apontam que o número total de MBR, somando-se os oito anos analisados, ainda é menor que a média da população feminina entre 50 e 69 anos residente no estado do Piauí no primeiro biênio investigado. Tal fato sugere que a cobertura da estratégia no estado ainda está longe do ideal. Assim, uma reavaliação das estratégias empregadas no estado se faz necessária para identificar as principais barreiras que impedem a realização do exame.

A análise demonstra, ainda, que a proporção entre MBR realizadas e população residente no Piauí no período estudado duplicou entre o primeiro e último biênio, sugerindo que há sim um esforço em ampliar a cobertura da estratégia. Contudo, ao examinar essa proporção segundo cada faixa etária nota-se que o envelhecimento se associa inversamente com a realização do exame, demonstrando um contrassenso a estratégia que busca rastrear uma doença causada pelo processo de envelhecimento.

Biênio após biênio a proporção segundo faixa etária continua a diminuir conforme o envelhecimento, o que demonstra uma carência permanente na estratégia empregada no estado e a necessidade de readaptação do plano empregado. Mais estudos analisando o perfil das mulheres nas faixas etárias atendidas pela estratégia precisam ser realizados para que se entenda quais as dificuldades vivenciadas por essa população, e o que deve ser modificado por aqueles envolvidos no planejamento e execução de tais ações.

Em suma, apesar da cobertura da estratégia de rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos residentes no Piauí ter melhorado expressivamente no período estudado, ainda se mantém aquém do preconizado. As estratégias empregadas precisam ser revisadas no sentido de ampliar a cobertura e manter o acompanhamento das pacientes ao longo dos anos, garantindo sua permanência no plano de rastreio.

## 5 | CONCLUSÃO

O câncer de mama ocasiona alto índice de mortalidade feminina. Nesse cenário, o rastreamento tem um papel fundamental na diminuição desses números, visto que a descoberta da doença em estádios iniciais gera alta probabilidade de cura. No Piauí, a proporção entre a população residente no estado e a quantidade de exames realizados

aumentou no período observado. No entanto, ainda não existe uma ampla cobertura da realização de mamografias na população alvo. Desse modo, torna-se necessária a elaboração de estratégias de educação em saúde que visem elevar o conhecimento da população sobre a importância do diagnóstico precoce, com o intuito de reduzir a mortalidade por câncer de mama.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, A. S. B.; MENDES, M. F. M.; THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 86-91, fev. 2012.

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

MCDONALD, E. S. *et al.* Clinical diagnosis and management of breast cancer. **Journal of Nuclear Medicine**, v. 57, n. Supplement 1, p. 9S-16S, 2016.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018.

MOSS, S. M. *et al.* The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of trend studies. **J Med Screen.**, v.19, suppl. 1, pp. 26-32, 2012.

NASCIMENTO, J. H. R.; SILVA, V. D.; MACIEL, A. C. Acurácia dos achados ultrassonográficos do câncer de mama: correlação da classificação BI-RADS e achados histológicos. **Radiologia Brasileira**, v.42, n.4, p.235-240, 2009.

OLIVEIRA, A. L. R. *et al.* Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. **Revista Cadernos da Medicina**, v. 2, n. 3, 2019.

PEREIRA, G. B.; GOMES, A. M. S. M.; OLIVEIRA, R. R. Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. **Life Style**, v. 4, n. 1, 2017.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n.1, p.67-71, 2012.

YOULDEN, D. R. *et al.* The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. **Cancer Epidemiol.**, v. 36, n. 3, pp. 237-48, 2012.

# CAPÍTULO 7

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTO ESPONTÂNEO EM PARNAÍBA- PI ENTRE 2009 E 2018

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

### **Giovanna Stefanne Lópes Barbosa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2980249092093311>

### **Mariana Veras Rocha Borges**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5930342479033842>

### **Marinice Saraiva Attem**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2215842401298907>

### **Tom Ravelly Mesquita Costa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0525068318809559>

### **Eduardo de Carvalho Carneiro**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5128213552274861>

### **Gabriel Phelipe Dantas Do Nascimento**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6949919320222721>

### **Isabella Pires Gomes Mendes**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/4272357849891324>

### **Isabella Cabral Ferraz**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1082569279408975>

### **Victor Augusto Soares Sotero**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3023746103498833>

### **Raysa Maria Silva de Araujo**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7643938312516002>

### **Martha Laura Leão dos Santos Silva**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0494287282156440>

### **Nayana Alves de Brito Melo Okasaki**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5617297748955337>

**RESUMO:** O abortamento é a interrupção da gravidez antes da viabilidade do conceito e

é considerado espontâneo quando tem início independente de qualquer procedimento ou mecanismo externo. O assunto é de alta relevância já que são possíveis complicações do abortamento espontâneo: hemorragia, perfuração do útero e infecção. Objetivo: avaliar as internações por aborto espontâneo em Parnaíba no período entre 2009 e 2018. Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e transversal. As internações hospitalares por aborto espontâneo que ocorreram entre 2009 e 2018 foram analisadas quanto à faixa etária e à cor/raça das pacientes. Os dados foram obtidos através do DATASUS, na categoria Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Resultados: No período analisado ocorreram 2.542 internações por abortos espontâneos em Parnaíba. Ao analisar a faixa etária, maior prevalência foi observada entre 20 e 29 anos (47,4%), seguida por 30 a 39 anos (25%), 15 a 19 anos (21%), 40 a 49 anos (4,7%) e 10 a 14 anos (1,9%). A análise da cor/raça das pacientes que sofreram aborto ficou em grande parte prejudicada pela falta de informações no sistema, estando sem informação 85,6% dos abortos espontâneos atendidos em Parnaíba no período analisado. Sobre os dados presentes, tem-se que 5,9% das mulheres eram pardas, seguidas por amarelas (5,5%), brancas (2,5%), pretas (0,5%). Conclusão: Traçar um perfil dessas internações com informações suficientes e corretas é fundamental para uma melhoria na assistência integral em saúde a essas mulheres, podendo diminuir o número de abortamentos espontâneos e suas complicações, principalmente na faixa etária mais atingida, assim como para contribuir com possíveis ações como educação sexual que evitem o agravo em idades menores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aborto Espontâneo, Epidemiologia, Gravidez, Hospitalização.

## EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF HOSPITALIZATIONS FOR SPONTANEOUS ABORTION IN PARNAÍBA-PI BETWEEN 2009 AND 2018

**ABSTRACT:** Abortion is the termination of pregnancy before the viability of the conceptus and is considered spontaneous when it starts regardless of any external procedure or mechanism. The subject is of high relevance since complications of spontaneous abortion are possible: hemorrhage, perforation of the uterus and infection. Objective: To evaluate hospitalizations for spontaneous abortion in Parnaíba in the period between 2009 and 2018. This is an epidemiological, quantitative, descriptive and cross-sectional study. Hospital admissions for spontaneous abortion that occurred between 2009 and 2018 were analyzed according to the age range and color / race of the patients. The data were obtained through DATASUS, in the category Hospital Information System (SIH / SUS). Results: There were 2,542 hospitalizations for spontaneous abortions in Parnaíba, in the analyzed period. When analyzing the age group, the highest prevalence was observed between 20 and 29 years (47.4%), followed by 30 to 39 years (25%), 15 to 19 years (21%), 40 to 49 years (4.7 %) and 10 to 14 years old (1.9%). The analysis of the color / race of patients who had an abortion was largely hampered by the lack of information in the system, with 85.6% of spontaneous abortions seen in Parnaíba without information during the analyzed period. Regarding the present data, 5.9% of women were brown, followed by yellow (5.5%), white (2.5%), black (0.5%). Conclusion: Drawing a profile of these hospitalizations with sufficient and correct information is essential for an improvement in comprehensive health care for these women, which may reduce the number of spontaneous abortions and their complications, especially in the most affected age group, as well as to contribute to possible actions such as sexual education that avoids harm at younger ages.

**KEYWORDS:** Abortion, Spontaneous, Epidemiology, Pregnancy, Hospitalization.

## 1 | INTRODUÇÃO

O abortamento, no Brasil, trata-se da interrupção da gravidez antes da 22ª semana de idade gestacional com o conceito pesando até 500 gramas (SILVA *et al.*, 2020), impedindo a viabilidade, sendo considerado espontâneo quando tem início independente de qualquer procedimento ou mecanismo externo. As denominações “abortamento” e “aborto”, algumas vezes, são utilizadas como se tivessem igual significado, todavia, a primeira refere-se ao processo em si, diferentemente da segunda, que diz respeito ao produto eliminado (UNA-SUS, 2012). O assunto é de alta relevância e classificado como um grande problema dentro da saúde pública, visto que pode cursar com complicações como hemorragia, perfuração do útero e infecção (LIMA *et al.*, 2020).

Representando uma importante causa de morbimortalidade materna, o abortamento proporciona uma alta quantidade de curetagens, isto é, o procedimento cirúrgico que tem por objetivo o esvaziamento uterino, que ocupa a posição de terceiro lugar entre os procedimentos mais frequentes nas instituições de saúde conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS, 2020).

Os fatores de risco associados ao abortamento englobam idade (o risco aumenta em 40% aos 40 anos e 80% aos 45), antecedente de abortamento espontâneo, tabagismo, consumo de álcool e drogas, uso de anti-inflamatórios não hormonais e extremos de peso (IMC < 18,5 ou > 25) (UNA-SUS, 2012). Como etiologia, a literatura traz fatores como anormalidades cromossômicas (causas mais comuns), fatores endócrinos, fatores imunológicos, infecções e também os casos sem causa aparente (SOARES; CANÇADO, 2017).

Diante de todo o explanado, é possível entender que se faz necessário o aumento de pesquisas dentro do assunto, que, segundo a literatura, é a intercorrência obstétrica mais frequente. Este estudo, portanto, visa a análise epidemiológica dos casos de aborto espontâneo na cidade de Parnaíba/PI, servindo, assim, como mais uma fonte científica para colaborar com a premissa.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, observacional e transversal, das internações hospitalares por abortamento espontâneo, os quais ocorreram entre 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2018, na cidade de Parnaíba, Piauí, região Nordeste. O levantamento decorreu mediante o uso da plataforma de base de dados DATASUS/TABNET. Para execução da pesquisa, foram utilizadas as variáveis: faixa etária e a cor/raça das pacientes, assim como o regime hospitalar ao qual as pacientes tiveram



assistência.

A pesquisa foi direcionada para o município de Parnaíba, no XV capítulo do CID-10, na lista Morbidade CID-10: Aborto espontâneo e durante o período de 2009 a 2018. No mecanismo de busca foram selecionadas as variáveis: Cor/Raça, a Faixa Etária e o Regime de internação.

Na produção do estudo, foram utilizados somente dados notificados e tabulados no DATASUS. Os resultados obtidos durante a coleta de informações foram tabelados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2016®. Esta pesquisa levou em consideração os princípios de uma pesquisa epidemiológica. A partir da pesquisa, ocorrida no mês de junho de 2019, foram desenvolvidas tabelas e gráficos abordando os resultados obtidos.

Ademais, atendendo aos aspectos éticos, por se tratar de dados secundários, de domínio público não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), entretanto, foram respeitados os aspectos das resoluções 466/12 e 510/16.

### 3 | RESULTADOS

Através da pesquisa, realizada na plataforma de dados, constatou-se que, no período analisado, ocorreram 2.542 internações por abortos espontâneos em Parnaíba. Além disso, foi perceptível que, com o passar dos anos, houve um aumento gradativo das notificações, ficando evidente o triênio, 2016 a 2018, sendo o ano de 2017 com a maior quantidade de registros dos números de casos, constituindo 346 abortos espontâneos, em contrapartida ao menor número de abortamento que ficou restrito ao ano de 2011, com 195 casos (Gráfico 1).

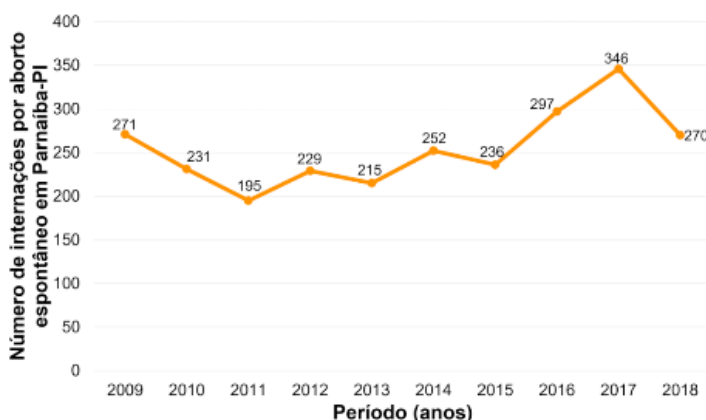


Gráfico 1 – Número de internações por aborto espontâneo em Parnaíba-PI, entre 2009 e 2018.

Fonte: DATASUS.

Ao analisar a faixa etária, a maior prevalência foi observada entre 20 e 29 anos (47,4%). Logo em seguida, o intervalo de idade entre 30 a 39 anos (25%) obteve o segundo maior registro de casos, seguido dos 15 aos 19 anos (21%), 40 a 49 anos (4,7%), e 10 a 14 anos (1,9%) (Gráfico 2).

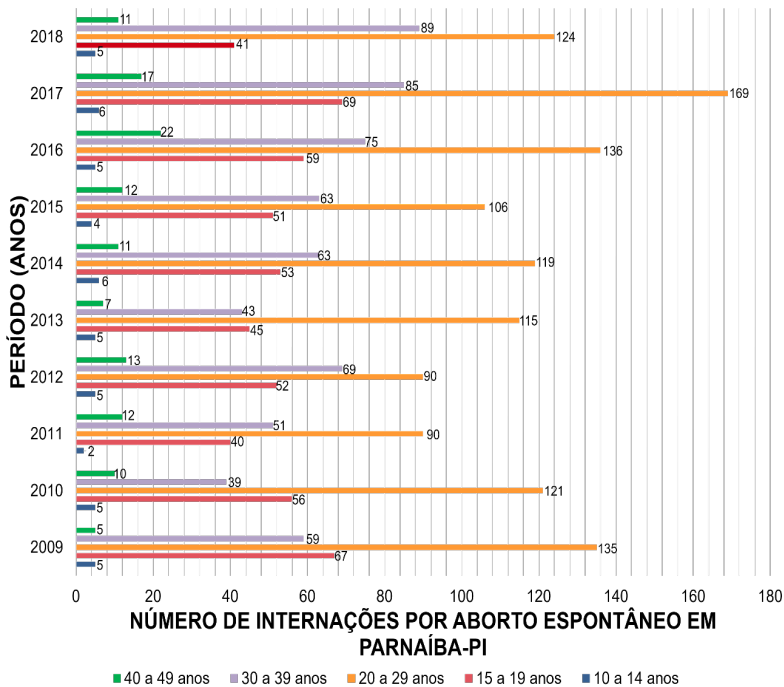


Gráfico 2- Internações por aborto espontâneo de acordo com o Ano de atendimento e segundo a Faixa Etária, na cidade de Parnaíba, Piauí, entre 2009 a 2018.

Fonte: DATASUS.

Após o levantamento e análise das pacientes que sofreram aborto, quanto à cor/raça, ficou em grande parte prejudicada pela falta de informações no sistema, estando sem informação 85,6% dos abortos espontâneos atendidos em Parnaíba no período analisado. Sobre os dados presentes, tem-se que 5,9% das mulheres eram pardas, seguidas por amarelas (5,5%), brancas (2,5%) e com o ano de 2018 com o maior número de casos, por fim as mulheres pretas (0,5%) (Tabela 1).

Cor/raça	Internações por aborto espontâneo realizadas em Parnaíba-PI										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Branca	2	3	5	-	2	-	-	1	5	45	63
Preta	-	-	-	1	-	-	-	-	4	7	12
Parda	8	13	16	5	14	12	14	10	15	43	150
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	12	129	141
Sem informação	261	215	174	223	199	240	222	286	310	46	2.176

Tabela 1- Internações por aborto espontâneo de acordo com o ano de atendimento e segundo a cor/raça.

Fonte: DATASUS.

Enfim, ao observar os resultados quanto ao regime de internação, foram levantadas informações quanto ao regime público e privado, além dos casos ignorados, os quais não foram contabilizados nos dois tipos de regimes. O setor público apontou a maior média, com um total de 1.492 casos (58,7%), seguido do setor privado com 91 casos (3,6%) e os casos ignorados totalizaram 959 (37,7%) abortos espontâneos (Tabela 2).

Regime	Internações por aborto espontâneo realizadas em Parnaíba-PI										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Público	261	215	174	223	200	240	179	-	-	-	1.492
Privado	10	16	21	6	15	12	11	-	-	-	91
Ignorado	-	-	-	-	-	-	46	297	346	270	959

Tabela 2 - Internações por aborto espontâneo de acordo com o Ano de atendimento e segundo o Regime de internação.

Fonte: DATASUS.

## 4 | DISCUSSÃO

O aborto espontâneo é muito frequente na gravidez, podendo ocorrer até a 20ª semana de gestação e provocar danos maternos tanto físicos quanto emocionais. Entretanto, a discussão acerca da evolução dos números de aborto no Brasil expõe-se a vieses questionáveis que se baseiam na ilegalidade de sua prática ainda sustentada nos tempos atuais. Portanto, os casos de interrupções voluntárias das gestações com a consequente morte do feto podem ser omitidos e alegados como aborto espontâneo gerando números de notificação duvidosos. Desse modo, o estudo realizado é indispensável para delinear o perfil dessas incidências, esboçando qual a população está mais exposta e vulnerável de forma a possibilitar o planejamento de políticas de saúde pública intervencionistas (MENEZES *et al.*, 2020).

Em relação às causas e aos fatores de risco que podem corroborar com aborto espontâneo, podem ser classificadas em esporádicas, como erros na divisão meiótica ou mitótica; anatômicas, incluindo malformações uterinas, distopias e incompetência istmo cervical; além de alterações hormonais, dentre as quais estão a deficiência de progesterona, diabetes mellitus, doença da tireoide e síndrome dos ovários policísticos. Somado a isso, a perda gestacional precoce também pode estar relacionada a infecções maternas e distúrbios imunológicos. No entanto, a metade delas é provocada por alterações cromossômicas e diante desse contexto, o aborto espontâneo é o desfecho de 20% das gestações clinicamente diagnosticadas (SOARES; CANÇADO, 2018).

No estudo realizado, houve uma relevante atenuação de 28% nas internações por complicações de aborto durante o período de 2009-2011, que pode ser justificado pela redução do número de abortamentos, estímulo do Ministério da Saúde ao atendimento integral e humanizado a esse público e a uma maior qualificação profissional (RIBEIRO *et al.*, 2017). Posteriormente, o perfil da curva epidemiológica adota uma tendência crescente de novos casos, onde a incidência de gestações mais tardias e o aumento da prevalência de doenças hormonais somado a divergências da confiabilidade dos números coletados colaboram para a elucidação e direcionamento adequado do problema tratado.

Ao analisar a faixa etária, a maior incidência de abortos espontâneos ocorreu entre 20 e 29 anos. Esse percentual expressivo segue a tendência de outros artigos com a mesma temática, nos quais justifica-se essa alta incidência por ser o período de maior fertilidade da mulher. Assim, na plenitude de suas atividades sexuais estão mais passíveis às ocorrências de gestações e, consequentemente, aos abortamentos (RIBEIRO *et al.*, 2017). Outro ponto importante é a pouca idade materna, que é um fator de risco para o abortamento espontâneo. Ainda acerca dessa variável, é importante ressaltar que, apesar de apresentar o menor percentual, a gravidez entre 10 e 14 anos representa um sinal de alerta para a necessidade de introdução da educação sexual nas escolas. (CORREIA *et al.*, 2018)

Quanto à cor/raça, observou-se um percentual elevado na categoria não reportado, correspondendo a 85,6% dos abortos espontâneos atendidos em Parnaíba no período analisado. Como motivação para essa situação, estão as dificuldades de autodeclaração racial em um país miscigenado como o Brasil, presente inclusive nos censos demográficos. Além das lacunas existentes causadas por mudanças nos parâmetros de coleta e análise de dados. Essa dificuldade é confirmada ao analisar o segundo maior índice declarado referente às gestantes pardas, demonstrando a subjetividade acerca da “cor marrom” que é intermediária entre o preto e o branco (SOUZA JÚNIOR *et al*, 2020).

Por fim, ao explorar os resultados do regime de internação público e privado, a divergência entre o quantitativo foi significativa. O setor público foi responsável por mais da metade das internações por aborto espontâneo registradas na cidade de Parnaíba no período analisado. Entre as possíveis justificativas para esse percentual expressivo, é válido destacar o sistema público de saúde como porta aberta de livre demanda aos usuários (LIMA, 2019). Ainda sobre esse tema, a baixa adesão ao pré-natal no âmbito público pode ser um fator que predispõe os altos índices encontrados, pois, quando realizado de forma inadequada, aumenta as chances de complicações materno-fetais, incluindo abortamento (SOUZA JÚNIOR *et al*, 2020).

## 5 | CONCLUSÃO

O aborto encontra-se como uma das maiores intercorrências obstétricas, o que implica em uma demanda por atendimento humanizado e qualificado para as pacientes. Em Parnaíba/PI, a análise epidemiológica a respeito das internações por aborto espontâneo trouxe que a faixa etária mais recorrente é aquela correspondente dos 20 aos 29 anos. Quanto à cor/raça, houve um alto percentual de ausência de preenchimento da categoria, o que pode ser atribuído à dificuldade de autodeclaração. Em uma comparação entre serviços público e privado, os dados demonstram que o primeiro abarcava mais da metade das internações por aborto espontâneo. Diante de todo o exposto, é possível fomentar o fato de que o pré-natal, que ainda possui dificuldade de adesão, precisa alcançar mais gestantes e que políticas de planejamento familiar são importantes para a prevenção de gestações em jovens de 10 a 14 anos, que, por sua vez, adentram ao grupo de risco devido à idade.

## REFERÊNCIAS

CORREIA, L. L. *et al*. Tendência de abortos espontâneos e induzidos na região semiárida do Nordeste do Brasil: uma série transversal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 1, p. 123-132, mar. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Assistência à saúde. **Produções hospitalares do SUS - Por local de internação**: Brasil, Brasília: DATASUS; 2018.

LIMA, K. J. et al. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 77–86, 2020.

LIMA, M. D. A. **Caracterização sociodemográfica, obstétrica e clínica de gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2019.

MENEZES, G. *et al.* Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, e00197918, 2020.

RIBEIRO, C. L. *et al.* Internações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza. **Rev. Enferm. Foco**, v. 8, n. 1, p. 37-41, 2017.

SILVA, L. *et al.* Percepção das mulheres em situação de abortamento frente ao cuidado de enfermagem. **Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 89–101, 2019.

SOARES, A. M. CANÇADO, F. M. A. A. Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, n. 1930, p. 1–5, 2018.

SOUZA JÚNIOR, E. V. *et al.* Hospitalizations and hospital costs for spontaneous abortion in Bahia, Brazil. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v.12, p. 767-773, jan-dez 2020.

UNA-SUS. Módulo de Casos Complexos - Caso 4, 2012.

# CAPÍTULO 8

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE PORTADORA DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 28/07/2020

### **Vanessa de Jesus Guedes Dias**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/7956407798167332>

### **Laécyo Nascimento Araújo**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/6196307789304199>

### **Jucelia Lima Sousa**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/2757773143142009>

### **Heloiza Nayla da Costa Oliveira**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/5358400452858645>

### **Elizete Silva Rodrigues**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/5739795651710414>

### **Ana Paula Cunha Duarte**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/1085828322421550>

### **Mariana da Cunha Costa**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/3623081446565960>

### **Layrla Fernandes Pereira**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA

### **Geovane Moura Viana**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduando em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá - MA  
<http://lattes.cnpq.br/4438558034671903>

### **Laís Daniela dos Santos Viana**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/8910246883461987>

### **Caroline Natielle Rocha da Silva**

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família  
pelo Centro Universitário Estácio, Ribeirão  
Preto/SP.  
<http://lattes.cnpq.br/9761024957791849>

### **Samantha Alves Fernandes**

Pedagoga pela Faculdade Piauiense - FAP,  
Enfermeira Especialista em Segurança do  
Trabalho pela UNINOVAFAP, Teresina – PI  
<http://lattes.cnpq.br/9142137297831104>

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** O HIV/Aids surgiu na década de 80 e desde então tornou-se um grave problema de saúde pública. Em resposta

à epidemia da Aids se fez necessário criação de políticas, buscando a resolutividade para o elevado índice da doença, tendo como ponto de apoio fundamental a ESF na assistência à gestante portadora dessa enfermidade. Neste contexto a enfermagem atuará dando suporte emocional para a gestante e sua família e direcionamento adequado no desenvolvimento de sua gestação, visando um acompanhamento adequado e humanitário em todo processo.

**OBJETIVO:** Identificar a necessidade de um acompanhamento no pré-natal mais elaborado durante a gestação bem como os exames necessários para a descoberta da mãe soropositiva.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão literária, realizada nas bases de dados Lilacs e Scielo. Foram levantados 16 estudos nacionais publicados no período de 2016/2018, destes foram excluídos os que estavam fora do limite temporal ou que não atendiam ao objetivo, restando 08 artigos que foram analisados, com o auxílio dos descritores: Pré-natal, Gestação, Transmissão Vertical e HIV.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As produções científicas mostraram que o medo e a angústia são sentimentos predominantes nas mães soropositivas que imediatamente buscam tratamento, para que o sofrimento fetal seja mínimo e que não ocorra a transmissão vertical, sendo este o uso de antirretrovirais durante o pré-natal, parto e puerpério, assim como informações de como será o parto e amamentação de seu filho, já que as mesmas não podem amamentar. **CONCLUSÃO:** Ainda há necessidade de implantar uma assistência de qualidade às gestantes, utilizando estratégias de educação permanente para sensibilizar, mobilizar e capacitar profissionais envolvidos no cuidado, visando assim, à prevenção da transmissão vertical do HIV para o bebê e à melhora na qualidade de vida da gestante. A enfermagem apresenta-se como suporte emocional e técnico, escutando e aconselhando a gestante de forma biopsicossocial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-natal, Gestação, Transmissão Vertical e HIV

## NURSING ASSISTANCE TO PREGNANT HIV CARING PREGNANT WOMEN IN PRIMARY CARE

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** HIV / AIDS emerged in the 1980s and has become a serious public health problem. In response to the AIDS epidemic, it was necessary to create policies that seek to resolve the high rate of the disease, having the Family Health Strategy as a fundamental support point in assisting pregnant women with this disease. In this context, nursing will act providing emotional support for the pregnant woman and her family and adequate direction in the development of her pregnancy, aiming at an adequate and humanitarian accompaniment in the whole process. **OBJECTIVE:** To identify the need for more elaborate prenatal care during pregnancy, as well as the necessary tests for the discovery of the HIV-positive mother. **METHODS:** This is a literary review, carried out in the Lilacs and Scielo databases. 16 national studies published in the period 2016/2018 were surveyed, from these were excluded those that were outside the time limit or that didn't meet the objective, leaving 08 articles that were analyzed, with the help of the descriptors: Prenatal, Gestation, Transmission Vertical and HIV. **RESULTS AND DISCUSSION:** Scientific productions have shown that fear and anguish are prevalent feelings in HIV-positive mothers who immediately seek treatment, so that fetal distress is minimal and the vertical transmission doesn't occur, which is the use of antiretrovirals during prenatal, childbirth and the puerperium, as well as informing of how will be delivering and breastfeeding, considering they can't breastfeed the child. **CONCLUSION:** There is still a need to implement quality care for pregnant women, using permanent education



strategies to raise awareness, mobilize and train professionals involved in care, thus aiming at preventing vertical transmission of HIV to the baby and improving the quality of life of the pregnant woman. Nursing presents itself as emotional and technical support, listening and advising the pregnant woman in a biopsychosocial way.

**KEYWORDS:** Prenatal, Pregnancy, Vertical Transmission and HIV.

## 1 | INTRODUÇÃO

A patologia HIV/ Aids trata-se de uma condição crônica que traz consequências em todas as áreas da vida do indivíduo afetando, desde suas funções fisiológicas até sua interação no meio social em que se está inserido. Tal problema, atualmente, se constitui como um grave problema de saúde pública no Brasil (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016; MAGNABOSCO et al, 2018).

O surgimento da patologia se deu no início da década de 80 e, desde então, houve um número crescente de novos casos, inclusive em mulheres, tal processo que ficou conhecido como feminilização da pandemia de HIV e ocasionou, também, o aumento no número de casos em mulheres em idade fértil e a maior exposição de crianças ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) através da transmissão vertical (MEIRELLES; LOPES; LIMA, 2016).

A transmissão vertical ocorre quando há a transmissão do HIV da mãe para o bebê durante o período da gestação, parto ou lactância e constitui a principal forma de infecção em crianças até treze anos. A presença de alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) durante a gravidez, aumenta os riscos para a mãe e para o bebê, podendo ser causa de aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou até mesmo morte (LANGENDORF et al., 2016; MEIRELLES; LOPES; LIMA, 2016; MAGNABOSCO et. al. 2018).

Desta forma, em resposta a epidemia da Aids, o governo direcionou como método para diminuição de disseminação do vírus, políticas e conferências de saúde que buscavam resolutividade para o elevado índice da doença, tendo como ponto de apoio fundamental a Atenção Básica, através da Estratégias de Saúde da Família (ESF) na assistência à gestante portadora dessa enfermidade, se fazendo necessário também a criação de medidas que reduzissem a transmissão vertical, como o desenvolvimento de estratégias que busquem a educação em saúde direcionada à prevenção, bem como à investigação e identificação de casos em gestantes e, assim, ser capaz de dar início ao tratamento conforme as recomendações (MIRANDA et al, 2016).

Observa-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel importante na prevenção e tratamento de casos de HIV em gestantes partindo de intervenções preventivas que busquem desde evitar a contaminação, até a realização dos exames de triagem, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento de gestantes soropositivas. A Atenção Primária representa grande suporte às gestantes com HIV e à sua família devendo realizar um acompanhamento adequado e humanitário para evitar maiores complicações

(SILVA et al, 2018).

Conforme o exposto, o seguinte estudo se justifica pela necessidade de se obter maiores informações sobre a identificação e tratamento do HIV em gestantes e as medidas de prevenção que devem ser utilizadas visando diminuir as chances de ocorrer uma transmissão vertical.

Neste contexto, o estudo teve como objetivo identificar a necessidade de um acompanhamento no pré-natal mais elaborado durante a gestação como também os tipos de exames necessários para a descoberta da mãe soropositiva para HIV, bem como os cuidados de enfermagem na ESF, atuando como suporte emocional tanto para a gestante portadora de HIV quanto para a família e direcionamento adequado no desenvolvimento de sua gestação, visando um acompanhamento adequado e humanitário em todo processo.

## 2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura e foi realizado em Janeiro de 2019, no qual se fez uso do método de Ercole, Melo e Alcoforado (2014) onde, para que se tenha uma melhor compreensão sobre o tema trabalhado, usou-se da combinação entre dados da literatura teórica e empírica. O tema “Assistência de Enfermagem à Gestante Portadora de HIV na Atenção Primária”, foi utilizado para a construção da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente (P), Interesse (I) e Contexto (Co). A questão norteadora desta revisão foi: “Qual a importância do acompanhamento pré-natal em casos de gestante soropositiva para HIV? ”. Para a localização dos estudos relevantes, foram utilizados os descritores obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo feito o uso do elemento “P” com o DeCS “Gestantes”. Em “I” foi utilizado o DeCS “Transmissão vertical” e “HIV”. No elemento Co usou-se o DeCS “Pré-natal”. A pesquisa foi feita na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram feitas consultas nas bases de dados bibliográficas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para restringir a amostra. No quadro 1 estão evidenciadas as estratégias de busca empregadas.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	APÓS APLICAÇÃO DOS FILTROS	APÓS LEITURA DOS TÍTULOS E RESUMOS
BVS (descritores DeCS)	Gestantes and Transmissão vertical or HIV and Pré-natal.	247	16	08

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas na base de dados BVS – Coroaá, MA, Brasil, 2020.

Fonte: Bases de dados.

Foi utilizado como critérios de inclusão resumos expandidos ou artigos disponíveis gratuitamente e em sua totalidade, publicados entre 2016 e 2018, no idioma português. Foram excluídos capítulos de livros, resumos simples ou expandidos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos, outras formas de publicação que não artigos científicos completos ou artigos publicados fora do recorte temporal.

Nº	Autor(es)/ Ano	Título	Periódico/Idioma
01	ARAÚJO, E. C.; MONTE, P. C. B.; HABER, A. N. C. A. (2018)	Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil	Revista Pan-Amazônica de Saúde / Português
02	GOULART et al. (2018)	Percepção do enfermeiro da atenção básica acerca do atendimento à gestante soropositiva	Journal of Health & Biological Sciences / Português
03	MAGNABOSCO et al. (2018)	Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde	Escola Anna Nery / Português

04	ROCHA et al. (2018)	Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e sífilis na Rede Cegonha	Revista Psicologia e Saúde / Português
05	JORDÃO et al. (2017)	Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil	Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde / Português
06	ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. (2016)	Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades	Revista de Saúde Coletiva / Português
07	LANGENDORF et al. (2016)	Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais	Revista Brasileira de Enfermagem / Português
08	MEIRELLES, M. Q. B.; LOPES, A. K. B.; LIMA, K. C (2016).	Vigilância epidemiológica de HIV/ Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível	Revista Pan-americana de Saúde Pública / Português

Os estudos foram analisados primeiramente, por meio da pré-seleção segundo os critérios de inclusão e exclusão e então, de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados.

Foram encontrados duzentos e quarenta e sete (247) estudos na busca geral da BVS. Limitando a busca, obteve-se dezesseis (16) estudos. Destes, foram analisados títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não respondiam à pergunta norteadora ou estivessem duplicados. Ao final, oito (08) estudos foram selecionados.

O estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

### 3 | RESULTADOS

O protocolo de pesquisa aplicado aos 08 artigos selecionados permitiu-nos elaborar a tabela 01 onde os artigos são apresentados em ordem decrescente dos anos de publicação.

De acordo com o recorte temporal selecionado foram selecionadas 08 publicações, nas quais se visualizaram maior quantitativo de estudos publicados no ano de 2018 com 04 (quatro), seguindo-se dos anos de 2016 com 03(três) e com uma publicação no ano de 2017.

Na análise das produções científicas mostraram em sua totalidade que o medo e a angústia são sentimentos predominantes nessas mães e quando recebem o resultado positivo do HIV logo buscam tratamento imediato para que o sofrimento fetal seja o menor possível como também para não ocorrer a transmissão vertical e também como vem sendo realizada a assistência de enfermagem à gestante portadora de HIV na atenção primária.

Em relação aos autores, observou-se que os estudos, em sua maioria, possuem múltiplos autores, sendo os mesmos enfermeiros. Quanto aos periódicos de indexação, são de revistas diversas como, por exemplo, Revista de Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde e dentre outras revistas, somadas, totalizaram 08 (oito) publicações analisadas. Com relação à caracterização dos estudos por idioma de publicação, 100% dos artigos são em português.

É possível observar que todas as publicações tratam sobre o tema: gestantes portadoras de HIV e o papel da atenção primária no diagnóstico e tratamento dessas gestantes, com também sobre os cuidados de enfermagem que são prestados a essas gestantes.

## 4 | DISCUSSÃO

A Aids é considerada uma doença crônica, sendo de fundamental importância o acompanhamento de saúde e a utilização permanente de medicações antirretrovirais para seu tratamento que é contínuo, onde o paciente utilizará a vida toda. No caso de mulheres gestantes infectadas esse cuidado é ainda maior, mantendo o foco voltado para a profilaxia da Transmissão Vertical (TV) do HIV (LANGENDORF et. al. 2016).

A transmissão vertical do HIV pode ser evitada utilizando-se de estratégias criadas e realizadas por profissionais de saúde envolvidos no cuidado e acompanhamento dessas gestantes, dentre eles o enfermeiro, que terá um papel importante durante o pré-natal, parto e puerpério. O controle deste tipo de transmissão é analisado através das notificações que estão disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (MEIRELLES et. al. 2016).

Então, entende-se que durante a consulta de enfermagem na Atenção Primária, o enfermeiro tem o papel de desenvolver um vínculo com essa gestante e propiciar um momento acolhedor e confortável, facilitando assim a adesão ao tratamento o mais cedo possível, e consequentemente, a obtenção de um bom resultado terapêutico dando continuidade assistencial. Mas infelizmente, ainda é um sistema falho, visto que em muitas unidades de saúde é trabalhado como objetivo a construção compartilhada de projetos

terapêuticos entre equipe e usuário para de fato criar essa relação de empatia e confiança efetivando a integração horizontal (MAGNABOSCO et. al. 2018).

Quanto ao diagnóstico precoce da doença, é possível detectar se a gestante é soropositivo ainda no primeiro trimestre gestacional, pois já é protocolo preconizado pelo ministério da saúde, que durante a consulta de enfermagem a gestante faça inicialmente os testes rápido, dentre eles o de HIV/Aids. Desta maneira, se o resultado for positivo, as primeiras orientações são repassadas para a usuária e a partir daí serão criadas as estratégias de como será o tratamento e o aconselhamento através da Rede Cegonha (RC) que é de suma importância para a gestante neste momento delicado (ROCHA et. al. 2018). Segundo o Ministério da Saúde (2011), a RC é uma rede de cuidados que visa assegurar as mulheres quanto ao direito do planejamento reprodutivo e à atenção integral na gravidez, parto e puerpério, tendo como objetivo principal a diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil.

Corroborando com a literatura de Magnabosco (2018), segundo GOULART et al. (2018) o enfoque deve ser de fato a criação do vínculo das usuárias com as unidades de referência para o tratamento do HIV/Aids, desenvolvendo uma promoção da qualidade de vida e tratando os aspectos preventivos da transmissão materno-infantil para as mulheres que desejam engravidar mesmo sendo soropositivas. O profissional de saúde tem o dever de orientar não somente as gestantes, mas também as mulheres que desejam ser mães e tem medo da transmissão vertical, assim estarão realizando uma assistência de qualidade e mais humanizada a essas pacientes.

## 5 | CONCLUSÃO

Diante das informações relatadas no presente trabalho, podemos identificar ainda muitas barreiras a serem quebradas, dificuldades e problemas ainda sem solução, mesmo o HIV sendo uma síndrome já bem conhecida e bastante estudada em todo o mundo. Percebemos através dos estudos científicos, a necessidade na implantação de uma assistência de qualidade às gestantes soropositivas, evidenciando numa estratégia de educação permanente para sensibilizar, mobilizar e capacitar profissionais envolvidos no cuidado, visando, assim, à prevenção da transmissão vertical do HIV para o recém-nascido e à melhora na qualidade de vida da gestante. Identificou-se que os enfermeiros atuantes na atenção básica ainda passam por muitos questionamentos e limitações ao prestarem assistência as gestantes portadoras do vírus HIV/aids. Essas dificuldades enfrentadas pelos profissionais acontecem por inúmeros motivos, desde a má gestão pública, até a não especialização e capacitação do enfermeiro ou até mesmo o desinteresse por ambos.

Pode-se concluir que os enfermeiros tem plena consciência da importância da assistência às pacientes gestantes soropositivas, mas encontram dificuldade para realizar uma assistência de qualidade e assim deixando claro a importância do incentivo à

qualificação ou capacitação dos mesmo em relação a patologia, para que assim o índice de gestantes com HIV e de transmissão vertical possa cair significativamente. A enfermagem apresenta-se como suporte de apoio emocional tanto para a paciente quanto para a família, além de suporte técnico, como escuta, aconselhamento e direcionamento adequado segundo as necessidades da paciente numa visão biopsicossocial.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliete da Cunha; MONTE, Paula Carolina Brabo; HABER, Aranda Nazaré Costa de Almeida. **Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 9, n. 1, p. 33-39, 2018.

GOULART, Carolinne Siqueira, Mariano, V. T., Castilho, W. R. F., Segura, J. S. do Nascimento, Mota, W. H. **Percepção do enfermeiro da atenção básica acerca do atendimento à gestante soropositiva.** Journal of Health & Biological Sciences, v. 6, n. 3, p. 286-292, 2018.

JORDÃO, B. A., ESPOLADOR, G. M., Sabino, A. M. N. F., Tavares, B. B. **Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 18, n. 2, p. 26-34, 2017.

LANGENDORF, Tassiane Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; ALDRIGH, Juliane Dias. **Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 2, p. 275-281, 2016.

MAGNABOSCO, Gabriela Tavares; ANDRADE, Rubia Laine de Paula; BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino; MONROE, Aline Aparecida; VILLA, Tereza Cristina Scatena. **Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde.** Esc. AnnaNery, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, e20180015, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452018000400203&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452018000400203&lng=pt&nrm=iso). Acesso: em 26 jan. 2019.

MEIRELLES, Maria Quitéria Batista; LOPES, Ana Karla Bezerra; LIMA, Kenio Costa. **Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, p. 427-434, 2016.

ROCHA, Kátia Bones; SANTOS, Rejane Grecco dos; FREIRE, Isadora; PIZZINATO, Adolfo. **Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 17-29, dez. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177093X2018000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2018000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 26, p. 785-806, 2016.

# CAPÍTULO 9

## ASSOCIAÇÃO ENTRE A VIA DE PARTO E COMPLICAÇÕES MATERNAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 18/07/2020

**Carolina Fordellone Rosa Cruz**

Universidade Estadual do Norte do Paraná.  
<https://orcid.org/0000-0002-8936-9191>

**Thais Bette Freitas**

Especialização em Enfermagem Obstétrica.  
Centro Universitário Filadélfia  
<https://orcid.org/0000-0002-9934-5206>

**Resumo:** Objetivo: comparar o risco de complicações maternas em partos realizados por via abdominal com aqueles realizados por via vaginal. Metodologia: estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo com base de dados secundários. O estudo foi realizado em uma maternidade do município de Londrina, Paraná, Brasil. Foram investigados todos os partos ocorridos no ano de 2015 que apresentaram as complicações no pós-parto infecção e/ou hemorragia. Resultados: dos 3.166 partos analisados, 67% foram por via vaginal. A maioria das parturientes eram secundigestas ou tercigestas (46,52%), 70,34% estavam em idade gestacional de 38 a 41 semanas. A maior parte dos partos ocorreu sem episiotomia e sem laceração perineal (n=1.830). A complicação infecção e o parto cesáreo apresentaram uma associação estatisticamente significativa (OR = 2,52; p = <0,0001). Conclusões: o parto cesariano oferece maior risco da complicação infecção pós-parto comparado ao parto vaginal. Enquanto

que a complicação hemorragia pós-parto não apresentou diferença estatística significativa.

**PALAVRAS - CHAVE:** parto, infecção, hemorragia, maternidade.

### ASSOCIATION BETWEEN TYPES OF DELIVERY AND MATERNAL COMPLICATIONS IN A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL IN A SOUTHERN BRAZILIAN MUNICIPALITY

**ABSTRACT:** Objective: To compare the risk of maternal complications in abdominal deliveries with vaginal deliveries. Methodology: descriptive, quantitative and retrospective study based on secondary data. The study was conducted in a maternity hospital in Londrina, Paraná, Brazil. We investigated all deliveries in 2015 that presented postpartum complications, infection and / or bleeding. Results: Of the 3.166 deliveries analyzed, 67% were vaginal delivery. Most of the parturients were secondary or tertiary women (46.52%), 70.34% were in gestational age from 38 to 41 weeks. Most deliveries occurred without episiotomy and without perineal laceration (n = 1.830). Infection complication and cesarean delivery had a statistically significant association (OR = 2.52; p = <0.0001). Conclusions: Caesarean delivery offers a higher risk of postpartum infection complication compared to vaginal delivery. While postpartum hemorrhage complication showed no statistically significant difference.

**KEYWORDS:** childbirth, infection, hemorrhage, maternity.



## 1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, as operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos). Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a operação cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro (BRASIL, 2016a).

A cesariana consiste na retirada do feto através de uma incisão cirúrgica na parede abdominal e uterina, indicado quando há riscos para a mãe ou para o bebê e o parto vaginal não é possível. Também é indicada por situação fetal transversa, herpes genital ativa, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna e feto vivo, gestante HIV positiva, cicatriz uterina prévia corporal, descolamento prematuro de placenta, gravidez gemelar, macrosomia fetal e também distúrbios psiquiátricos (BRASIL, 2012).

A cesárea pode ser indicada também para a possível realização de uma laqueadura. Muitas vezes as mulheres escolhem esta via de parto devido à falta de informações sobre os riscos que uma cirurgia trás, ou pela tradição cultural da ausência da dor. Além de ser um procedimento isento de dor devido ao uso de anestésicos, e na visão médica, é mais seguro e previsível. Por outro lado, há o risco de prematuridade, hemorragias e infecções, a puerpera tem uma recuperação mais lenta e o custo financeiro é maior (BRASIL, 2012).

O parto para que seja considerado normal, deve ocorrer sem intercorrências ou procedimentos desnecessários nos períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto, e deve-se manter uma constante atenção voltada para o bem-estar, segurança e direitos da parturiente e do bebê. Adjetiva-se o parto como humanizado, quando se presta uma assistência holística, onde se dispensa a este momento a ternura, o carinho e a dignidade de que o evento necessita (COREN/SP, 2009).

O parto normal ocorre em ambiente hospitalar com a rotina da instituição pré-estabelecida, pode manter acesso venoso com medicamentos, com restrições de alimentação e caminhada, a posição em decúbito dorsal e pode ser necessária o uso da episiotomia. Diversos são os benefícios do parto normal. Ele é três vezes mais seguro que a cesárea, a mulher tem sua recuperação mais rápida, a mãe estabelece vínculo imediato com seu filho, têm maior disposição para amamentá-lo, não tem efeitos colaterais da anestesia, tem menos dor no pós-parto, o bebê nasce com menor desconforto respiratório e têm suas funções cardiovasculares e respiratórias em perfeito funcionamento, tem menor risco de infecção hospitalar, a mulher já pode se alimentar quando chega na enfermaria e permanece no hospital no tempo de 24 horas, podendo deambular livremente, sendo um procedimento de menor complexidade e menor custo ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

As principais complicações maternas observadas nas maternidades são hemorragia uterina pós-parto e a infecção puerperal.

A hemorragia pós-parto é o excesso na perda de sangue associado com o trabalho de parto ou nascimento da criança. Definida como perda de sangue maior que 500 ml ou como uma quantidade que afeta adversamente a fisiologia materna, como a pressão sanguínea e o hematócrito. É dividida em duas categorias: imediata (até 24 horas após nascimento) ou tardia (24 horas após parto) (ZUGAIB, 2011). A hemorragia representa um conjunto de causas que incide sobre a mulher durante o ciclo grávido-puerperal e com atenção indevida resulta em morte (MARTINS; SOUZA; ARZUAGA-SALAZAR, 2013).

A infecção puerperal é um termo que representa qualquer infecção bacteriana do trato genital feminino no pós-parto recente. Apesar de a mortalidade por essa enfermidade ter diminuído nas últimas décadas, ela ainda é responsável por considerável número de mortes maternas. A sepse representa importante causa de mortalidade, sendo considerada a terceira ou quarta causa de morte materna (ZUGAIB, 2011).

Diante do exposto, o presente estudo foi elaborado com o objetivo de comparar o risco de complicações maternas em partos realizados por via abdominal com aqueles realizados por via vaginal. Também foi realizado o levantamento de algumas características obstétricas.

## 2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo com base de dados secundários. O estudo foi realizado em uma maternidade do município de Londrina, Paraná, Brasil. O Município de Londrina está localizado na região norte do Estado do Paraná, possui uma extensão territorial de 1.652,568 km<sup>2</sup> e a sua população estimada para 2015 é de 548.246 mil habitantes, sendo que 97,39% da população é residente da zona urbana e a população feminina é de 263.642 habitantes (IBGE, 2016).

Foram Investigados todos os partos ocorridos em uma maternidade do município de Londrina no ano de 2015. Foram incluídas todas as puérperas de partos ocorridos, que apresentaram as seguintes complicações no pós-parto: Infecção e/ou hemorragia. Na complicação Infecção foram incluídas as puérperas que fizeram o uso de antibiótico. E na complicação Hemorragia foram incluídas as puérperas que receberam transfusão sanguínea. Foram excluídas todas as puérperas que fizeram o uso de antibiótico profilaticamente.

O levantamento geral de dados foi feito através de uma planilha fornecida pelo setor administrativo da maternidade. Enquanto que as informações referentes às complicações foram realizadas mediante a revisão manual dos prontuários. Foi aplicado aos prontuários um questionário previamente elaborado pelas autoras, abrangendo vários dados maternos. O projeto de pesquisa não oferece benefícios e nem riscos às pacientes envolvidas. As

pacientes não terão envolvimento direto com a pesquisa e os seus nomes não serão utilizados e nem divulgados. As variáveis levantadas foram: números de gestações, partos, abortos, filhos vivos, idade gestacional, tipo de parto, variações do parto, presença de laceração, realização de episiotomia e as complicações hemorragia e infecção pós-parto.

Todas as informações foram armazenadas e codificadas no Microsoft Excel e analisadas pelo Programa para análises epidemiológicas de dados (EPIDAT 3.1). Primeiramente foi realizada uma análise descritiva com percentual simples de todas as variáveis. Posteriormente, foi feita uma análise univariada de todas as variáveis. A existência de associação entre o tipo de parto e cada uma das variáveis foi analisada pelo Odds Ratio (OR), com Intervalo de confiança (IC) de 95% e o valor da probabilidade ( $p < 0,05$ ) (MEDRONHO, 2009).

O projeto foi autorizado pela Maternidade Municipal de Londrina e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Filadélfia (UniFil), via Plataforma Brasil, sob o número CAAER: 52743415.4.0000.5217.

As autoras utilizaram todas as informações de acordo com os padrões éticos em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/16 e complementares (BRASIL, 2016b). Todos os custos provenientes do desenvolvimento da pesquisa foram subsidiados pelas próprias pesquisadoras.

### 3 | RESULTADOS

Foram estudados 3.166 nascimentos ocorridos de janeiro a dezembro de 2015, em uma maternidade de Londrina-PR. De acordo com a figura 1 pode-se observar que 67% dos partos foram por via vaginal (normal).

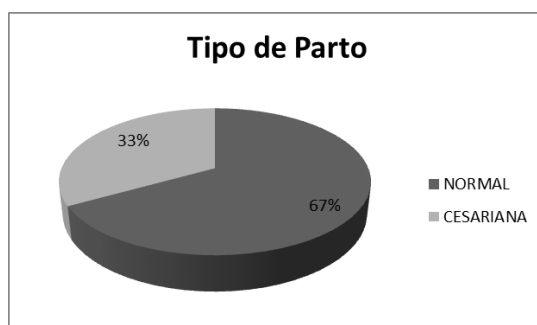


Figura 1 – Percentual de partos ocorridos. Londrina, 2015.

Entre os partos ocorridos, 2.118 ocorreram por via vaginal (normal) e 1.048 foram por via abdominal (cesarianas), sendo que 1.037 foram parto normal sem episiotomia e sem laceração, 793 partos normais sem episiotomia e com laceração, 272 partos normais

com episiotomia e sem laceração e 16 partos normais com episiotomia e com laceração (figura 2).

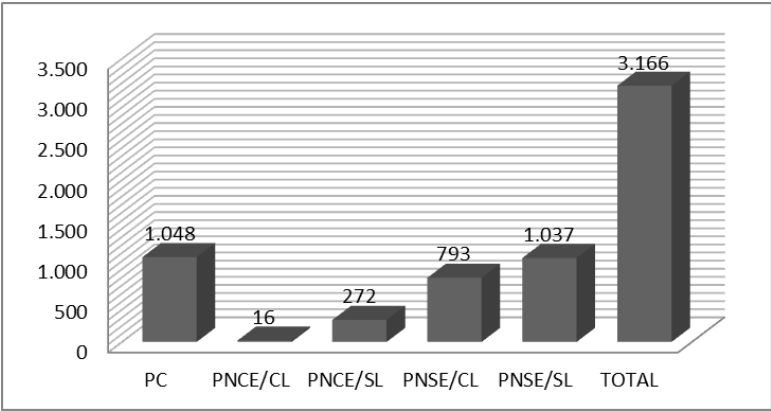


Figura 2 – Variações dos tipos de partos ocorridos. Londrina, 2015.

\***PC**= Parto Cesariana, **PNCE/CL**=Parto normal com episiotomia e com laceração, **PNCE/SL**= Parto normal com episiotomia e sem laceração, **PNSE/CL**=Parto normal sem episiotomia e sem laceração, **PNSE/SL**= Parto normal sem episiotomia e sem laceração.

Na tabela 1 são demonstradas algumas características obstétricas e a maioria das parturientes eram secundigestas ou tercigestas (duas ou três gestações) (46,52%), 70,34% estavam em idade gestacional de 38 a 41 semanas e 24,44% apresentaram um ou mais de um aborto.

		Total	
Variaveis		N	%
Gestações	1	1.255	39,63
	2 a 3	1.473	46,52
	> 3	438	13,80
Abortos	1	336	10,61
	> 1	438	13,83
Tipo de Parto	Normal	2.118	66,89
	Cesariana	1.048	33,10
	< 38 semanas	930	29,37
Idade Gestacional	38 a 41 semanas	2.227	70,34
	> 41 semanas	9	0,28

Tabela 1 - Características dos antecedentes obstétricos segundo números de gestações, partos, abortos, filhos vivos e idade gestacional atual. Londrina - Paraná, 2015

As variações de parto associadas à laceração perineal estão demonstradas na tabela 2. Pode-se observar que a maioria dos partos ocorreu sem episiotomia e sem laceração perineal (n=1.830). E nota-se que entre os partos com episiotomia (n=288), 94,45% não apresentaram laceração perineal.

Variáveis	Parto com episiotomia		Parto sem episiotomia	
	N	%	N	%
Laceração Perineal	16	5,55	793	43,35
Sem laceração Perineal	272	94,45	1.037	56,65
<b>Total</b>	288	100,00	1.830	100,00

Tabela 2 – Realização do procedimento Episiotomia nos 2.118 partos vaginais associados à laceração perineal. Londrina - Paraná, 2015.

A Tabela 3 mostra a distribuição das complicações segundo a via de parto. De acordo com as complicações maternas analisadas no estudo, pode-se observar que de 3.166 partos registrados na maternidade, 166 (5,24%) apresentaram a complicação infecção e 21 (0,66%) a complicação hemorragia pós-parto. Entre os partos que apresentaram complicações (187), 88 foram por parto vaginal e 99 por parto cesáreo. Analisadas as complicações maternas com a via de parto pode-se notar que complicação infecção e o parto cesáreo, apresentaram uma associação estatisticamente significativa (OR = 2,52;  $p = <0,0001$ ). Já a complicação Hemorragia com o parto cesáreo não foram estatisticamente significantes (OR=1,52;  $p=0,3405$ ).

Variáveis	Tipo de Parto		Total		Valor de p	OR	IC 95%
	Vaginal	Cesáreo	Nº	%			
<b>Complicações</b>							
Infecção	76	90	166	5,24	<0,0001	2,52	1,84-3,45
Hemorragia	12	9	21	0,66	0,3405	1,52	0,63-3,61
Total	88	99	187	5,9			

Tabela 3 – Tipos de complicações por via de parto nas 3.166 parturientes estudadas (2.118 partos vaginais e 1.048 cesáreos) e cálculo do risco associado ao tipo de parto. Londrina - Paraná, 2015.

#### 4 | DISCUSSÃO

A maioria dos partos ocorreu por via vaginal (67%), demonstrando que a maternidade estudada está muito próxima de atingir os objetivos preconizados pelo ministério da saúde e organização mundial da saúde.

Resultados semelhantes podem ser observados em um estudo com o objetivo de avaliar as relações entre risco gestacional, tipo de parto e suas repercussões maternas e neonatais imediatas através de uma análise retrospectiva de coorte em base de dados secundários, em maternidade de hospital universitário. Foram considerados 1.606 partos no período de nove meses, demonstrando que a taxa global de cesarianas foi de 38,3% (REIS et al, 2014).

Em contrapartida resultados divergentes foram observados em um estudo cujo objetivo foi analisar o perfil de nascimentos no município de Serra, Espírito Santo, no período de 2001 a 2005. Foram analisados 32.275 nascimentos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Do total de nascimentos levantados, 54,2% foram por via vaginal ( $n=17.464$ ) e cesariana 45,2% ( $n=14.757$ ) (LIMA et al, 2012).

Também diferentemente do presente estudo, em outro estudo realizado no município de Foz do Iguaçu – Paraná, com dados do SINASC entre os anos de 2000 a 2008, a taxa de cesarianas realizadas no município ficaram entre 33,84% a 49,94%, o que demonstra um acentuado aumento na realização deste procedimento cirúrgico (RODRIGUES e ZAGONEL, 2010).

O elevado número de cesáreas no Brasil pode estar associado à falta da qualidade de orientações no período pré-natal, momento anterior ao parto destinado a mulher, que tem por finalidade sanar dúvidas em torno da maternidade, bem como fornecer informações sobre o parto vaginal como via recomendada bem como seus benefícios (a rápida recuperação pós-parto, apojadura, liberação de ocitocina para a formação do globo de segurança de pinar diminuindo o risco de hemorragias, parto humanizado) (BRASIL, 2016a).

Esta realidade infelizmente é observada na maioria das maternidades do Brasil. Ainda há um caminho a ser percorrido para que as taxas de cesarianas realizadas no país fiquem entre 25% a 30%, preconizado pelo Ministério da Saúde, o que é ideal para uma instituição credenciada com a iniciativa Amigo da Criança. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza que apenas 10 a 15% dos partos devem ser realizados através de procedimento cirúrgico (cesariana). No Brasil, a taxa foi recentemente estimada em torno de 56% do total de nascimentos (BRASIL, 2016a).

Entre as variações dos partos demonstradas no presente estudo, 1.829 (86,35%) foram parto normal sem episiotomia e 288 (9,1%) parto normal com episiotomia. Dados divergentes foram encontrados em um estudo realizado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), situados na cidade de São Paulo foram estudadas 328 mulheres divididas por dois tipos de parto: espontâneo com e sem episiotomia e parto fórceps. Entre as mulheres submetidas ao parto vaginal, 122 (37,2%) sem episiotomia e 147 (44,8%) com episiotomia. A episiotomia e o reparo do trauma perineal são os dois procedimentos mais realizados por obstetras. No Brasil a taxa de realização de episiotomia é de 71,6%, apesar do movimento na atualidade pretender a sua redução para 10%

(GABRIELLONI et al., 2014).

De acordo com as características obstétricas pode-se observar que a maioria das gestantes eram secundigestas ou tercigestas (segunda ou terceira gestação) e a maioria dos nascimentos ocorreram entre 38<sup>a</sup> a 41<sup>a</sup> semana (a termo) e de parto normal. Algumas informações semelhantes foram demonstradas em um estudo cujo objetivo foi analisar o perfil dos nascimentos de crianças filhas de mães adolescentes, ocorridos em um hospital no interior do Rio Grande do Norte (RN), no período de 2000 a 2009, onde a grande maioria das crianças nasceram a termo de 37 a 42 semanas, tendo a maior parte das adolescentes gestações únicas, sendo o parto vaginal, o mais frequente (SILVEIRA et al., 2015).

O presente estudo mostra que, na instituição estudada, o parto cesariano oferece maior risco da complicação infecção pós-parto comparado ao parto vaginal. Enquanto que a complicação hemorragia pós-parto não apresentou diferença estatística significativa. Informação discordante com uma coorte retrospectiva formada pelos partos de fetos com 500g ou mais, nascidos vivos, durante todo o ano de 2003, no Centro Hospitalar de Santo André, analisando-se cada complicação separadamente, houve diferença significativa entre as vias vaginal e abdominal apenas para transfusão sanguínea (MACHADO JÚNIOR et al., 2009).

Porém outro estudo com o objetivo de demonstrar a prevalência dos partos vaginais e cesarianos, comparando as taxas de infecção puerperal entre as diferentes modalidades de parto. Foi possível observar que a taxa de infecção puerperal média foi 1,87%, sendo 4,04% para parto cesáreo e 0,9% para parto vaginal. A taxa média de infecção nos partos cesáreos foi 4,5 vezes maior do que nos partos vaginais no período analisado (BERTOTTO et al., 2015).

Já em outro estudo retrospectivo de 1.748 partos realizados em hospital universitário de São Paulo no período de abril a dezembro de 2001, cujos recém-nascidos apresentaram peso superior a 500 gramas. Foram analisadas as complicações maternas ocorridas durante o parto e as diagnosticadas durante o puerpério, não mostrou diferença significativa entre as complicações das vias abdominal e vaginal (NOMURA, ALVES e ZUGAIB, 2004).

Em geral, o nascimento espontâneo por via vaginal de feto em apresentação cefálica está associado ao menor risco de co-morbidade fetal materna. Em comparação com a cesariana, o parto vaginal espontâneo tem menor risco de infecção materna, hemorragia, complicações anestésicas e histerectomia, entre outros (CUNNINGHAM et al., 2016).

O presente estudo apresenta limitações devido ao delineamento descritivo com base de dados secundários. As principais limitações encontradas nos prontuários podem estar associadas aos seguintes fatores: falta de informação dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos prontuários, assim como a ilegibilidade da letra, o que dificultou muitas vezes a interpretação das informações escritas. Porém, por outro lado, traz uma importante contribuição para o avanço da literatura, uma vez que é um dos poucos estudos que avaliaram a prevalência e os fatores associados, não apenas do uso exclusivo

de chupeta e mamadeira, mas também do uso combinado desses bicos artificiais.

## 5 | CONCLUSÕES

No presente estudo foi observado que a maioria dos partos ocorreu por via vaginal, o que demonstra que a instituição estudada está muito próxima de atingir as metas preconizadas pelo ministério da saúde e organização mundial da saúde.

Também foi demonstrado que o parto cesariano oferece maior risco da complicação infecção pós-parto comparado ao parto vaginal. Enquanto que a complicação hemorragia pós-parto não apresentou diferença estatística significativa.

Este estudo ainda permitiu levantar os antecedentes obstétricos segundo números de gestações, partos, abortos, filhos vivos e idade gestacional atual, assim como as variedades do partos das gestantes atendidas na maternidade estudada.

A continuidade de pesquisas nesse serviço e estudos em populações de baixo risco no âmbito público e privado constituem novos desafios que poderão auxiliar na avaliação dos riscos para ocorrência de complicações, efetivamente relacionados a esse procedimento cirúrgico.

## AGRADECIMENTOS

A maternidade municipal do município de Londrina – PR e aos funcionários do setor administrativo da maternidade pelo apoio logístico na coleta de dados.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Cruz CFR contribuiu na concepção do projeto, revisão da literatura, coleta de dados, análise dos dados, redação e revisão do manuscrito.

Freitas TB contribuiu na concepção do projeto, revisão da literatura e revisão do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todo o conteúdo da obra.

## REFERÊNCIAS

BERTOTTO, B.T.; CABRAL, V.; FRANK, L.; VAZ HENDLER, J.; ROCHA, M.R.C.; FREITAS, A.L.; MASCARENHAS, M.C.; BORGES, F.M.; FLESCHE, N.; KLUC, M.M. **Infecção puerperal e partos cesáreos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Uma análise dos indicadores assistenciais nos últimos 12 anos.** Clinical & Biomedical Research; 2015: 35 (Supl.).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde; 320 p., 2012.



BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Protocolo nº179.** Brasília (DF); 2016a. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf)>. Acesso em 15 Jun 2019 às 19:00.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. 2016b.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em 29 Nov 2016 às 20 horas.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN – SP). **Parto natural e parto normal: quais as diferenças?** Revista Enfermagem. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em [http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista\\_enfermagem\\_julho\\_2009\\_0.pdf](http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf). Acesso em 25/06/2019 às 18 horas.

CUNNINGHAM, F.G.; LEVENO, K.J.; BLOOM, S.L.; HAUTH, J.C.; ROUSE, D.J.; SPONG, C.Y. **Obstetria de Williams.** Ed. Guanabara Koogan - 24ª ed, 2016.

GABRIELLONI, M.C.; ARMELLINI, C.J.; BARBIERI, M.; SCHIRMER, J. **Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito.** Acta Paulista de Enfermagem; 2014; 27(2): 186-193.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico de 2010. Dados referentes ao município de Londrina – Paraná.** Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411370&search=paranallondrina%20infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 07 Nov 2016 às 11:30.

LIMA, E.F.A.; SOUSA, A.I.; MELO, E.C.P.; PRIMO, C.C.; LEITE, F.M.C. **Perfil de nascimentos de um município: um estudo de coorte.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2012; 14(1): 12-18.

MACHADO JÚNIOR, L.C.; SEVRIN, C.E.; OLIVEIRA, E.; CARVALHO, H.B.; ZAMBONI, J.W.; ARAÚJO, J.C.; MARCOLIN, M.; CARUSO, P.; AWADA, P.F.; GIUNTA, R.Z.; MUNHOZ, W.; SANCOVSKI, M.; PEIXOTO, S. **Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública; 2009; 25(1):124-132.

MARTINS, H.E.L.; SOUZA, M.L.; ARZUAGA-SALAZAR, M.A. **Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil.** Rev. Esc. Enferm. 2013; 47(5): 1025-1030.

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

NOMURA, R.M.Y.; ALVES, A.E.; ZUGAIB, M. **Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário.** Revista de Saúde Pública; 2004;38(1):9-15.

REIS, Z.S.; LAGE, E.M.; AGUIAR, R.A.; GASPAR, J.S.; VITRAL, G.L.; MACHADO, E.G. **Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria; 2014; 36(2):65-71.

RODRIGUES, K.S.F.; ZAGONEL, I.P.S. **Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/ PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro.** Escola Anna Nery; 2010: 14 (3).

SILVEIRA, N.F.D.; MEDEIROS, W.R.; CORTEZ, L.R.; WINGETER, D.G.; FIGUEIREDO, A.A.F. **Perfil de filhos de adolescentes em hospital no interior do Rio Grande do Norte no período de 2000 a 2009.** Revista Baiana de Saúde Pública; 2015: 39(3):642-654.

ZUGAIB, M. **Obstetria,** 1ª ed, SP: Manole, 2011.

# CAPÍTULO 10

## COMPARAÇÃO ENTRE AS CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR RELACIONADAS A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO EM PARNAÍBA, PIAUÍ E BRASIL, NO ANO DE 2018

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 07/07/2020*

### **Giovanna Stefanne Lópes Barbosa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2980249092093311>

### **Mariana Veras Rocha Borges**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5930342479033842>

### **Marinice Saraiva Attem**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2215842401298907>

### **Tom Ravelly Mesquita Costa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0525068318809559>

### **Eduardo de Carvalho Carneiro**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5128213552274861>

### **Daniela Winckler Mass**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9956856222450771>

### **Isabella Pires Gomes Mendes**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/4272357849891324>

### **Isabella Cabral Ferraz**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1082569279408975>

### **Victor Augusto Soares Sotero**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3023746103498833>

### **Raysa Maria Silva de Araujo**

Instituto de Educação Superior do Vale do  
Parnaíba, Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7643938312516002>

### **Martha Laura Leão dos Santos Silva**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0494287282156440>

### **Nayana Alves de Brito Melo Okasaki**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5617297748955337>

**RESUMO:** O período de gestação, o parto e o puerpério são momentos que precisam ser

devidamente acompanhados. A mortalidade materna, que ocorre durante a gravidez ou no período de até 42 dias após o final da gestação, é uma variável que ajuda a analisar a qualidade do atendimento em saúde de uma determinada região, e a evidenciar possíveis falhas nos níveis de atenção. Objetivo: Comparar as principais causas de internação hospitalar relacionadas a gravidez, parto e puerpério em Parnaíba, Piauí e Brasil, no ano de 2018. Metodologia: estudo descritivo transversal, a fim de realizar um retrato da situação epidemiológica no tocante às internações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, no ano de 2018, utilizando o capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em Parnaíba, Piauí e Brasil. Os dados foram retirados da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Resultados: Por meio da pesquisa realizada na plataforma de dados, observou-se que em 2018, foram realizadas 5.778, 51.649 e 2.474.382 internações hospitalares (IH) relacionadas ao capítulo XV do CID-10 em Parnaíba, no Piauí e no Brasil, respectivamente. Analisando o total de internações hospitalares, a principal causa foi o “parto único espontâneo”, correspondendo a 52,6% em Parnaíba, 39,7% no Piauí e 44% no Brasil. Conclusão: O maior índice de “parto único espontâneo” está associado a humanização do atendimento à mulher gestante, através da valorização da fisiologia natural do parto, assim como da confiança da parturiente no serviço de saúde, que facilita a não realização ou diminuição de condutas invasivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hospitalização; Gravidez; Parto Normal; Período Pós-Parto.

## COMPARISON BETWEEN HOSPITALIZATION CAUSES RELATED TO PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE PUERPERIUM IN PARNAÍBA, PIAUÍ AND BRAZIL, IN 2018

**ABSTRACT:** The period of pregnancy, childbirth and the puerperium are moments that need to be properly monitored. Maternal mortality, which occurs during pregnancy or within 42 days after the end of pregnancy, is a variable that helps to analyze the quality of health care in a given region, and to highlight possible failures in the levels of care. Objective: To compare the main causes of hospitalization related to pregnancy, childbirth and the puerperium in Parnaíba, Piauí and Brazil, in 2018. Methodology: a descriptive cross-sectional study, in order to draw a picture of the epidemiological situation regarding hospitalizations related to pregnancy, childbirth and the puerperium, in 2018, using chapter XV of the International Classification of Diseases (ICD-10), in Parnaíba, Piauí and Brazil. The data were taken from the platform of the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS). Results: Through research conducted on the data platform, it was observed that in 2018, 5,778, 51,649 and 2,474,382 hospital admissions (HI) were carried out related to chapter XV of the ICD-10 in Parnaíba, Piauí and Brazil, respectively. Analyzing the total number of hospitalizations, the main cause was the “single spontaneous delivery”, corresponding to 52.6% in Parnaíba, 39.7% in Piauí and 44% in Brazil. Conclusion: The highest rate of “single spontaneous delivery” is associated with the humanization of care for pregnant women, through the appreciation of the natural physiology of delivery, as well as the parturient’s trust in the health service, which facilitates the non-performance or reduction of conducts invasive.

**KEYWORDS:** Hospitalization; Pregnancy; Natural Childbirth; Postpartum Period.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento singular na vida de uma mulher, onde ocorrem mudanças fisiológicas no corpo a fim de prepará-la para a gestação (BRASIL, 2020). Espera-se, também, impactos emocionais, visto que é um momento em que a mãe se torna ansiosa, na expectativa de uma gestação saudável e sem problemas (SILVA *et al.*, 2011).

Contudo, não somente a mulher gestante anseia por uma gravidez sem intercorrências, o sistema de saúde também almeja tal feito, uma vez que complicações, que levam a internações hospitalares nesse período existem e podem alterar o bem estar podendo até colocar em risco a vida da mãe e do bebê (CABRAL *et al.*, 2011).

A gestação, o parto e o puerpério são momentos que precisam ser devidamente assistidos. A mortalidade materna, que ocorre durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após o final da gestação, é uma variável que ajuda a avaliar a qualidade do atendimento em saúde de uma determinada região, e a evidenciar possíveis falhas nos níveis de atenção (OPAS/OMS, 2018).

Segundo a OPAS/OMS (2018), as principais causas de mortalidade relacionadas à gestação e ao parto são: hipertensão, hemorragias graves, infecções puerperais, complicações no parto e abortos inseguros. Portanto, se faz necessário um cuidado direcionado e integralizado para a mulher gestante.

Para humanizar o atendimento é preciso proporcionar cuidado integral a essas mulheres. No ano de 2010, a rede de atenção em saúde começou a ser implantada no Brasil, com o intuito de melhorar a gestão e a qualidade do atendimento em todo o território e em todas as esferas da saúde pública. A partir daí, como um de seus ramos, surge a Rede Cegonha, em 2011, um serviço destinado para as mulheres gestantes (BRASIL, 2014). A Rede Cegonha tem como objetivo garantir o direito da mulher a um planejamento familiar e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério (BRASIL, 2020b).

Dessa forma, tem-se buscado cada vez mais o atendimento de forma completa e eficiente para a grávida, e conhecer os índices de saúde, como as principais complicações que levam à hospitalização, contribui na hora de medir estratégias para aumentar a segurança da mãe e do recém-nascido. Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi comparar as principais causas de internação hospitalar relacionadas a gravidez, parto e puerpério em Parnaíba, Piauí e Brasil, no ano de 2018.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, a fim de realizar um retrato da situação epidemiológica no tocante às internações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Dessa forma, foram avaliadas as causas de internação hospitalar relacionadas ao capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças - 10 edição (CID-10), que ocorreram em

2018, em Parnaíba (PHB), Piauí (PI) e Brasil (BR).

Os dados foram retirados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Na plataforma, os dados de morbidade hospitalar foram consultados com filtros de ano (2018) e capítulo do CID-10 (capítulo XV) para as três esferas geográficas (cidade, estado e país).

Os resultados obtidos no decorrer da coleta de informações foram tabelados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2016®. Esta pesquisa levou em consideração os princípios de uma pesquisa epidemiológica. A partir da pesquisa, ocorrida no mês de junho de 2019, foram desenvolvidas tabelas e gráficos abordando os resultados obtidos.

Ademais, atendendo aos aspectos éticos, por se tratar de dados secundários, de domínio público não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), entretanto, foram respeitados os aspectos das resoluções 466/12 e 510/16.

### 3 | RESULTADOS

Por meio da pesquisa realizada na plataforma de dados, observou-se que em 2018, foram realizadas 5.778, 51.649 e 2.474.382 internações hospitalares (IH) relacionadas ao capítulo XV do CID-10 em Parnaíba, no Piauí e no Brasil, respectivamente.

Dentre o total de internações hospitalares, a principal causa foi o “parto único espontâneo”, correspondendo a 52,6% em Parnaíba, 39,7% no Piauí e 44% no Brasil. Excetuando-se as causas generalistas “outros motivos de assistência à mãe relacionados à cavidade fetal e amniótica, e possíveis problemas de parto” e “outras complicações da gravidez e do parto” que estão em segundo e terceiro lugar nas três esferas geográficas, “aborto espontâneo” esteve em segundo lugar nas internações em Parnaíba (4,9%). Enquanto isso, ao analisar o Piauí e o Brasil “edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério” figuraram em segundo lugar, com 5,4 e 4,4%, respectivamente (Gráfico 1).

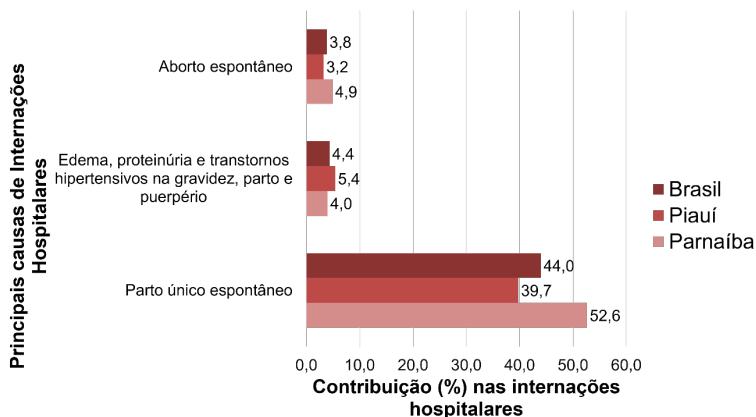


Gráfico 1- Contribuição das principais causas de internação hospitalar relacionadas ao capítulo XV do CID-10, em Parnaíba, Piauí e Brasil, no ano de 2018.

Fonte: SIH/SUS

Ao analisar individualmente as causas de internação hospitalar na cidade de Parnaíba, foi possível observar que há uma correlação entre os dados brasileiros, sendo o “parto único espontâneo” a principal causa de internação hospitalar, seguido por “outros motivos de assistência à mãe” e “outras complicações da gravidez e do parto”, correspondendo à, respectivamente, 26,2% e a 5,2% (Gráfico 2). As demais causas seguiram distribuição semelhante nos três âmbitos. Cabe ressaltar que em PHB não foram contabilizadas internações hospitalares por “aborto por razões médicas”, diferentemente do PI (0,6%) e do BR (0,1%) (Gráficos 3 e 4).

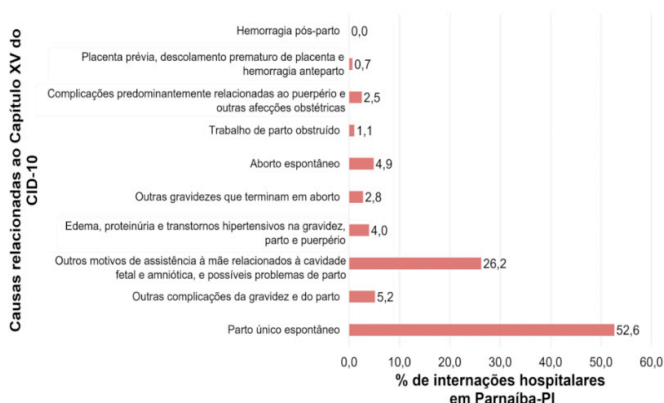


Gráfico 2 – Contribuição de cada causa de internação hospitalar relacionada ao capítulo XV do CID -10, em Parnaíba-PI, no ano de 2018.

Fonte: SIH/SUS.



Gráfico 3 – Contribuição de cada causa de internação hospitalar relacionada ao capítulo XV do CID-10, no Piauí, no ano de 2018.

Fonte: SIH/SUS.

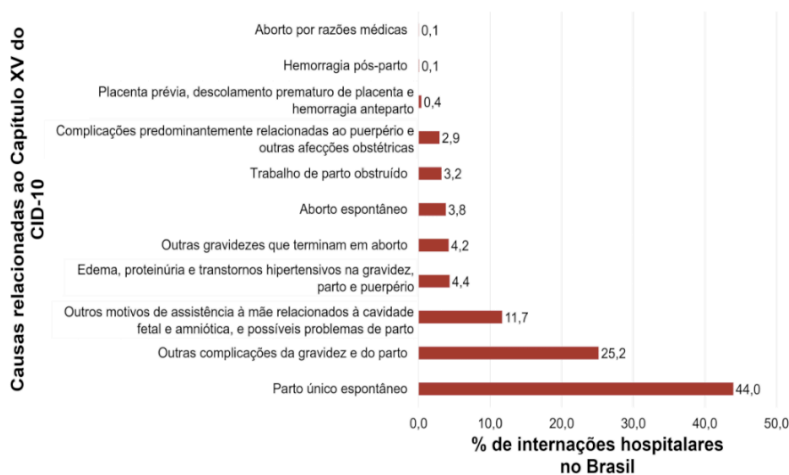


Gráfico 4 – Contribuição de cada causa de internação hospitalar relacionada ao capítulo XV do CID-10, no Brasil, no ano de 2018.

Fonte: SIH/SUS.

A avaliação das causas de IH no estado do Piauí possibilita estabelecer um parâmetro do fator causal de ida ao sistema de saúde, destacando-se, assim como nas outras esferas, o “parto único espontâneo”. Contudo, ocorreu uma inversão entre a segunda e terceira causa de IH, sendo “outras complicações da gravidez e do parto” e “outros motivos de assistência à mãe” responsáveis por 22% e 17,6%, respectivamente.

Por fim, a análise dos dados do país apontam para uma correlação já estabelecida

na esfera municipal e estadual, sendo a principal causa de internação hospitalar o “parto único espontâneo”, seguido, assim como observado no estado do Piauí, por “outras complicações da gravidez e do parto” e “outros motivos de assistência à mãe”.

## 4 | DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou as principais causas de internações hospitalares relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Ao comparar os resultados encontrados na cidade de Parnaíba com o âmbito estadual e nacional no ano de 2018, observou-se o “parto único espontâneo” (PUE) como principal causa de IH. Esse tipo de concepção é definido pela evolução fisiológica do parto, com o mínimo de assistência possível quando se faz necessário, com ou sem episiotomia.

Ao tabular os dados referentes às IH das três esferas analisadas, observou-se um percentual expressivo de internações referente ao PUE. Essa tendência reflete a boa aplicação das políticas de atenção à gestante e de humanização do parto, pois a realização do parto normal fisiológico coloca a mulher no papel de protagonista desse processo como ocorria antigamente. Além disso, esses índices elevados representam a confiança da parturiente no serviço de saúde, que por sua vez deve assegurar o processo natural, sem a realização de condutas invasivas desnecessárias (CARDOSO *et al*, 2020).

Esse resgate na valorização da fisiologia natural do parto é preconizado pela OMS, pois o objetivo da assistência ao nascimento é proporcionar o bem estar da mãe e do bebê nesse momento único que é o parto. Assim, o mínimo de intervenção, representa uma harmonização dos avanços tecnológicos com a qualidade das relações humanas, concretizando as práticas preconizadas pela Rede Cegonha (GOMES e RACHED, 2017).

Outra variável analisada no presente estudo foi o aborto. No Brasil, esse tema envolve questões legais, culturais e religiosas. Essa discriminação imposta às mulheres e a dificuldade de debater sobre esse assunto, têm contribuído para a precariedade da assistência e, ainda, para o aumento da morbimortalidade por abortamento. Além disso, a ilegalidade desse processo impacta diretamente na carência de indicadores que permitam a aferição do número real de ocorrências do mesmo. Entretanto, os números oficiais expressivos, como observados no presente estudo, já justificam a adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde reprodutiva (BRASIL, 2005).

No âmbito municipal, em divergência ao encontrado nas outras esferas, o aborto espontâneo (AE) esteve em segundo lugar nas IH. Esse percentual elevado caracteriza um problema de saúde pública e está intimamente ligado às falhas nas estratégias de assistência à mulher, tanto para o planejamento familiar como para os riscos de complicações que aumentam com a idade (VERAS e MATHIAS, 2014). É válido ressaltar ainda que essa discordância pode representar um viés na classificação dos tipos de abortos na cidade, pois algumas mulheres ocultam a real especificação do abortamento, dificultando o quantitativo



real de AE. Dessa forma, alguns abortamentos classificados como espontâneos podem ter sido provocados (RIBEIRO *et al*, 2017).

Ainda sobre esse tema, o Código Penal brasileiro considera que não é crime e que não deve ser punido o abortamento em algumas situações, a saber, quando não existe outro meio para salvar a vida da gestante ou quando a gestação é resultante de alguma violência sexual. Esse tipo de abortamento é definido como “aborto por razões médicas” (AGUIAR *et al*, 2018). Ao realizar a tabulação dos dados desse tipo de aborto, em contraponto ao que foi contabilizado de AE, observou-se a ausência de casos de IH por esse motivo em Parnaíba, diferentemente do ocorreu no Piauí e no Brasil.

Em contrapartida, neste estudo a cada 100 internações, aproximadamente 4,6 são por complicações relacionadas a edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério. Embora menos frequentes, no Brasil a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é um dos principais problemas de saúde pública por ser a causa mais prevalente de mortalidade entre as gestantes, podendo também trazer impactos relevantes nos números de óbitos fetais e recém-nascidos. Somado a isso, os países subdesenvolvidos possuem indicadores 2 a 3 vezes maiores que países desenvolvidos, demonstrando a provável interferência das diferenças culturais e socioeconômicas presentes (COZENDEY *et al.*, 2015).

A DHEG em geral é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, atingindo níveis maiores ou iguais a 140x90 mmHg, edema e proteinúria, confirmada através da perda de 300 mg ou mais em urina de 24 horas (SILVA, 2018). A partir disso, a conduta escolhida é a hospitalização em unidade de gestação de alto risco, devido a possibilidade de rápida evolução para óbito materno ou fetal. Dessa forma, a mortalidade perinatal é reduzida pela metade quando comparada a genitoras que não permanecem hospitalizadas (FEBRASGO, 2017).

Em relação às complicações da gravidez e do parto, segundo Parada (2019), estas estão entre as principais causas de mortalidade entre mulheres em idade reprodutiva, acometendo principalmente os dois extremos do período fértil da mulher, adolescência e idade mais avançada. Entre as complicações mais presentes estão a infecção do trato urinário (ITU), hemorragia do início da gravidez, prematuridade e restrição do crescimento fetal, entre outras que juntas ocupam o segundo lugar entre as causas de internação hospitalar no Piauí e no país como um todo (FALAVINA, 2018).

No entanto, as complicações gestacionais podem estar relacionadas entre si, como é o caso da obesidade e sobrepeso que podem propiciar outros distúrbios, entre eles a pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e prolongamento do tempo de parto (COSTA, 2016). Além disso, a ITU está presente no grupo que perde apenas para parto espontâneo e crises hipertensivas no número de hospitalizações por seus potenciais efeitos sistêmicos. Ademais, também pode levar a parto prematuro, aborto espontâneo, rotura prematura de membranas e infecção neonatal (ALMEIDA, 2016). Assim, pode-se associar o número

elevado de complicações relacionadas a cavidade fetal e amniótica e possíveis problemas de parto em Parnaíba, que diferente do estado, possui números mais alarmantes, que representam 26,2% do total de notificações.

No Piauí, a assistência à mãe por motivos ligados ao feto e cavidade amniótica e problemas do parto ocupam o terceiro lugar, juntamente com o Brasil com uma taxa de 17,6% e englobam principalmente ruptura em membranas e falso trabalho de parto, já entre os fatores que caracterizam as complicações do trabalho de parto e do parto estão contração uterina anormal e obstrução do trabalho de parto pela anormalidade pélvica. Estudos demonstram que essas complicações podem se associar com a falta de acolhimento e humanização durante o atendimento a gestante, enfatizando a importância dos cuidados integrais, longitudinais e de equidade que devem ser oferecidos durante todo o curso da gravidez (VERAS, 2014).

## 5 | CONCLUSÃO

As complicações da gravidez e do parto estão entre as principais causas de mortalidade entre mulheres em idade reprodutiva. O maior índice de PUE está associado a humanização do atendimento à mulher gestante, através da valorização da fisiologia natural do parto, assim como da confiança da parturiente no serviço de saúde, que facilita a não realização ou diminuição de condutas invasivas. Conhecer a epidemiologia das internações hospitalares de gestantes e puérperas pode auxiliar na formação de ações preventivas diminuindo a morbimortalidade nessa área.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. H. K. *et al.* A legislação sobre o aborto em países da América Latina: uma revisão narrativa. **Com. Ciências Saúde**, v.29, n.1, p.36-44, 2018.

ALMEIDA, Anna Paula Alves et al. Hospitalização por infecção do trato urinário recorrente: percepção das gestantes. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez**: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção. 2020. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília - DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha#:~:text=Aplicativo s-,Rede%20Cegonha,ao%20crescimento%20e%20desenvolvimento%20saude%20C3%A1veis>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2005.

CABRAL R. W. L. *et al.* Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento. In: **VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Minas Gerais: ABENFO-MG; 2011.

CARDOSO, D. C., *et al.* A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 41, p. e2442, 28 fev. 2020.

COSTA, L. D., *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016.

COZENDEY, A. G. *et al.* Análise Clínica E Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica Da Gestação. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 10, n. 2, p. 17-20, 2015.

FALAVINA, L. P. *et al.* Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: um estudo de base populacional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03317, 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos**. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, São Paulo, ed. 8, 2017.

GOMES, M. A.; RACHED, C. D. A. Atuação da equipe de enfermagem no parto humanizado e seus benefícios diante o parto cesárea. **International Journal of Health Management Review**, v.3, n.2, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Folha informativa - Mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820)>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PARADA, C. M. G. L. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 1-2, dez. 2019.

RIBEIRO, C. L. *et al.* Internações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza. **Rev. Enferm. Foco** v. 8, n. 3, p. 37-41, 2017.

SILVA, A. N. *et al.* Assistência de Enfermagem à Gestante com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez na Emergência. **Revista enfermagem atual**, v. 86, 2018.

SILVA, J. L. *et al.* Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 33, n. 8, Rio de Janeiro, 2011.

VERAS, T. C. S.; MATHIAS, T. A. F. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 401-408, 2014.

## CORIOCARCINOMA DE COLO UTERINO: UM ESTUDO DE CASO

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 03/07/2020*

### Laís Rocha Brasil

UNITPAC – Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos  
Araguaína - Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/6476073648095883>

### Lucas Oliveira Cunha

UNITPAC – Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos  
Araguaína - Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/2771246481506074>

### Everton Pereira Dias Lopes

UNITPAC – Centro Universitário Tocantinense  
Presidente Antônio Carlos  
Araguaína - Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/4544669865442058>

**RESUMO:** O coriocarcinoma é a mais agressiva das enfermidades trofoblásticas gestacionais, devido sua rápida invasão hematogênica e formação de múltiplas metástases. As lesões são, geralmente, localizadas no corpo uterino, casos raros ocorrem primariamente extra-útero. Sua prevalência é de 0,133 por 100.000 mulheres. O sintoma mais comum é a metrorragia e o principal foco de metástase é a pulmonar, hepática e cerebral. Relatamos um caso de uma mulher, 35 anos, com histórico de sangramento vaginal há 1 ano que iniciou após aborto espontâneo com 12 semanas gestacionais e realização de

curetagem em hospital particular no norte do Tocantins, sem análise histológica do material. Permaneceu assintomática, corada e em bom estado geral. O exame especular mostrou uma tumoração em canal endocervical com aspecto de coágulo. A biópsia revelou diagnóstico de coriocarcinoma gestacional de colo uterino. Realizou-se estadiamento com exames de imagens com resultado IB2, ressecável. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico. Fez-se o exame anatomopatológico da peça cirúrgica e consultas periódicas como seguimento inicial para tratamento pós-operatório. Devido a sua capacidade invasora e metastática, tal caso demonstra a importância do diagnóstico e conduta adequados em tempo hábil que condicionaram um desfecho positivo em detrimento à sua alta morbimortalidade.

**PALAVRAS - CHAVE:** Coriocarcinoma; Colo uterino; Histerectomia radical.

### UTERINE CERVIX CHORIOCARCINOMA: A CASE STUDY

**ABSTRACT:** Choriocarcinoma is the most aggressive of gestational trophoblastic diseases due to its rapid hematogenous invasion and the formation of multiple metastases. Lesions are usually located in the uterine body, rare cases occur primarily outside the uterus. Its prevalence is 0.133 per 100,000 women. The most common symptom is metrorrhagia and the main focus of metastasis is pulmonary, hepatic and cerebral. We report a case of a 35-year-old woman with a history of vaginal bleeding for 1 year who started after spontaneous abortion at

12 gestational weeks and performed curettage in a private hospital in northern Tocantins, without histological analysis of the material. It remained asymptomatic, flushed and in good general condition. Specular examination showed a clot-like endocervical canal tumor. The biopsy revealed a diagnosis of cervical gestational choriocarcinoma. Staging was performed with imaging tests with resectable IB2 results. The patient underwent surgical treatment. The anatomopathological examination of the surgical specimen and periodic consultations were performed as initial follow-up for postoperative treatment. Due to its invasive and metastatic capacity, such case demonstrates the importance of proper diagnosis and timely conduct that conditioned a positive outcome to the detriment of its high morbidity and mortality.

**KEYWORDS:** Choriocarcinoma; Uterine cervix; Radical hysterectomy.

## 1 | INTRODUÇÃO

O coriocarcinoma representa a lesão de maior malignidade entre as enfermidades trofoblásticas gestacionais (HORN, 1997), apesar da sua alta taxa de cura, segundo Silva et al. (2002), é um tumor com alta disseminação por via hematogênica, uma vez que no mínimo 85% das metástases das doenças trofoblásticas gestacionais (DTG) estão associadas ao coriocarcinoma, existindo estudos que relatam metástases pulmonares em todos os casos (LAZOVICK et al. 2012; LIMA E SILVA et al., 2014).

Por se tratar de uma patologia de sintomas pouco específicos e expressivos (MONTENEGRO et al., 2016) faz-se necessário um olhar diferenciado para o curso clínico, antecedentes patológicos e gestacionais das pacientes com suspeição clínica.

Por sua grande capacidade de invasão metastática, é visível a importância da confirmação diagnóstica, seguimento terapêutico adequado para que se obtenha sucesso terapêutico em tempo suficiente para evitar complicações como metástases, que elevam as taxas de morbimortalidade.

Em algumas situações não é possível observar o crescimento primário no útero, uma vez que ele pode subexistir de formas incomuns ou ainda ter envolvido após metástase. Portanto, na maioria das vezes o diagnóstico é tardio (SILVA; DA SILVA, 2010).

Assim, no presente artigo será relatado um caso raro de coriocarcinoma implantado em colo uterino, o qual foi referenciado para o serviço de cirurgia oncológica do Hospital Regional de Araguaína, localizado no estado do Tocantins. A fim de divulgar, esclarecer e debater sobre esta patologia localizada em topografia extremamente incomum.

## 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As Doenças Trofoblásticas Gestacionais (DTG) abrangem lesões caracterizadas pelo crescimento anômalo do tecido trofoblástico e incluem mola hidatiforme (subdividida em parcial ou completa), coriocarcinoma e mola invasora. Elas resultam do desenvolvimento ou persistência de tecido placentário. O coriocarcinoma, faz parte desses tumores e ocorre em 1 a cada 25.000 gestações. (SEIDEN, 2016).

Segundo Horn (1997), representa a mais maligna das DTG. Tem como principais fatores de risco: Idade materna > 45 anos e histórico patológico de gestação molar, sendo que a prenhez molar prévia eleva em cerca de 1.000 vezes a chance de ocorrência de coriocarcinoma (SEIDEN, 2016).

Podendo acontecer em qualquer tipo de gravidez, 50% dos casos surgem após um quadro de mola hidatiforme, 25% após abortamento espontâneo, ou até gravidez ectópica. Raramente é precedido de gestação normal a termo. (SEIDEN, 2016).

Para Montenegro et al. (2016) o coriocarcinoma apresenta sintomas discordantes, variáveis e de pouca valia para formulação hipotética diagnóstica.

Com quadro clínico diversificado, manifesta-se de acordo com o local de implantação do tumor. Os que são intracavitários podem apresentar: amolecimento e aumento de volume uterino, metrorragia, dor, vômitos, anorexia, subicterícia e anemia. Além disso, as metrorragias não cessam com curetagens. Já nos tumores cervicais, que são de ocorrência rara, o colo pode se mostrar ulcerado ou com formação polipoide e a biopsia poderá confirmar a hipótese diagnóstica (MONTENEGRO et al., 2016).

Agustin et al. (2015), apresenta ainda que em até 74% dos coriocarcinomas de colo uterino, a manifestação mais comum é o sangramento persistente 6 semanas após o parto, escasso ou mesmo causando choque hemorrágico

Alguns sinais clínicos podem indicar metástases, sendo a hemorragia intra abdominal, hemoptise, tosse, dispneia, dor pleurítica e insuficiência respiratória quando já existe comprometimento da função pulmonar. Além disso, quando as metástases se localizam no trato digestivo observa-se presença de hematêmese e melena. São ainda sugestivos: lesões localizadas na vagina e em alguns casos sinais de acometimento cerebral (SILVA; DA SILVA, 2010).

Para se estabelecer um diagnóstico são necessários, além da suspeição clínica, exames laboratoriais como dosagem de hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG), utilizado como parâmetro de seguimento pós-tratamento, sendo solicitados ultrassonografia e exame anatomopatológico também. (SILVA; DA SILVA, 2010)

Fato confirmado por Agustin et al. (2015) afirmando que os níveis de hormônio hCG são fatores importantes no prognóstico do paciente, além do fato de ser útil tanto para diagnóstico, quanto para acompanhamento e evolução da doença, mesmo após tratamento.

Níveis elevados de gonadotrofina coriônica, após 100 dias de gestação, mesmo que aparentemente não exista anormalidade, podem ser considerados patológicos. Apesar de existirem casos em que há níveis hormonais suficientes para produzir reação imunológica positiva de gravidez, que, no entanto já apresentam disseminação metastática (MONTENEGRO et al. , 2016).

O exame anatomopatológico exibe um tumor de aspecto mole, carnudo e amarelo esbranquiçado, se mostrando com áreas de necrose (SILVA; DA SILVA, 2010).

Na histopatologia, o tumor é caracterizado por vilosidades coriônicas ausentes,

observando-se um epitélio trofoblástico contínuo, tendo como componentes o sinciciotrofoblasto e citotrofoblasto (Figura 1), associado a áreas de necrose e hemorragia que invade o miométrio e vasos uterino (DE CAMPOS, 2011).

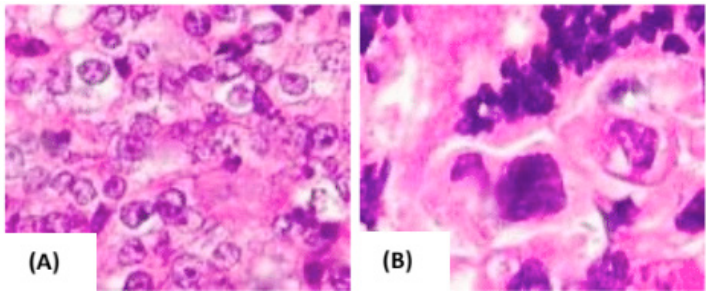


Figura 2. Componentes de Citotrofoblasto (A) e Sinciciotrofoblasto (B) malignos.  
Fonte: Acervo próprio

Quanto à classificação, o tumor é estadiado levando-se em consideração a extensão anatômica de acometimento tumoral, presença de fatores de risco, duração da enfermidade e níveis hormonais de hCG conforme International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Tabela 1).

<b>Estadiamento</b>	<b>I:</b> Doença limitada ao corpo uterino.
	<b>II:</b> Doença que se estende para fora do útero, mas limitada aos órgãos genitais.
	<b>III:</b> Metástases pulmonares com ou sem envolvimento dos órgãos genitais.
	<b>IV:</b> Todos os outros locais Metastáticos.
<b>Subestadiamento</b>	<b>A:</b> Sem fatores de risco.
	<b>B:</b> Um fator de risco presente.
	<b>C:</b> Dois fatores de risco presentes.
<b>Fatores de risco</b>	1. hCG sérica prévia ao tratamento superior a 105 mUI/ml.
	2. Duração da doença >6 meses.

Tabela 1. Estadiamento da neoplasia gestacional do trofoblasto.  
Fonte: Adaptada de FIGO, 2000.

### 3 | RELATO DE CASO

A.M.S., sexo feminino, 35 anos de idade, com quadro de sangramento vaginal há 1 ano e história gestacional pregressa de aborto espontâneo com 12 semanas de idade gestacional onde foi realizada curetagem em hospital particular no norte do Tocantins, sem análise histológica do material.

Após a curetagem, a paciente cursou com novos episódios de sangramento uterino anormal, quando então, procurou um atendimento ginecológico especializado, onde após exame foi submetida a biópsia e encaminhada ao serviço de cirurgia oncológica do Hospital Regional de Araguaína.

Mediante a história patológica pregressa, a paciente possuía um mioma uterino diagnosticado com ultrassom transvaginal.

Ao exame físico a paciente apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica e afebril, sem linfonodos ou massas palpáveis. Cabeça e pescoço sem alterações. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, e ausência de sopros.

Toque vaginal sem anormalidades, com colo móvel e de aspecto liso. Toque retal sem alterações. O exame especular demonstrou tumoração em canal endocervical de aproximadamente 1 cm, com aspecto de coágulo (Figura 2).



Figura 2. Lesão em aspecto de coágulo em colo uterino.

Fonte: Acervo próprio.

Foi solicitada biópsia da lesão e  $\beta$ -hCG. Na imuno-histoquímica constatou-se a presença de espargos fragmentos de epitélio endocervical, áreas de necrose, hemorragia e grupos de células trofoblásticas, confirmando diagnóstico de coriocarcinoma gestacional de colo uterino. O  $\beta$ -hCG trouxe valores de aproximadamente 350.



Realizou-se estadiamento da paciente sendo um IB2, ressecável. Foram solicitados exames de imagem como: tomografia computadorizada de tórax, pelve e abdome, ressonância magnética de crânio e exames pré-operatórios com retorno em uma semana, os quais não demonstraram alterações.

A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico. Com indicação de histerectomia radical, linfadenectomia pélvica e retroperitoneal.

A peça cirúrgica (Figura 3) foi enviada para o estudo anatomopatológico que confirmou a presença de lesão atípica predominantemente necrótica, superficial envolvendo endométrio, endocérvice e miométrio superficial sem invasão vascular, margens cirúrgicas livres, paramétrios livres e tuba uterina habitual.

Foi possível observar ainda que macroscopicamente espécime cirúrgico de histerectomia total possuía dimensões de 9,0 x 6,0 x 4,0 cm, incluindo o colo, exibindo serosa pardo-acinzentada e lisa, com áreas de vasos congestos. Além disso, acompanhou o espécime paramétrio direito que mede 1,0 x 0,5 x 0,5 cm, não sendo isolada nenhuma estrutura nodular. Todos os linfonodos estavam livres.



Figura 04. Aspecto final linfadenectomia pélvica.

Fonte: Acervo próprio.

No seguimento pós-operatório, a paciente foi acompanhada durante 2 anos com dosagem de hormônios  $\beta$ -hCG trimestrais os quais, no primeiro trimestre trouxe o valor de 1,2 e nos retornos subsequentes se mostraram negativos. A paciente continua em seguimento oncológico, por meio de consultas anuais, apenas com Beta-HCG qualitativo.

## 4 | DISCUSSÃO

O coriocarcinoma de colo uterino caracteriza-se por ser um tumor epitelial maligno

derivado de vilosidades coriais e produtor de gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -HCG). Sua ampla relevância configura-se devido se apresentar como a lesão de maior malignidade entre as enfermidades trofoblásticas gestacionais, e por possuir uma infrequente prevalência, a qual acomete cerca de 0,133 por 100.000 mulheres, tornando-se uma doença rara, no entanto, potencialmente fatal, o que ratifica a relevância da colocação de tal enfermidade como diagnóstico diferencial das patologias deste local.

No presente relato, é possível identificar que a história clínica da paciente iniciou-se a partir de um quadro de sangramento vaginal que teve seu princípio após um aborto espontâneo em 12<sup>a</sup> semana gestacional, dado compatível com a literatura apresentada por Seiden (2016), a qual descreve que até 25% dos casos de coriocarcinoma podem aparecer após abortamento espontâneo, ou até gravidez ectópica, referindo-se que tal patologia pode ocorrer em associação com qualquer evento gestacional.

É válido ressaltar que na seguinte ocasião, em que foi realizada curetagem, não houve análise histológica do material, e a paciente seguiu com abandono do acompanhamento pós-procedimento.

A prática da realização da curetagem sem análise histológica do material ou o efetivo seguimento pós-molar após a curetagem, com acompanhamento seriado dos valores do beta-HCG, impediu que possivelmente houvesse um diagnóstico precoce da tumoração presente, uma vez que, como descrito por Pereira et al (2017), após a constatação da elevação dos valores do beta-HCG, o médico estaria apto a detectar precocemente a possibilidade de evolução da mola para um coriocarcinoma.

O coriocarcinoma caracteriza-se por rápida proliferação e células tumorais com alta vascularização. O diagnóstico clínico do coriocarcinoma do colo uterino é difícil de ser feito, sendo que a irregularidade menstrual não é universal, no entanto, o sintoma predominante é o sangramento por via vaginal anormal, dado compatível com a sintomatologia apresentada pela paciente.

Por ser um tumor com alta metastização, a ocorrência de sangramento no sítio da metástase pode levar a presença de sinais e sintomas como hemoptise e déficit neurológico agudo. Em alguns casos de coriocarcinoma não há conhecimento de lesão uterina, e a doença pode se manifestar através dos sintomas respiratórios, como tosse, dispneia e escarro hemoptoico. As metástases geralmente ocorrem para o cérebro e o fígado em 20% a 60% dos casos e, ocasionalmente, para os linfonodos. O seguinte caso apresentado não contemplou qualquer indicio de metástase à distância (FERRAZ et al, 2003).

Para a realização do diagnóstico definitivo do coriocarcinoma de colo uterino é necessário que a partir da suspeita clínica, levando-se em conta antecedentes patológicos e gestacionais das pacientes, sejam solicitados ainda: a dosagem de hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG), ultrassonografia e exame anatomopatológico também.

Segundo a literatura, o coriocarcinoma é caracterizado por hiperplasia e anaplasia trofoblástica, ausência de vilosidades coriônicas, hemorragia e necrose. Além disso, o

tumor se caracteriza por ser produtor de gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -hCG), sendo dessa forma, o motivo para que determinação deste hormônio seja usada tanto para o diagnóstico quanto para monitorar a evolução do coriocarcinoma.

A suspeita clínica de coriocarcinoma na paciente descrita no caso partiu da apresentação da história pregressa de aborto espontâneo com 12 semanas de idade gestacional, associado a sangramento persistente após curetagem, o que adjacente ao exame especular, evidenciou tumoração em canal endocervical.

Dessa forma, o seguimento do caso a partir da biópsia da lesão e  $\beta$ -hCG, trouxeram a confirmação diagnóstica ao apresentarem a presença de esporços fragmentos de epitélio endocervical, áreas de necrose, hemorragia e grupos de células trofoblásticas coligados aos níveis de  $\beta$ -hCG positivo.

A partir da elucidação diagnóstica, é necessária a realização do estadiamento da tumoração. Segundo a Sociedade Americana de Câncer, um sistema de estadiamento é caracterizado por apresentar de maneira simplificada a extensão da doença. Os dois sistemas mais utilizados para o estadiamento da maioria dos tipos de câncer de colo de útero são o sistema FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) e o sistema TNM da AJCC (American Joint Committee on Cancer), os quais são muito semelhantes.

A realização do estadiamento do coriocarcinoma de colo uterino, de acordo com as normativas apresentadas pela FIGO leva em consideração a apresentação dos resultados do exame clínico e em alguns exames, como cistoscopia e proctoscopia, não sendo baseado em resultados cirúrgicos.

Diante a Tabela 1 exibida anteriormente, é possível classificar o estadiamento da neoplasia gestacional do trofoblasto. Para a determinação da extensão da patologia apresentada no caso foram solicitados exames de imagem como: tomografia computadorizada de tórax, pelve e abdome, ressonância magnética de crânio, em busca de focos metastáticos.

De acordo com o resultado dos exames, realizou-se o estadiamento da paciente sendo um IB2, ressecável. Isto porque, a doença encontrava-se limitada ao colo uterino e apresentava-se apenas com um único fator de risco, a duração da doença maior que 6 meses.

A terapêutica elegida para o caso foi cirúrgica, histerectomia radical ampliada com linfadenectomia pélvica (Figura 4) e retroperitoneal, devido o tumor apresentar altas chances de metástase.

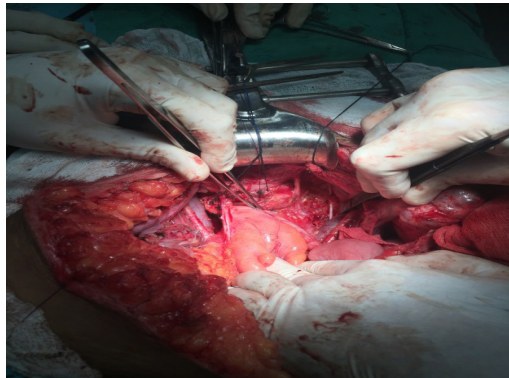


Figura 04. Aspecto final linfadenectomia pélvica.

Fonte: Acervo próprio

Durante o procedimento cirúrgico obteve-se a preservação do nervo obturador (Figura 5), aspecto positivo, haja vista que a lesão de tal nervo pode prejudicar os movimentos de rotação externa e adução da coxa.

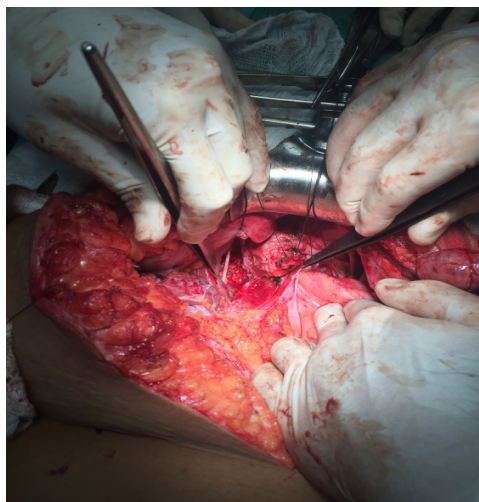


Figura 05. Fossa Obturadora esvaziada com Nervo Obturador preservado.

Fonte: Acervo próprio

Por fim, foi possível observar o sucesso terapêutico e o desfecho favorável do caso, não sendo necessária a realização de quimioterapia adjuvante, prosseguindo com seguimento pós-operatório em regime ambulatorial, no qual a paciente foi acompanhada durante 2 anos com dosagem de hormônios  $\beta$ -hCG trimestrais os quais se normalizaram a

partir do segundo semestre, a paciente segue em acompanhamento anual, e receberá alta do atendimento ambulatorial, após 5 anos de seguimento.

Devido a sua capacidade invasora e metastática, tal caso demonstra a importância do diagnóstico e conduta adequados em tempo hábil que condicionaram um desfecho positivo em detrimento à sua alta morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

AGUSTÍN, Andrea et al. Coriocarcinoma postgestacional. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 80, n. 5, p. 405-411, 2015.

DE CAMPOS, Diogo Ayres. **Doença gestacional do trofoblasto**. 2011. cap 27. p.449-459.

FERRAZ, Maria Fernanda Moreira; NAI, Gisele Alborghetti; PERETTI, Suzete Motta. Coriocarcinoma primário do colo uterino. **J. bras. patol. med. lab**, v. 39, n. 2, p. 157-160, 2003.

HORN, L. C.; BILEK, K.; NENNING, H. Postpartal gestational choriocarcinoma fatally misdiagnosed as squamous cell cancer of the uterine cervix. **General & diagnostic pathology**, v. 143, n. 2-3, p. 191-196, 1997.

LAZOVIĆ, Biljana; MILENKOVIĆ, Vera; ĐORĐEVIĆ, Spomenka. Treatment of gestational trophoblastic disease: A 10-year experience. **Medicinski pregled**, v. 65, n. 5-6, p. 244-246, 2012.

LIMA E SILVA, Marianne Ramos de et al. Metástase pulmonar por coriocarcinoma: relato de caso. **ACM arq. catarin. med**, v. 43, n. 3, p. 54-57, 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; DE REZENDE FILHO, Jorge; DE REZENDE, Jorge. **Rezende, obstetrícia fundamental**. 16 ed. Guanabara Koogan, 2016.

SEIDEN, Michael V. Cânceres ginecológicos. In: TINSLEY RANDOLPH HARRISON. **Medicina interna de Harrison**. 19 ed. Porto Alegre- RS, 2017.Cap. 117. p.919.

SILVA, Pollyana Alves; DA SILVA, Sueli Riul. Coriocarcinoma: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 148-157, 2010.

## DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) ASSOCIADA À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

Data de aceite: 01/10/2020

**Verônica Costa Messias Medeiros**

<http://lattes.cnpq.br/8936870146813893>

**RESUMO:** Objetivo: descrever as características e a assistência de enfermagem ao descolamento prematuro de placenta associada à doença hipertensiva do estado gestacional. Materiais e Método: estudo do tipo bibliográfico, exploratório e descritivo, com análise integrativa da literatura disponível em bibliotecas convencionais e virtuais. Resultados: identificou-se que o DPP é a separação da placenta do corpo uterino, dentre vários fatores a DHEG é a síndrome que mais contribui para a ocorrência deste diagnóstico. Conclusão: a doença hipertensiva do estado gestacional é uma síndrome que causa diversas comorbidades como o descolamento prematuro da placenta, este estado clínico quando diagnosticado precocemente pode evitar o óbito materno e fetal.

**PALAVRAS - CHAVE:** Descolamento Prematuro da Placenta, Cuidados de enfermagem, Emergência, Hipertensão

**ABSTRACT:** Purpose: describe the characteristics and the right nursing care in cases of placental abruption associated with hypertensive disorders caused by the pregnancy development. Materials and methods: bibliographic study, exploratory and descriptive, with integrative analysis of the available literature on conventional and virtual

libraries. Results: it was found that the DPP is the separation of the uterine body placenta and the HDP is one of the many factors but is the largest contributor to the occurrence of this syndrome diagnosis. Conclusion: hypertensive disease of pregnancy status is a syndrome that causes severe comorbidities such as placental abruption, which is a medical condition that when diagnosed early can prevent maternal and fetal death.

**KEYWORDS:** Abruption Placentae, Nursing Care, Emergency, Hypertension

### 1 | INTRODUÇÃO

O interesse desta pesquisa é compreender a relação do descolamento de placenta ocasionada por DHEG, que aconteceu devido as complicações obstétricas podendo ser desencadeadas na gestação, no parto ou no pós parto. Mais comumente descolamento placentário, aborto, ruptura uterina, coagulopatia, trauma e hemorragia. Estas complicações podem se instalar como consequência de uma série de fatores como: as omissões, intervenções ou tratamentos.

A hipertensão na gravidez é um fator que está relacionado ao estado gestacional, e pode ter sua solução com a suspensão deste quadro<sup>1,2</sup>. Já o descolamento prematuro da placenta é o desprendimento da placenta no 2º trimestre de gestação ou durante o trabalho de parto e que pode ocasionar complicações graves, ou seja, dois problemas que exigem do enfermeiro emergencista uma ação rápida e

precisa<sup>3</sup>.

A síndrome da hipertensão na gestação afeta 10% de todas as mulheres grávidas no mundo. Já no Brasil essa estimativa é de aproximadamente 26%, sendo, no país, a principal causa de morte materna. No Brasil a mortalidade materna é considerada um problema de saúde pública, pois esta se constitui numa tragédia evitável em 92% dos casos ocorridos<sup>4,5</sup>.

Estudos demonstram que o descolamento prematuro da placenta pode ser ocasionado por diversos fatores, entre eles a hipertensão, daí a necessidade de uma avaliação precoce no intuito de proporcionar uma assistência médica e de enfermagem adequada minimizando os riscos para mãe e feto<sup>6,7</sup>.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, o profissional de enfermagem deve atuar de acordo com o código de ética e compreender a profundidade de suas ações. “(...) tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento (...) atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade (...)”<sup>8</sup>.

Apesar disso, os índices de gestantes com esta problemática continuam aumentando. Diante disso surge o questionamento: De que maneira o descolamento prematuro de placenta está associado à doença hipertensiva do estado gestacional?

A gestação é um acontecimento natural que ocorre através de modificações fisiológicas que podem ser acompanhadas de síndromes hipertensivas desde a nidação podendo ser pré-eclâmpsia ou não. No Brasil pode-se ter até 110 óbitos por cada 100 mil nascidos, a depender da região, encontrando como principais causas das mortes, a hipertensão gestacional ou hemorragia<sup>9</sup>. Apenas uma pequena parcela destas gestantes realiza os exames que compõem o pré-natal executando assim o acompanhamento adequado que pode evitar a pré-eclâmpsia.

Este estudo é de relevante importância tanto no que se refere à Enfermagem como para monitorar as pacientes com este problema, visto que vários autores abordam esta problemática, e demonstram que o diagnóstico precoce diminui os riscos que fatalmente comprometeriam a qualidade de vida da gestante e do bebê.

## **2 | OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever o descolamento prematuro de placenta associado à doença hipertensiva específica da gestação.

### **2.2 Objetivos específicos**

Verificar a prevalência de DPP associada à DHEG, e ressaltar a importância dos cuidados preventivos.

### 3 | MATERIAIS E MÉTODO

O presente artigo científico segue os moldes de uma pesquisa descritiva, bibliográfica, com análise integrativa, visando fazer uma ilustração geral sobre o descolamento prematuro de placenta associado à DHEG.

A pesquisa é indicativa ou descritiva uma vez que referenciamos o mais importante do texto de forma a descrever a sua natureza. O estudo bibliográfico é uma pesquisa que utiliza como ferramenta fontes já publicadas como: livros, artigos, periódicos.

A análise integrativa é aquela que aproxima o pesquisador do problema de forma evolutiva.

Após a definição do tema foi feita uma busca em bases de dados virtuais em saúde, tais como a SCIELO. Foram utilizados os descritores: Emergência, hipertensão, descolamento, Assistência de enfermagem. O passo seguinte foi uma leitura exploratória das publicações apresentadas no Scientific Electronic Library online – Scielo, banco de teses USP, entre outros. Os critérios de inclusão foram: serem publicados preferencialmente nos últimos dez anos e responderem aos objetivos do estudo.

Realizada a leitura exploratória e seleção do material, principiou a leitura analítica, por meio da leitura das obras selecionadas, que possibilitou a organização das ideias por ordem de importância e a sintetização destas que visou a fixação das premissas essenciais para a solução do problema da pesquisa.

Após a leitura analítica, iniciou-se a leitura interpretativa que tratou do comentário feito pela ligação dos dados obtidos nas fontes ao problema da pesquisa e conhecimentos prévios. Na leitura interpretativa houve uma busca mais ampla de resultados, pois ajustaram o problema da pesquisa a possíveis soluções. Feita a leitura interpretativa se iniciou a tomada de apontamentos que se referiram a anotações que consideravam o problema da pesquisa, ressaltando as ideias principais e dados mais importantes.

As ideias mais importantes dos estudos consistiu na desconstrução dos mesmos, dividido em quatro colunas: 1) numeração dos estudos, 2) resultados das pesquisas e suas referências. A leitura repetida dos resultados, em busca dos pontos comuns entre eles resultou em uma terceira coluna: 3) pontos comuns entre os resultados das pesquisas, onde se descreveu em que os autores concordaram. O último passo foi a construção das categorias, que consistiu na síntese de cada ponto comum.

Para a discussão dos resultados encontrados, iniciou-se a reconstrução do conjunto dos estudos em sete etapas: 1) Uso da categoria como subtítulo de resultados e discussão; 2) introdução e quantificação dos pontos comuns; 3) exposição dos resultados dos estudos comuns, com argumentação lógica e defesa do tema; 4) interpretação e discussão da síntese dos resultados dos estudos; 5) conclusão da categoria, respondendo aos objetivos; 6) construção do paradoxo, demonstrando que toda tese tem sua antítese; 7) fundamentação da antítese; 8) conclusão geral da categoria.



## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trabalhando com busca em bases de dados virtuais em saúde, tais como a SCIELO, e revistas de medicina e enfermagem, utilizando-se de palavras-chave como: emergência, hipertensão, descolamento, assistência de enfermagem, foram encontrados diversos trabalhos publicados, dos quais foram utilizados para leitura e análise aqueles publicados preferencialmente entre 2010 e 2019. Após a leitura exploratória dos mesmos, foi possível identificar a visão de diversos autores a respeito do deslocamento prematuro de placenta associada à DHEG (doença hipertensiva específica da gestação).

### 4.1 A DHEG é a principal causa responsável por descolamento prematuro de placenta, partos prematuros, hemorragias, morbimortalidade materna e perinatal dentre outras.

Conforme estudo realizado no ano de 2013, a DHEG “são caracterizadas por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica; representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no Brasil”<sup>10</sup>.

Dentre os trabalhos pesquisados, 50% dos estudos, concordam que o descolamento prematuro de placenta é ocasionado principalmente pela DHEG e concordam quanto às características da DPP, e em média 80% abordam que a DHEG é responsável por elevadas taxas de morbimortalidade materna e fetal.

De acordo com o estudo do EBSEH em conjunto com a Universidade Federal do Cuiabá, em 2015, foi constatado que a DPP é uma complicação que ocorre após a 20 semana de gravidez, podendo ocasionar sangramento e diminuição de oxigênio e nutrientes para o feto. Tendo como fator de risco síndromes hipertensivas, responsáveis por até metade dos casos de DPP não traumáticos. A área de separação pode ser de apenas alguns milímetros, ou a placenta pode se destacar completamente<sup>11, 12</sup>.

Segundo o Caderno de atenção básica de saúde de Brasília, revisado no ano de 2013, a DPP é “a separação intempestiva da placenta do seu sítio de implantação no corpo uterino antes do nascimento do feto, em uma gestação de 20 ou mais semanas completas. Os principais fatores predisponentes incluem: estados hipertensivos, fatores mecânicos, como traumas entre outros”<sup>13</sup>.

Em uma pesquisa descritiva realizada em 2009 na Maternidade-Escola em Fortaleza, no Ceará, apontou as seguintes observações, que foram expostas em artigo publicado no ano seguinte. “As principais complicações maternas e perinatais da pré-eclâmpsia grave são respectivamente: hipertensão e acidente vascular cerebral (AVC), eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, síndrome aspirativa, HELLP, insuficiência renal aguda e trombose venosa, retardo do crescimento intra-uterino, parto prematuro, anóxia cerebral, infecção neonatal, morte perinatal”<sup>14</sup>.

Em outro estudo foi abordado como os enfermeiros de uma UBS no interior do estado de São Paulo, procedem com pacientes com sinais e sintomas de DHEG que “causa muitas complicações tanto para a mãe, como para a criança, podendo ser letal para os dois ou deixando sérias sequelas. Algumas complicações: DPP, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte materno fetal entre outras”, isso devido a elevados índices de mortalidade de gestantes com esse diagnóstico. Complementando a importância da atuação profissional preventiva, “as complicações da hipertensão gestacional são passíveis de prevenção com a ampliação da cobertura pré-natal, a preparação do pessoal de assistência; incluindo atenção primária, diagnóstico precoce de pacientes de alto risco”<sup>15</sup>.

Concordando, com o ideal de diagnóstico precoce e cuidados a fim de prevenir complicações, “O tratamento precoce da hipertensão arterial, o uso do sulfato de magnésio e a internação precoce da pré-eclâmpsia são conceitos para perseguirmos a diminuição da mortalidade de nossas gestantes”<sup>16</sup>. Ainda segundo outro estudo feito sobre cuidados pré-natais, em Minas Gerais, em 2016, concluiu-se que é necessária uma vigilância quanto aos fatores de risco modificáveis como sedentarismo, obesidade, estresse entre outros, na busca de um bom desenvolvimento fetal<sup>17</sup>.

Em um trabalho sobre hipertensão na gravidez a importância dos cuidados de enfermagem no período pré-natal, verificou que “a hipertensão constitui um problema clínico e quando associada a gravidez constitui um dos fatores causais de mortalidade e mobilidade materno fetal, estando na origem de várias complicações nomeadamente, a prematuridade, a restrição de crescimento fetal, a morte fetal ou perinatal, o DPP, a rotura uterina, as hemorragias entre outras”<sup>19</sup>.

Conforme discutido em artigo publicado sobre pré-eclâmpsia em São Paulo, no ano de 2018, a pré-eclâmpsia além de ser um risco durante a gestação, pode afetar também a longo prazo, com o aumento do risco cardiovascular para a mulher e para as crianças que nascem de gestações que tiveram complicações advindas da pré-eclâmpsia, maior risco de síndromes metabólicas, doenças cardiovasculares e hipertensão sistêmica<sup>18</sup>.

Em estudo epidemiológico realizado nos prontuários de pacientes que foram atendidas em uma unidade de cuidados intensivos no período de 2010 a 2012, para caracterizar gestantes com síndrome de HELLP, levantou-se que “dentre os problemas específicos do período gestacional merece destaque a questão das doenças hipertensivas específicas da gestação, que tem sido discutido mundialmente, principalmente nos países subdesenvolvidos por ser uma das maiores causas de morte materna, tornando-se um problema de saúde pública”<sup>19</sup>.

Em outro artigo, dispõe que o aparecimento de determinadas manifestações sintomáticas como edema, hipertensão e proteinúria, após a 20ª semana, indicam o diagnóstico de pré-eclâmpsia<sup>17</sup>. De forma que “a pré-eclâmpsia é caracterizada pela hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação. Sendo o distúrbio mais comum na gestação e encontrando-se entre as principais causas de morte de gestantes no mundo”<sup>20</sup>.

De acordo com o estudo realizado em Pelotas RS, em 2013, “a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), a patologia que mais comumente ocasiona indicação de parto prematuro terapêutico”<sup>21</sup>. E conforme conclui outro estudo, muitas vezes o parto prematuro é a única opção de tratamento para a mãe e para o feto, a depender da gravidade das complicações da DHEG, somadas a falta de cuidados adequados como prevenção<sup>17</sup>.

“A hipertensão induzida pelo estado gravídico, conhecida como Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG), é conceituada como o aumento da pressão arterial que se manifesta, mais especificamente na segunda metade da gravidez. Tais síndromes incidem entre 10 e 22% nas gravidezes consideradas de alto risco e figuram entre as patologias de maior impacto, nas complicações do ciclo gravídico puerperal com tendência a partos prematuros”<sup>22</sup>.

Conforme um estudo observacional sobre partos prematuros em 2013, em região de São Paulo, foi constatado que a hipertensão é a complicação mais comum na gravidez e principal causa de morbimortalidade materna e perinatal<sup>23</sup>.

De acordo com a revisão literária sobre DPP, vemos que “é definido como a separação implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. [...] Além de estar associada a grande morbidade materna e perinatal”, por tais motivos é importante um diagnóstico precoce e cuidados. Vale ressaltar ainda que “É consenso na literatura que a presença de hipertensão arterial materna constitui o principal fator do determinismo do DPP, presente em cerca de 75% dos casos”<sup>24</sup>.

Percebe-se nos estudos acima que eles concordam quanto ao fato de a DPP ser decorrente da separação completa ou parcial, abrupta e intempestiva da placenta, normalmente inserida no corpo uterino, que esta complicação ocorre mais no terceiro trimestre de gravidez. Que a hipertensão constitui um problema clínico e quando associada à gravidez DHEG constitui um dos fatores causais de mortalidade e mobilidade materna fetal, a doença hipertensiva do estado gestacional também conhecida como pré-eclampsia, caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria, geralmente a partir da 20ª semana de gestação; e quando evolui para a síndrome de HELLP a situação torna-se grave.

Conclui-se que, além da DHEG, como principal causa responsável por descolamento prematuro de placenta, partos prematuros, hemorragias, morbimortalidade materna e perinatal, e outros fatores também podem contribuir para esse evento.

#### **4.2 A principal causa de óbito ou complicação em DHEG e DPP é a gestante que não inicia o pré-natal cedo ou não é orientada a buscar a prevenção nas consultas de pré-natal.**

Dos estudos analisados, todos concordam que a prevenção e o diagnóstico precoce diminuem os riscos. Encontrando que a atuação do profissional de enfermagem desde o cuidar, colocar-se no lugar do outro com o intuito de proteger, promover e preservar a saúde, até o diagnóstico de possíveis complicações antes que estas ocorram, é de extrema

relevância. “É possível o enfermeiro proporcionar atenção abrangente às parturientes durante as intercorrências e complicações obstétricas que se verificam no trabalho de parto e nascimento, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE”<sup>25</sup>.

De acordo com o departamento de atenção básica, o cuidado com a gestante para evitar ou diminuir óbitos é realizado através dos seguintes passos:

- “Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no Sis Pré-Natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das IST’s, conforme protocolo da abordagem síndrome);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar”<sup>13</sup>.

Nesse contexto, em 2014, foi realizada uma pesquisa de campo desenvolvida em uma comunidade urbana em Santa Maria no Rio Grande do Sul compreendendo as regiões

leste, oeste, sul e centro tendo como base o ambulatório da ala II do Hospital universitário de Santa Maria e visitas ao domicílio das gestantes de alto risco acompanhadas pelo ambulatório. Com a pesquisa constatou-se que é imprescindível conhecer as necessidades e as características individuais de cada gestante, mediante a assistência de enfermagem humanizada, que contribuirá para a melhoria na qualidade da atenção pré-natal, além de reduzir as ansiedades e temores destas mulheres<sup>26</sup>.

Dado os índices de mortalidade elevados nas gestantes que apresentam DHEG; podemos certificar a relevância de um atendimento pré-natal de qualidade. É necessário além de um acompanhamento atencioso a gestante, ações educativas e assistências da equipe de saúde, de forma a dar conhecimento as pacientes sobre determinadas situações e sintomas, para que as gestantes possam entender alguns quadros e assim procurar ajuda mais rápido, desta forma trabalhando com o conceito de prevenção. Portanto, a ação dos enfermeiros devido a sua proximidade no processo de cuidado com as gestantes, é essencial para o diagnóstico precoce além de promover adesão das mesmas aos possíveis tratamentos necessários<sup>27,28</sup>.

Como destacado no artigo “Intercorrências Clínicas e Obstétricas Vivenciadas por Mulheres no Pré-Natal” 2016, o ideal é a criação de um laço entre as mulheres e o serviço de saúde, buscando aproximação. Dado que “Observa-se que, em alguns casos, o diagnóstico da intercorrência clínica e/ou obstétrica no pré-natal é tardio, podendo culminar em condições materno-fetais desfavoráveis. As intercorrências poderiam ser evitáveis durante o pré-natal com medidas como serviços de educação e esclarecimento e locais de referência bem equipados, de fácil acesso a essas mulheres, bem como acompanhamento adequado que favoreça o diagnóstico e tratamento precoce”<sup>28</sup>.

Segundo o artigo “Perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes com síndrome HELLP”, publicado em 2014, “(...) recomenda que todas as pacientes com suspeita de DHEG sejam hospitalizadas e as condutas imediatas consistem em antecipação do diagnóstico; avaliação das condições maternas e das condições fetais para identificar a necessidade de parto imediato, ou mais tardiamente; controle da pressão arterial; prevenção das convulsões com sulfato de magnésio; manejo de fluidos e eletrólitos; utilização criteriosa de sangue; manejo do trabalho de parto e parto; tratamento da gestante intensivamente no pós-parto; alerta para o desenvolvimento de falência sistêmica de múltiplos órgãos; e aconselhamento sobre gestações futuras”<sup>19</sup>.

Segundo o artigo, “A Importância do Pré-natal na Prevenção, Evolução e Danos Renais Atribuídos a Pré-eclampsia” 2012, “o acompanhamento do pré-natal das gestantes, visa garantir a homeostase pressórica, índices glicêmicos adequados, controle do diabetes e exames laboratoriais para detectar precocemente o surgimento da pré-eclampsia, e caso já esteja instalada, a importância de monitorar e controlar esta patologia minimizando os seus riscos que fatalmente comprometeriam a qualidade de vida das gestantes e do bebê”<sup>20</sup>.

Síndrome Hellp: estudo de revisão para os cuidados de enfermagem do ano de 2012

relata que “o tempo correto para a interrupção de um conceito viável depende de uma série de fatores da mãe, do feto e do tipo e condições de assistência obstétrica, clínica e neonatal oferecida. Qualquer conduta que não a intervenção imediata deve ser orientada de acordo com a viabilidade fetal e idade gestacional.” Ou seja, quando um profissional da saúde se depara com um problema gestacional de uma paciente que esteja sendo acompanhada em um serviço de saúde este deve intervir conforme a necessidade da mesma ou de acordo com o seu quadro patológico. Pois na ausência da intervenção o óbito poderá ocorrer<sup>30</sup>.

Na busca por um melhor atendimento e prevenção de complicações como o descolamento, deve-se ressaltar a importância de um acompanhamento e diagnóstico individual, que tenha em conta as particularidades de cada situação e gestante, para assim agir de forma direcionada a cada caso. Portanto, “A conduta no DPP deverá ser individualizada, na dependência da sua gravidade e idade gestacional em que o descolamento ocorre”<sup>31</sup>.

Na maternidade pública, no município de Patos, Estado da Paraíba em 2014, foi identificada a necessidade do pré-natal como prevenção “assim sendo, é de fundamental importância que as mulheres iniciem o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, evitando assim, complicações materno-fetais”<sup>32</sup>.

De acordo com “Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional” conhecida pela sua publicação na revista eixo em 2013, considera “primordial uma assistência pré-natal de qualidade, em que as gestantes de risco sejam identificadas desde a anamnese até o exame clínico”<sup>10</sup>.

Percebe-se, nos estudos acima, que o enfermeiro tem um papel importante na promoção, prevenção e proteção na saúde do binômio mãe e filho. Esse resultado se dá por conta da possibilidade do diagnóstico precoce e da percepção do profissional para com as necessidades da gestante identificando os fatores de risco, aplicar a SAE, orientar, cadastrar, consultar realizar exames, prescrever medicamentos, fazer exame clínico e atividades educativas, fazer atendimento domiciliar, estar atenta aos sinais e sintomas, estabelecer, precocemente os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, verificar proteinúria, atuar em equipe com o médico, para evitar o óbito.

Conclui-se que o enfermeiro, por meio de seus cuidados, é um profissional essencial na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, bem como no aumento do acesso à assistência, tendo como finalidade a manutenção da qualidade de vida. O enfermeiro acompanha a gestante de forma assídua e constante diferente do próprio médico e essa atuação não acontece somente no Brasil, mais em vários outros países podendo partir tanto do enfermeiro generalista de cuidados gerais quanto o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

A despeito da redução contínua na mortalidade dos prematuros dada as melhorias no manejo nas gestações de alto risco e nos cuidados neonatais. Entende-se que dentre os

profissionais capacitados para prestar assistência destaca-se o enfermeiro, que tem como um dos principais objetivos de trabalho o cuidar e supervisionar para manter a qualidade de vida das gestantes com DHEG.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a elaboração deste trabalho podemos ressaltar que as síndromes hipertensivas da gravidez são as principais causas de morte materna e fetal no Brasil, que a DPP geralmente é ocasionada pela DHEG.

Trata-se de um assunto extremamente relevante e que precisa ser estudado, para que a gestante se sinta amparada e segura, entendendo seu diagnóstico; a fim de reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Sendo assim, ressaltamos a importância da assistência de enfermagem para com a gestante podendo perceber através de instrumentos utilizados e realizados nas consultas e assistências prestadas a gestante afim, de detectar características importantes e sinalizadoras de um desequilíbrio durante o período gestacional; observando assim, o risco e a necessidade da intervenção profissional diminuindo o número de óbitos de mães versus filhos.

## REFERÊNCIAS

1. Henrique AJ, Borrozzino NF, Gabrielloni MC, Barbieri M, Schirmer J. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm Brasília DF. 2012 Nov- Dez; 65 (6): 1000- 10.
2. Fortes JL, Oliveira SC, Cruz SCGR, Matsui T. Livro do Aluno: urgência e emergência. São Paulo: Fundap; 2010.
3. Franciscani AAR, Resende B, Costa CR, Souza FBC, Ferreira FLR, Cardoso MFP, Rocha RG, Bragança RD, Leite HV. Descolamento prematuro de placenta: relato de caso. Rev Médica Minas Gerais. 2010; 20 (2 supl 1): S107- S109.
4. Biblioteca da OMS. Recomendações da OMS para a Prevenção de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Organização Mundial da Saúde, 2014.
5. Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica, nº32) - 1ª ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
6. Silveira BL, Dias EGC, Santos ICS, Medeiros MAS. Relação entre descolamento prematuro de placenta e síndromes hipertensivas da gestação. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal, 2012 Jun 24-27; Fortaleza, Brasil. Fortaleza (CE).
7. Peixoto, Sérgio. Manual de assistência Pré-Natal - 2a. ed. - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

8. Resolução nº 564/2017. Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2017.

9. Verdélio, Andreia. Brasil reduz mortalidade materna, mas está longe do ideal, diz especialista (entrevista a Nelson Sass, Vice-reitor da Universidade Federal de São Paulo). Agência Brasil, publicado em 28/05/2017. Disponível em: <<https://agenciabrasil.abc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>>. Acesso em: 03 abril de 2020.

10. Moraes FM, Novais JM, Silveira MCA, Araújo MJAR, Melo SM, Gontijo LS. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. Rev EIXO Brasília (DF). 2013 jan./ jun; v.2, n.1, p. 69- 82.

11. Feitosa, Francisco Edson de Lucena; Paiva, Luciana Parente. Descolamento Prematuro de Placenta. Protocolo Clínico. Sistema de Gestão da Qualidade. Emissão: 01/03/2015, Rev. Nº 1: 05/09/2017.

12. Dulay, Antonette T. Descolamento Prematuro da Placenta. Manual MSD, Merck Sharp and Dohme Corporation. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-na-gesta%C3%A7%C3%A3o/descolamento-prematuro-da-placenta#>>. Acesso em: 03 abril de 2020.

13. Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco (Cadernos de Atenção Básica, nº32) - 1ª ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

14. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Rev. Rene Fortaleza. 2010 Out- Dez; v. 11, n.4, p. 66- 75.

15. Lima EMA; Paiva LF, Amorim RKFCC. Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). J Health Sci Inst. 2010; 28 (2): 151- 3.

16. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 8. Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2017.

17. Silva PLN, Oliveira JS, Santos APO, Vaz MTD. Cuidados Pré-Natais e Puerperais às Gestantes de um Centro de Saúde de Minas Gerais quanto ao Risco de Pré-eclâmpsia: aspectos clínicos, nutricionais e terapêuticos.

18. J Health Biol Sci. 2017 Out-Dez; 5(4):346-351.

19. Kahhale S, Francisco RPY, Zugaib M. Pré-eclâmpsia / Pre-eclâmpsia. Rev Med (São Paulo). 2018 mar.-abr.;97(2):226-34

20. Nery IS, Viana LS, Viana LMM, Araújo TME. Perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes com síndrome HELLP. Cogitare Enferm. 2014 Jan- Mar; 19 (1): 147- 52.

21. Moraes CA, Baptiston DD, Siqueira PM, Turato NA. Distúrbio hipertensivo Gestacional. A importância do pré-natal na prevenção, evolução e danos renais atribuídos a pré-eclâmpsia. Ensaio e



22. Argondizzo C. Estudo de Prevalência e morbimortalidade de prematuros tardios internados em uma maternidade de tratamento intensivo neonatal de Pelotas RS [dissertação]. Pelotas (RG): Universidade Católica de Pelotas 2013.
23. Souza, Nilba Lima de; Araújo, Ana Cristina Pinheiro Fernandes de; Costa, Iris do Céu Clara. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 726-733, 2013.
24. Berguer, Aline Zorzim et al. Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 16, n. 4, p. 427-435, Dec. 2016.
25. Cardoso AS, Fernandes AV, Teixeira DC, Moreira FGA, Botelho FR, Faria LC, Romero MN, Andrade TS, Krettli WSC. Descolamento Prematuro de Placenta. Placental Abruption. *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22 (Supl 5): S10-S13.
26. Cabral RWL, Medeiros AL, Pinto LMNR, Caroline P, Durier IS. Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento. Abenfo, Minas Gerais, 2011.
27. Wilhelm LA. Mulheres em gestação de alto risco: sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós- graduação em Enfermagem; 2014.
28. De Paula MM, Galvão TCCP, Galvão MPSP, Leite MFFS, Martins CR, Neta MJS, Noletto LC, Oliveira LAM, Soares YKC, Vasconcelos BP. Cuidados de Enfermagem a Gestante com Síndrome Hipertensiva: Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.23,n.2,pp.159-164 (Jun - Ago 2018).
29. Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Intercorrências Clínicas e Obstétricas Vivenciadas por Mulheres no Pré-Natal. *Cogitare Enferm*. 2016 Abr- Jun; 21 (2): 01- 08.
30. Silveira AC, Andrade M. Atuação do enfermeiro na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). *Informe-se em promoção da saúde*. 2008; v.4, n.1, p. 25- 27.
31. Oliveira RS, Matos IC, Silva TBP, Azevedo NM, Andrade M, Espirito FHS. Síndrome HELLP: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem. *Enfermería Global*. 2012 Octubre; n 28.
32. Anjos GS, Beloni MCL, Camargos PVM, Giostri PG, Moura DV, Oliveira PHF, Ramos TS, Romanelli LR, Sá PHP, Correa MDJ. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). *Revista Médica de Minas Gerais*. 2008; 18 (3 Supl 4): S11- S15.
33. Guimarães JP, Medeiros LGS, Oliveira FCS, Oliveira FS. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. *REBES Pombal- PB, Brasil*. 2014 Jan- Mar; v. 4, n.1, p.1- 17.

# CAPÍTULO 13

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONDUTAS ÉTICAS DE ENFERMAGEM NO PRÉ- NATAL

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

### **Claudiane Santana Silveira Amorim**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5791-5760>

### **Carla Costa da Silva**

Docente na Universidade do Estado do Pará  
(UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0741-915X>

### **Fernanda Cruz de Oliveira**

Docente na Universidade do Estado do Pará  
(UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1594-0401>

### **Mônica de Cássia Pinheiro Costa**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5559-5900>

### **Sávio Felipe Dias Santos**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4066-5878>

### **Vaneska Tayná Pinto Barbosa**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6627-0503>

### **Aloma Sena Soares**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4613-1084>

### **Bruna Renata Faria Santos**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0228-8549>

### **Debora Mylena Azevedo Rosa**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1015-2297>

### **Erlene Castro dos Santos**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5387-6204>

### **Dione Seabra de Carvalho**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5342-6820>

### **Líliã Pimenta de Moraes**

Universidade do Estado do Pará (UEPA).  
Belém, Pará, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2037-8080>

**RESUMO: Introdução:** O Código de Ética do Profissional de Enfermagem norteia as condutas corretas a serem tomadas no ambiente de trabalho pelo profissional. O Pré-natal na Atenção Primária a Saúde (APS), por sua vez, apresenta como instrumento de trabalho a educação em saúde que, respaldado pelo Código de Ética, auxilia o enfermeiro e a usuária, nas condutas que devem ser trilhadas. **Objetivos:** Discutir a importância da educação em saúde sustentada no Código de Ética na prática de Saúde da Mulher na Atenção Primária. **Método:** Trata-se de

um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, com emprego da Teoria da Problemática do Método do Arco de Maguerez, realizado por discentes de enfermagem do 3º ano de uma Universidade Pública do Estado do Pará, em práticas de Saúde da Mulher na APS, em um Centro de Saúde e Escola Universitária em Belém do Pará no período de março e abril de 2017. **Resultados:** Nessa experiência, pôde-se construir um ambiente diferenciado às usuárias embasadas no Código de Ética, introduzindo a educação em saúde como instrumento relevante nas práticas da atenção primária. Além disso, houve a compreensão de que o enfermeiro é o intermediário desse conhecimento a ser levado ao usuário e sobre a existência do Código de Ética que orienta a seguir tais condutas para auxiliá-los em todos os aspectos da assistência integral à saúde. **Conclusão:** A implementação da educação em saúde no pré-natal fornece subsídios ao enfermeiro para realizar orientações corretas que devem ser seguidas, respaldando-se no Código de Ética Profissional. E para que haja acesso, comparecimento, segurança e eficiência no pré-natal, os profissionais de enfermagem, são o elo entre as condutas corretas que se deve seguir no período gravídico e as dúvidas das mães e familiares que fazem parte dessa fase da vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Código de ética. Assistência Integral à Saúde. Cuidado Pré-Natal.

## HEALTH EDUCATION IN PRIMARY CARE: ETHICAL NURSING CONDUCTS IN PRENATAL CARE

**ABSTRACT: Introduction:** The Nursing Professional Code of Ethics guides the correct conduct to be taken in the work environment by the professional. Prenatal care in Primary Health Care (PHC), in turn, presents health education as a work tool that, supported by the Code of Ethics, assists nurses and users in conduct that must be followed. **Objectives:** To discuss the importance of health education supported by the Code of Ethics in the practice of Women's Health in Primary Care. **Method:** This is a descriptive study, with a qualitative approach, of an experience report type, using the Theory of Questioning of the Arco de Maguerez Method, carried out by 3rd year nursing students from a Public University of the State of Pará, in Women's Health practices in PHC, in a Health Center and University School in Belém do Pará in the period from March to April 2017. **Results:** In this experience, it was possible to build a different environment for users based on the Code of Ethics, introducing health education as a relevant tool in primary care practices. In addition, there was an understanding that the nurse is the intermediary of this knowledge to be taken to the user and about the existence of the Code of Ethics that guides them to follow such behaviors to assist them in all aspects of comprehensive health care. **Conclusion:** The implementation of health education in prenatal care provides support to nurses to provide correct guidelines that must be followed, supported by the Professional Code of Ethics. And for there to be access, attendance, safety and efficiency in prenatal care, nursing professionals are the link between the correct behaviors that must be followed during pregnancy and the doubts of mothers and family members who are part of this phase of life.

**KEYWORDS:** Codes of Ethics. Comprehensive Health Care. Prenatal Care.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONDUCTA DE ENFERMERIA ÉTICA EN PRENATAL

**RESUMEN: Introducción:** El Código de Ética del Profesional de Enfermería guía la conducta correcta que debe tomar el profesional en el entorno laboral. La atención prenatal en atención primaria de salud (APS), a su vez, presenta la educación sanitaria como una herramienta de trabajo que, con el apoyo del Código de Ética, ayuda a las enfermeras y usuarios en las conductas que deben seguirse. **Objetivos:** Discutir la importancia de la educación sanitaria apoyada por el Código de Ética en la práctica de la Salud de la Mujer en Atención Primaria. **Método:** Este es un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, de un tipo de informe de experiencia, utilizando la Teoría de Cuestionamiento del Método Arco de Maguerez, realizado por estudiantes de enfermería de tercer año de una Universidad Pública del Estado de Pará. en prácticas de salud de la mujer en APS, en un centro de salud y una escuela universitaria en Belém do Pará en el período de marzo a abril de 2017. **Resultados:** en esta experiencia, fue posible crear un entorno diferente para los usuarios basado en el Código de Ética, Introducir la educación sanitaria como una herramienta relevante en las prácticas de atención primaria. Además, se entendió que la enfermera es el intermediario de este conocimiento que se debe llevar al usuario y acerca de la existencia del Código de Ética que guía a seguir tales conductas para ayudarlos en todos los aspectos de la atención integral de salud. **Conclusión:** La implementación de la educación para la salud en la atención prenatal brinda apoyo a las enfermeras para proporcionar pautas correctas que deben seguirse, respaldadas por el Código de ética profesional. Y para que haya acceso, asistencia, seguridad y eficiencia en la atención prenatal, los profesionales de enfermería son el vínculo entre los comportamientos correctos que deben seguirse durante el embarazo y las dudas de las madres y los miembros de la familia que forman parte de esta fase de la vida.

**PALABRAS CLAVE:** Códigos de Ética. Atención Integral de Salud. Atención Prenatal.

### 1 | INTRODUÇÃO

Para o Ministério da Saúde (MS) o pré-natal consiste em um período que antecede o nascimento de uma criança, onde um conjunto de ações é aplicado a saúde individual ou coletiva das gestantes, é ainda nesse período que as gestantes devem ser acompanhadas por profissionais capacitados e quando necessário esses profissionais devem realizar exames clínicos-laboratoriais, educação em saúde e submete-las a vacinações e outras medicações (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

De acordo com Salci et al (2013) a educação em saúde compreende uma temática complexa, devido as diversas dimensões que a compreendem, tais como: política, filosofia, social, religiosa, além também de envolver aspectos práticos e/ou teóricos de indivíduos ou grupos. Pode abarcar ainda o processo saúde-doença, uma vez que sua manutenção evita e/ou retarda a presença ou desenvolvimento de doença, permitindo dessa forma proporcionar melhor qualidade de vida para o ser humano.

A educação em saúde se torna essencial para efetivar uma assistência integral e holística aos indivíduos proporcionando maior autonomia e participação na assistência

que lhe é oferecida visando à melhoria na qualidade de vida a partir das orientações que esclareçam dúvidas e que incentive a construção do conhecimento (BORGES, 2015).

Sendo assim, a educação em saúde voltada à saúde da mulher e principalmente associadas ao pré-natal, tem grande relevância, pois a gravidez é uma fase marcada por um processo de mudanças físicas e emocionais, que vai de acordo com a especificidade de cada mulher. Essas mudanças podem gerar a sensação de medo, angústia, insegurança, ansiedade e dúvidas, à vista disso que, a troca de informações de vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde trazem a possibilidade de intercâmbio de conhecimento e experiências do processo de gestação (BRASIL, 2013).

O profissional de enfermagem, por sua vez, é regido pelo suporte legal que dita às diretrizes necessárias e obrigatórias para a obtenção da capacidade para o exercício profissional e o suporte ético, ambos com escopo de recomendar e prescrever as atitudes e comportamentos que devem ser adotados pelo profissional de enfermagem com vista à qualidade da assistência aos usuários, família e a coletividade. Sendo assim, os profissionais de enfermagem são amparados legalmente pelo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem - Resolução COFEN nº 311/2007, onde se encontram fixadas as diretrizes para o perfeito funcionamento e aplicação do exercício do profissional, onde normatiza a realização da educação em saúde pelo enfermeiro, tornado de sua competência e habilidades (BRASIL, 2007).

O enfermeiro respaldado pelo código de ética tem total domínio para realizar a educação em saúde no pré-natal com a finalidade de ensinar e aprender, a fim de minimizar complicações durante a gestação e que a mãe e a criança possam estar em completo bem-estar, oferecendo conforto, amenizando a dor, orientando, esclarecendo e reconhecendo momentos críticos durante a gravidez (CARRARA, 2013).

## **2 | OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Discutir a importância da educação em saúde sustentada no Código de Ética na prática de Saúde da Mulher na Atenção Primária

### **2.2 Objetivo Específico**

Realizar educação em saúde durante o pré-natal de risco habitual

## **3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

O estudo foi desenvolvido por acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Pará do 3º ano do curso, nos meses de março e abril de 2017; sendo desenvolvido em um Centro de Saúde e Escola, localizada na Região Metropolitana de Belém-PA. Os sujeitos envolvidos na observação da realidade foram: os acadêmicos e orientadores docentes da

Universidade. As etapas do trabalho foram constituídas com a realização da observação da realidade durante o estágio de enfermagem em saúde da mulher na atenção primária; no decorrer do estágio supervisionado, traçaram-se objetivos e intervenções distintas, porém complementares. A priori fez-se a observação da realidade, onde buscou-se possíveis fatores relacionais entre a educação em saúde e conduta ética do enfermeiro no pré-natal de risco habitual. A partir dos demais dias de observação e vivência, elaboramos *folders* educativos para facilitar a realização da educação em saúde com as gestantes. Portanto, produzimos atividade lúdica, acolhimento, assistência e visamos o estabelecimento de um ambiente interacional com o profissional-gestante-aluno.

## 4 | RESULTADOS

O Centro de Saúde Escola, é uma unidade de ensino e assistência com características organizacionais de policlínica, pois desenvolve serviços em vários níveis de complexidade, entre eles, o da atenção básica e de especialidades. Todos esses serviços contam com equipe multiprofissional composta por médicos, clínicos, ginecologistas e obstetras, assistente social, nutricionista, psicólogos, dentistas, educador físico, laboratórios de análises clínicas e patológicas.

Por isso desenvolve papel essencial, principalmente quando se tratando do atendimento à mulher, nesse sentido, a assistência prestada deve ser qualificada para melhor atender esse público alvo. Sobre essa realidade, foram observadas muitas na realização da educação em saúde, seja pelo tempo decorrido das consultas ou pela abordagem profissional. Com isso, a intervenção do estudo, buscou minimizar essa problemática, no sentido de despertar um olhar mais crítico e sensível pelo profissional enfermeiro e trazer um contato maior entre ele e a gestante, a fim de atendê-la de forma holística.

No período que desenvolvemos as atividades de educação em saúde, obtivemos a maioria dos objetivos propostos, bem como também deixar momentos de reflexão referente aos serviços que a Universidade atendeu aquele lugar. Concluindo-se então que os objetivos tiveram resultados positivos alcançados, além de permitir a produção de estratégias educacionais de fácil acesso.

## 5 | CONCLUSÃO

O presente relato foi realizado, a partir da experiência das acadêmicos na prática do componente curricular de Enfermagem em Saúde da Mulher na Atenção Primária, especificamente durante as consultas de enfermagem ao pré-natal, onde observamos a necessidade da aplicabilidade da educação em saúde para mediar o cuidado a gestante, levando em consideração a responsabilidade ética do profissional enfermeiro em realizar

essa prática.

Percebeu-se que, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, uma vez que tivemos diretamente na assistência com esse profissional, que na sua na maioria das vezes a educação em saúde (sendo esta mais aprofundada, haja vista que durante as consultas de pré-natal, o enfermeiro realiza orientações básicas como conduta de rotina) não era realizada, e com essa realidade, resultando em gestantes com dúvidas sobre o período gestacional.

Desse modo, surgiu a ideia de construir *folders* educativos, que pudessem auxiliar esse profissional a desenvolver a educação em saúde durante o pré-natal de risco habitual, promovendo assim, uma assistência de maior qualidade, integral e que tenha instrumentos metodológicos para desenvolver a educação em saúde, ressaltando a responsabilidade ética dessa realização.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311, de 2007**. Código de Ética de Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, p. 1-13, 2007. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf). Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 316 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BORGES, Viviane Paz. **Educação e promoção da saúde do pré-natal**. 2015. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)—Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CARRARA, Gisleangela L. R; OLIVEIRA, Jéssica Priscila de. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Revista Fafibe on-line**, Bebedouro, SP, ano 6, n. 6, p. 96-109, nov. 2013.

DUARTE, Sebartião Júnior Henrique; ALMEIDA, Eliane Pereira. O papel do enfermeiro do programa de saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 1029-1035, jan./abr. 2014.

SALCI, Maria Aparecida *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-330, jan./mar. 2013.

# CAPÍTULO 14

## O IMPACTO DA ECLÂMPسيا NA MORTALIDADE MATERNA OBSTÉTRICA DIRETA NO NORDESTE DO BRASIL (2009-2018) – UM ESTUDO DESCRITIVO ECOLÓGICO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 20/07/2020

### **Carolina Pinheiro Pereira**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/1694194776054951>

### **Sulyanne Saraiva de Almeida**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/3005946029732835>

### **Luana Natália de Sena Costa**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7097845690329834>

### **Inácia Allyne Fernandes Lobato**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7745654417725657>

### **Matheus Alves Vieira**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/8431706639574791>

### **Letícia Gama Rubia**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/2566649866662936>

### **Maria Rachel Vieira Boaventura**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Biomédicas, Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/4112146021224086>

**RESUMO:** A eclâmpسيا é uma emergência obstétrica com grande mortalidade em que um quadro de convulsão é instalado, podendo ocorrer durante a gravidez, no parto ou no puerpério, estando dentro da mortalidade materna direta, uma vez que decorre de complicações obstétricas. Na eclâmpسيا, há um quadro hipertensivo, junto a proteinúria, usualmente desenvolvido durante o segundo período gravídico de evolução gradual e, muitas vezes, silencioso, enquadrando-se como pré-eclâmpسيا, que serve como classificação de triagem para acompanhamento de gravidez de alto risco. Pretende-se verificar o impacto dos casos de eclâmpسيا na morte materna obstétrica direta no SUS (Sistema Único de Saúde) em relação ao Nordeste (NE) no período de 2009 e 2018. Trata-se de estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, com dados públicos, disponíveis no DATASUS, dentro do campo de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Dentre os óbitos elencados no capítulo XV da CID-10 (gravidez, parto e puerpério), o NE, em relação



ao Brasil, é responsável por 35% (3.950/11.268) das mortes maternas obstétricas diretas, e, quando comparado, também, em casos de eclâmpsia (categoria O15 do capítulo XV da CID-10), essa região possui 41% (655/1585) frente às outras regiões brasileiras, mostrando ser responsável por quase metade das mortes por eclâmpsia no país no período supracitado no registro realizado no DATASUS. Pode-se perceber que a região nordeste possui uma parcela relevante da mortalidade materna obstétrica direta, em que complicações, como a eclâmpsia, possuem um impacto ainda mais forte nos óbitos. Diante disso, percebe-se a necessidade de um pré-natal de qualidade, com acompanhamento, visando uma triagem bem-sucedida, de modo a identificar gestações de alto risco. Para tanto, é necessário treinamento profissional, assim como estrutura para isso, fortalecendo principalmente a atenção básica no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** eclâmpsia; mortalidade materna; emergências; saúde pública.

## THE IMPACT OF ECLAMPSY ON DIRECT OBSTETRIC MATERNAL MORTALITY IN NORTHEAST BRAZIL (2009-2018) - A DESCRIPTIVE ECOLOGICAL STUDY

**ABSTRACT:** Eclampsia is an obstetric emergency with high mortality in which a seizure occurs during pregnancy, childbirth, or the puerperium, being within direct maternal mortality since it results from obstetric complications. In eclampsia, there is a hypertensive condition, along with proteinuria, usually developed during the second pregnancy period, of gradual and often silent evolution, framing itself as pre-eclampsia, which serves as a screening classification for monitoring of high pregnancy risk. It is intended to verify the impact of eclampsia cases on direct maternal obstetric death in SUS (Sistema Único de Saúde) in the Northeast (NE) of Brazil in the period of 2009 and 2018. This is an ecological, retrospective, and descriptive study, with data available at DATASUS, within the field of deaths of women of childbearing age and maternal deaths. Among the deaths listed in chapter XV of CID-10 (pregnancy, childbirth, and the puerperium), the NE, concerning Brazil, is responsible for 35% (3,950 / 11,268) of direct obstetric maternal deaths, and, when compared, also, in cases of eclampsia (category O15 of chapter XV of CID-10), this region has 41% (655/1585) compared to other Brazilian regions, showing to be responsible for almost half of eclampsia deaths in the country in the period mentioned in the registration performed on DATASUS. It can be seen that the northeastern region has a relevant portion of direct obstetric maternal mortality, in which complications, such as eclampsia, have an even stronger impact on deaths. Therefore, there is a need for quality prenatal care, with follow-up, aiming at successful screening, to identify high-risk pregnancies. For that, professional training is necessary, as well as the structure for this, mainly strengthening primary care in the country.

**KEYWORDS:** eclampsy; maternal mortality; emergencies; public health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A eclâmpsia constitui uma emergência obstétrica associada a elevados índices de morbimortalidade do feto e da mãe caso não diagnosticada precocemente e com intervenção adequada. É reconhecidamente uma complicação da pré-eclâmpsia, podendo ocorrer durante a gravidez, no parto ou puerpério (até 6 semanas), estando classificada como uma causa de mortalidade materna direta, uma vez que é decorrente de complicações

obstétricas (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019).

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia são uma das quatro categorias associadas aos distúrbios hipertensivos da gravidez, juntando-se à hipertensão crônica, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. Os distúrbios hipertensivos constituem uma complicação de cerca de 10% de todas as gestações no mundo (LEEMAN; DRESANG; FONTAINE, 2016).

A eclâmpsia possui como fatores de risco: idade materna acima de 40 anos, história prévia de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, obesidade materna, hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional, doença renal prévia, SAAF, trombofilia, lúpus e fertilização in vitro (SESAR et al., 2018).

Acerca de sua etiologia, ainda não há conhecimento preciso sobre a causa da eclâmpsia, porém acredita-se que haja um aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica durante a pré-eclâmpsia, levando a uma alteração no fluxo sanguíneo cerebral devido a uma auto-regulação prejudicada (BERGMAN et. al., 2019).

Os critérios para definição da pré-eclâmpsia mudaram nos últimos anos, pois antes incluía a proteinúria como requisito diagnóstico. A alteração ocorreu devido a existência frequente de mulheres que apresentavam doença avançada mesmo antes da detecção da proteinúria. Atualmente é definida como uma pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou uma diastólica  $\geq 90$  mmHg após a 20ª semana de gestação, com proteinúria ou disfunção de órgãos, por exemplo, disfunção renal e hepática, e alteração uteroplacentária, como restrição de crescimento fetal (DI RENZO et al., 2019).

Já a eclâmpsia é tida como o início das crises tônico-clônicas (convulsões) generalizadas em uma mulher com pré-eclâmpsia, podendo apresentar sintomas de alerta como dor de cabeça e abdominal, alterações visuais e aumento da pressão arterial antes do episódio de atividade convulsiva (SUTTON; HARPER; TITA, 2018).

A avaliação da eclâmpsia está centrada no diagnóstico da pré-eclâmpsia, na qual entra como avaliação de triagem para acompanhamento de gravidez de alto risco e tem seu diagnóstico por meio da aferição da pressão arterial, que se desenvolve como uma hipertensão de início recente, após a 20ª semana de gestação. Exames laboratoriais para avaliar função hepática, plaquetograma, perfil metabólico básico para a taxa de filtração glomerular/função renal e proteinúria endossam a sensibilidade diagnóstica (BROWN et al., 2018).

Pacientes com pré-eclâmpsia devem estar inseridas no acompanhamento de pré-natal de alto risco, sendo orientadas sobre os sinais e sintomas da eclâmpsia, a importância da medicação anti-hipertensiva e a necessidade de acompanhamento regular do obstetra (DI RENZO et al., 2019).

A realização do parto constitui o único tratamento definitivo da eclâmpsia e pré-eclâmpsia (BERGMAN et. al., 2019) e, apesar dos avanços no tratamento médico, é importante ressaltar que os distúrbios hipertensivos continuam sendo a principal causa de

morbimortalidade materna e fetal em todo o mundo (WILKERSON; OGUNBODEDE, 2019), logo a busca de conhecimentos mais sólidos sobre tal condição é de elevada relevância para tentar diminuir os impactos dessa condição clínica.

## 2 | OBJETIVOS

O presente trabalho objetivou correlacionar os casos de mortalidade materna obstétrica direta no Sistema Único de Saúde (SUS) na região Nordeste em relação aos dados a nível de Brasil. Mais especificamente, verificou o impacto da eclâmpsia com a mortalidade materna obstétrica direta na região Nordeste, compreendendo o período entre 2009 a 2018.

## 3 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, com dados públicos, presentes no sítio Informações em Saúde (TABNET) disponível no DATASUS, dentro das Estatísticas Vitais, na seção Mortalidade - 1996 a 2018, pela CID-10, subseção Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, selecionando a abrangência geográfica Brasil por Região e Unidade da Federação.

O conteúdo dos dados consistiu em Óbitos maternos, no Capítulo XV. Gravidez, Parto e Puerpério da CID-10, sendo o tipo de causa obstétrica a Morte Materna Obstétrica Direta, no Período de 2009-2018, sendo analisada também a categoria O15 do capítulo XV da CID-10: Eclâmpsia, em que a região alvo de averiguação foi a Nordeste.

## 4 | RESULTADOS

Dentre os dados coletados, a partir da busca realizada no TABNET do DATASUS, obteve-se, no panorama geral, no Brasil, dos óbitos maternos obstétricos diretos, o total de 11.268 mortes, entre 2009 e 2018, no capítulo XV da CID-10 (Figura 1), desse número, o Nordeste foi responsável por 35% (3.950/11.268) da mortalidade, enquanto o Sudeste 34% (3.794/11.268), o Norte 14% (1.609/11.268), o Sul 9% (1.004/11.268) e o Centro-Oeste 8% (911/11.268), como pode ser visualizado nas Figuras 1 e 2 .

**Óbitos Maternos: Capítulo XV. Gravidez, Parto e Puerpério | CID-10  
(2009-2018) (BRASIL)**

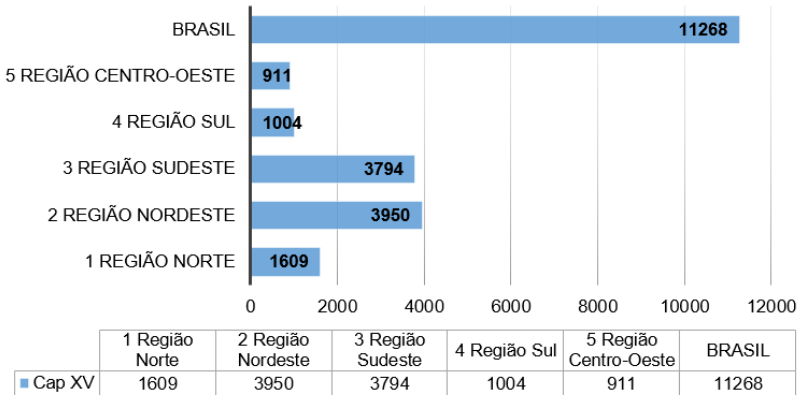


Figura 1 - Quantitativo de Óbitos Maternos do Capítulo XV da CID-10 no Brasil (2009-2018)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Óbitos Maternos: Capítulo XV. Gravidez, Parto e Puerpério | CID-10  
(2009-2018) (BRASIL)**

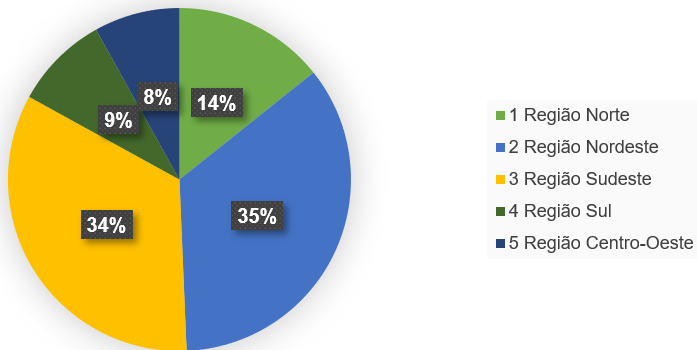


Figura 2 Distribuição em Porcentagem dos Óbitos Maternos do Capítulo XV da CID-10 no Brasil (2009-2018)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A mortalidade referente a casos de Eclâmpsia (Categoria O15), consistiu de um total de 1.585 óbitos no Brasil (Figura 3), estando, no Nordeste, 41% (655/1585) dessas mortes (Figura 4), entre 2009 e 2018, enquanto Sudeste, Norte, Centro-Oeste e Sul correspondem a 26%, 19%, 8% e 6%, respectivamente.

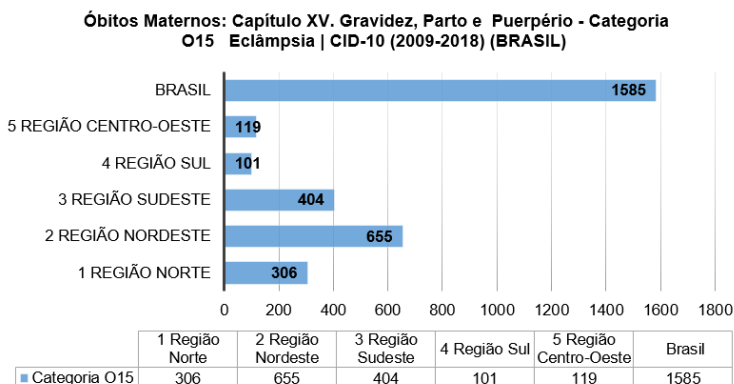


Figura 3 - Quantitativo de Óbitos Maternos na categoria O15 do Capítulo XV da CID-10 no Brasil (2009-2018)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Óbitos Maternos: Capítulo XV. Gravidez, Parto e Puerpério - Categoria O15 Eclâmpsia | CID-10 (2009-2018) (BRASIL)**

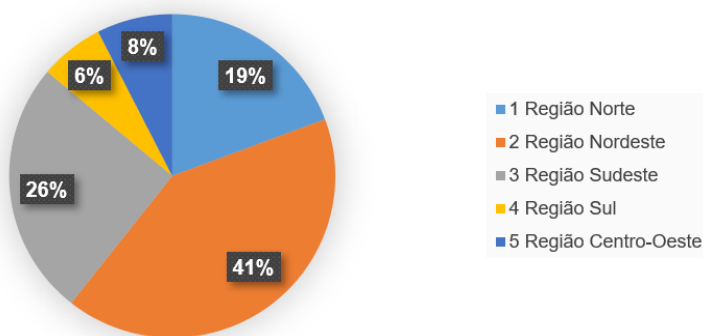


Figura 4 Distribuição em Porcentagem dos Óbitos Maternos da categoria do Capítulo XV da CID-10 no Brasil (2009-2018)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## 5 | DISCUSSÃO

O óbito materno é um evento trágico principalmente por se tratar, em muitos casos, de algo evitável, se as circunstâncias não fossem tão antagônicas, envolvendo tanto determinantes sociais através de políticas públicas, quanto a ação dos próprios serviços de saúde, convergindo para uma assistência desigual e deficitária de acordo com a localidade (ONU, 2013). É conhecido que mulheres pobres estão mais propensas a morrer devido a complicações obstétricas (DE GRAAF, STEEGERS, BONSEL, 2013), incluindo a eclâmpsia.

A redução da mortalidade materna está entre as cinco metas do milênio, no entanto,

algumas revisões sistemáticas (KHAN et al., 2006; SAY; PATTINSON; GÜLMEZOGLU, 2004) mostraram inconsistências no modo como a mortalidade materna era notificada, bem como uma discrepância nos critérios de definição para identificar esses desfechos. Com isso, em 2009, a Organização Mundial da Saúde propôs uma nova classificação para uniformizar a linguagem entre pesquisadores, profissionais da saúde e gestores (WHO, 2009). *Maternal Near Miss* (MNM) é um termo definindo uma situação na qual uma mulher grávida muito doente quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação, compreendendo admissões em UTI, transfusões sanguíneas, histerectomias e eclâmpsia, durante a gravidez, parto ou nos 42 dias seguintes ao término da gravidez (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009). Como as pacientes permaneceram vivas para detalhar seu relato, e considerando ainda que o número de MNM é superior ao da própria mortalidade materna (CHHABRA, 2014), o termo possibilita uma maior consciência em relação aos problemas e obstáculos existentes no sistema de saúde e possíveis caminhos para superá-los.

No que diz respeito a acontecimentos em âmbito nacional, dois importantes programas de saúde materno infantil foram implementados no país. O Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Rede Cegonha foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento em saúde de mães e recém-nascidos, e assim, diminuir a morbimortalidade materna e fetal (CECATTI, LEAL, MOURA, 2013). Por algumas razões, a implementação dessas políticas de saúde não se fez homogênea no Brasil, tendo algumas regiões menos sucesso do que outras. Apesar do avanço na melhoria das iniquidades em saúde, as regiões Nordeste e Norte ainda apresentam lacunas na qualidade do cuidado em saúde quando comparados com outras regiões do país (CHRESTANI et al., 2008).

Uma análise dos estados da região Norte e Nordeste demonstrou que fatores como mais de uma hora no trajeto a hospitais, recusa no atendimento no primeiro serviço e ter de encontrar outro, além de pré-natal realizado em serviço público de saúde, colaboraram com alto risco de desfechos de eclâmpsia e outras condições de alta morbimortalidade (CECATTI et al., 2015). Outro estudo multicêntrico sobre MNM apontou uma relação muito próxima entre os atrasos nos atendimentos obstétricos e morte materna ou admissões em UTI, transfusões sanguíneas, histerectomias e eclâmpsia (PACAGNELLA et al., 2014).

Ademais, destaca-se que a região Nordeste do país é a que tem maior taxa de analfabetismo, maior população em vulnerabilidade por rendimento econômico e carências sociais diversas, além da existente dificuldade no acesso e utilização dos serviços de saúde disponíveis, por isso, deve-se levar em consideração uma elevada taxa de subnotificação, sendo os dados em relação à mortalidade materna superiores aos divulgados (SILVA et al, 2016).

O estado nutricional materno pré-gestacional, bem como o ganho ponderal no decorrer da gestação é alvo de grande importância, com relações muito próximas com desfechos obstétricos desfavoráveis (BLOMBERG, 2011; VÍTOLO; BUENO; GAMA, 2011).

Essa inadequação do estado nutricional materno constitui um problema de saúde pública, sendo esses fatores de risco modificáveis, devendo ser identificados e tratados durante o acompanhamento pré-natal através de visão mais atenta dos profissionais da saúde (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

Percebe-se, ainda, que as doenças hipertensivas específicas da gravidez constituem uma condição clínica importante a ser levada em consideração pelos gestores, como também indica um estudo seccional de base populacional realizado em uma das capitais do Nordeste, que relaciona os casos de MNM aos casos de eclâmpsia, considerando estes como principal causa daqueles (ROSENDO; RONCALLI, 2014).

No Brasil, estima-se que 70% dos casos de morbidade materna grave são devido a doenças hipertensivas, sendo o índice de mortalidade devido a essas causas de 10,7% (ZANETTE et al., 2014). Apresentado o quadro de eclâmpsia e pré-eclâmpsia, a mulher passa a demandar recursos e atendimentos mais especializados, como médicos especialistas e serviços de UTI (DULEY, 2009). Além disso, a internação em serviços de terapia intensiva também foi um fator diretamente associado a MNM (MORSE et al., 2011). Outro ponto de ressalva é que o acesso a UTI está atrelado a atrasos no atendimento da gestante, uma vez que ainda existe ineficiência na disponibilidade dos leitos no país, aumentando o tempo de espera por recursos (ROSENDO, 2014; ZANETTE, 2014).

Sendo assim, e considerando os diferentes graus de abordagem que se deve ter, em virtude das diferenças regionais do país, é importante pontuar a necessidade de implementação de estratégias relacionadas às doenças hipertensivas específicas da gravidez, representadas neste estudo principalmente pela eclâmpsia, nos diversos níveis de atenção. A assistência adequada ao pré-natal (MORAES et. al., 2013) e uma rede de atendimento materno mais articulada, com oferecimento adequado de atendimento e de recursos tecnológicos (OLIVEIRA NETO et al., 2009) podem contribuir para a ocorrência de desfechos mais benignos, possibilitando um tratamento mais rápido e eficaz.

## 6 | LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação do presente estudo consiste no fato de as informações em questão só poderem ser destinadas à população estudada, devido ao seu delineamento ecológico, impossibilitando inferências individuais.

Além disso, as informações coletadas são provenientes do DATASUS em que dois modelos de formulários estão presentes no período referente ao estudo, uma vez que, a partir de 2011, o novo tipo formulário foi instituído, tendo mudanças introduzidas na forma de coletar a variável do momento do óbito em relação ao período gravídico puerperal para óbito de mulheres em idade fértil, que passou a ser feita em uma pergunta única, substituindo os antigos campos 43 e 44, que perguntavam se o óbito ocorreu durante gravidez, parto ou aborto (43) e se ocorrera no puerpério, diferenciando em seguida se

tardio ou não (44). Assim, o novo formulário reúne as opções em somente uma pergunta, evitando inconsistências, que haviam no antigo, como a possibilidade de responder sim para ambas as perguntas. Nesse sentido, a dualidade de coleta de dados desses formulários é um fator limitante para os resultados do presente estudo. Para mais informações sobre as mudanças ocorridas e seus efeitos, o sistema sugere a leitura do documento “Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Consolidação da base de dados de 2011”.

## 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que existem grandes disparidades regionais quanto aos casos de mortalidade materna obstétrica direta com destaque para a região Nordeste e uma quantidade preocupante de casos em que complicações, como a eclâmpsia possuem um impacto ainda maior nesses óbitos. Diante disso, é indispensável destacar a importância de um pré-natal de qualidade com acompanhamento adequado visando a saúde do binômio materno-fetal para uma gestação bem sucedida e com todas as consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, incluindo também a consulta puerperal.

Além disso, os fatores socioeconômicos possuem grande impacto não só no desenvolvimento de complicações maternas obstétricas, como a eclâmpsia, mas também no seu desfecho, os quais estão diretamente relacionados aos resultados obtidos na Região Nordeste, demonstrando a vulnerabilidade de grande parte da população nessa região em relação à falta de informações essenciais e, até mesmo, à precariedade no acesso ao serviço de saúde.

Apesar de já existirem programas e políticas públicas de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna, percebe-se que ainda há uma urgente necessidade de revisão e melhoria dessas políticas, bem como maiores investimentos orçamentários, principalmente, em treinamento profissional e infraestrutura adequada a fim de fortalecer a atenção básica no país, a qual atua diretamente na prevenção não só de complicações maternas obstétricas, como também de outros agravos.

## REFERÊNCIAS

BERGMAN, L. et al. Investigating Maternal Brain Alterations in Preeclampsia: the Need for a Multidisciplinary Effort. **Current Hypertension Reports**, v. 21, n. 9, 1 set. 2019.

BLOMBERG, M. Maternal and neonatal outcomes among obese women with weight gain below the new Institute of Medicine recommendations. **Obstetrics and gynecology**, v. 117, n. 5, p. 1065–1070, maio 2011.

BROWN, M. A. et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. **Hypertension**, v. 72, n. 1, p. 24–43, 1 jul. 2018.



CECATTI J.G.; LEAL M.C.; MOURA EC, S. L. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010.** 1 ed ed. Brasília: Departamento de Ciências e Tecnologias: Ministério da Saúde, 2013.

CECATTI, J. G. et al. Maternal near miss among women using the public health system in the Amazon and Northeast regions of Brazil TT - Morbilidad materna extremadamente grave entre las usuarias del sistema de salud pública en las regiones amazónica y noreste del Brasil. **Rev. panam. salud pública**, v. 37, n. 4/5, p. 232–238, 2015.

CHHABRA, P. Maternal near miss: an indicator for maternal health and maternal care. **Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine**, v. 39, n. 3, p. 132–137, jul. 2014.

CHRESTANI, M. A. D. et al. Health care during pregnancy and childbirth: results of two cross-sectional surveys in poor areas of North and Northeast Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 24, n. 7, p. 1609–1618, jul. 2008.

DE GRAAF J.P.; STEEGERS E. A.; BONSEL G.J. Inequalities in perinatal and maternal health. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v.25, n.02, p. 98-108, 2013.

DI RENZO, G. C. et al. Good clinical practice advice: First trimester screening and prevention of pre-eclampsia in singleton pregnancy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 144, n. 3, p. 325–329, 1 mar. 2019.

DULEY, L. The Global Impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. **Seminars in Perinatology**, v. 33, n. 3, p. 130–137, 2009.

KHAN, K. S. et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet (London, England)**, v. 367, n. 9516, p. 1066–1074, abr. 2006.

LEEMAN, L.; DRESANG, L. T.; FONTAINE, P. Hypertensive Disorders of Pregnancy. **American Family Physician**, v. 93, n. 2, p. 121–127, 15 jan. 2016.

MORAES A. P. P. et. al. Severe maternal morbidity: a case-control study in Maranhao, Brazil. **Reprod Health**, v. 10, p. 1-8.

MORSE, M. L. et al. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. **Revista Brasileira de Epidemiologia** scielo, 2011.

OLIVEIRA NETO, A. F. et al. Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 105, n. 3, p. 252–256, jun. 2009.

OLIVEIRA, A. C. M. DE; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 441–451, 2015.

Organização das Nações Unidas (ONU). **The Millennium Development Goals Report**, 2013. Disponível em: <https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>. Acesso em: 18. jul. 2

PACAGNELLA, R. C. et. al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, p. 159, maio 2014. 020.

ROSENDO, T. M. S. S.; RONCALLI, A. G. Prevalência e fatores associados ao *Near Miss* materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1295-1304, 2015.

SAY, L.; PATTINSON, R. C.; GÜLMEZOĞLU, A. M. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). **Reproductive health**, v. 1, n. 1, p. 3, ago. 2004.

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SESAR, A. et al. Transient cortical blindness in posterior reversible encephalopathy syndrome after postpartum eclampsia. **Taiwan Journal of Ophthalmology**, v. 8, n. 2, p. 111–114, 1 abr. 2018.

SILVA, B. G.C. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**, v.19, n.3, p. 484-493, 2016.

SUTTON, A. L. M.; HARPER, L. M.; TITA, A. T. N. Hypertensive Disorders in Pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 45, n. 2, p. 333–347, 1 jun. 2018.

VÍTOLO, M. R.; BUENO, M. S. F.; GAMA, C. M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** scielo, 2011.

WILKERSON, R. G.; OGUNBODEDE, A. C. **Hypertensive Disorders of Pregnancy Emergency Medicine Clinics of North America** W.B. Saunders, 1 maio 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940374/>>. Acesso em: 19 jul. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO maternal death and near-miss classifications**, 2009. Disponível em: <<https://www.who.int/bulletin/volumes/87/10/09-071001/en/>>. Acessado em: 19 de julho de 2020.

ZANETTE, E. et. al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. **Reprod Health**, v. 11, n. 4, p. 1-11.

## O PAPEL DO GESTOR EM SAÚDE NOS CASOS DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 02/07/2020*

**Ana Carla Gomes Rosa**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/8584272682544025>

**Igor Domingos de Souza**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/8253614599594978>

**Valter Aragão do Nascimento**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/8214321562951683>

**RESUMO:** O presente trabalho tem como objetivo demonstrar o papel do gestor em saúde nos casos de pacientes mastectomizadas assim como, questões como o câncer de mama e a mastectomia, a importância da atenção humanizada nos casos de mastectomia e papel de gestão e sua importância na assistência humanizada. A metodologia aplicada foi de revisão de literatura com investigação em acervo físico, como em revistas, artigos e periódico no espaço virtual, através da informação obtida na Internet, uso base de dados confiáveis, como SciELO e Bireme, sendo selecionados especialmente artigos nacionais publicados em últimos dez anos, que abordaram a importância do papel do gestor nos casos de mulheres mastectomizadas. Se conclui que as ações do gestor no que

se concerne a assistência humanizada para mulheres mastectomizadas são importantes, sendo necessário fazer a toda a readaptação para elaborar planos de trabalho articulados a uma política institucional, proporcionando a integração e a associação entre os participantes pela ampliação possibilidade de compartilhar experiências e outros recursos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão em saúde. Câncer de mama. Mastectomia

### THE ROLE OF THE MANAGER IN HEALTH IN THE CASES OF MASTECTOMIZED PATIENTS

**ABSTRACT:** The objective of this study was to demonstrate the importance of the role of the health manager in cases of mastectomized patients as well as issues such as breast cancer and mastectomy, the importance of humanized care in cases of mastectomy and the role of the manager and its importance in the care Humanized. The methodology applied was a review of literature with research in physical collection, as in magazines, articles and periodical. And in virtual space, through information obtained on the Internet, using reliable databases such as Scielo and Bireme. National articles published in the last ten years were selected, which approached the importance of the role of the manager in cases of mastectomized women. The manager's actions regarding humanized care for mastectomized women are important, and it is necessary to make the whole Network able to elaborate work plans articulated to an institutional policy, providing integration and partnership between the participants by the wide possibility of

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma neoplasia caracterizada pelo crescimento anormal e fora de controle das células. Dentre os cânceres, o câncer de mama acomete 1 a cada 10 mulheres, porém apresenta bom índice de cura, principalmente quando diagnosticado em fase inicial (BRASIL, 2014).

Um dos métodos utilizados no tratamento do câncer de mama é a mastectomia, cirurgia para retirada de células cancerígenas conjuntamente com a retirada parcial ou total da mama. Procedimento mutilador que pode trazer consequências de ordem física, emocional e social. (ALMEIDA, 2010)

Entende-se que as pacientes com câncer de mama, mastectomizadas, necessitam de profissionais que as entendem, pois, precisam sentir que o profissional tem interesse em descobrir suas características particulares, orientar quanto às rotinas hospitalares e expectativas em relação ao tratamento (MENDES; LINDOLPHO; LEITE, 2012).

Os profissionais que atuam no SUS (Sistema Único de Saúde) devem desenvolver estratégias de atenção e conduzir as pacientes no pré-operatório e reabilitadas após a cirurgia em seus vários aspectos, tanto físico, emocional, social e profissional (MENDES, LINDOLPHO e LEITE, 2012).

Para isso é necessária uma gestão eficiente, comprometida, participativa e humanizada, visando a transformação das práticas de formação e atenção. Sabe-se que uma equipe motivada e bem recompensada presta um melhor atendimento. Por isso o objetivo deste trabalho é demonstrar a importância do papel do gestor em saúde nos casos de mulheres mastectomizadas.

## MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho foi realizado por meio do método de estudo bibliográfico, ou seja, a metodologia aplicada será a revisão de literatura. Foi realizada pesquisa em acervo físico, como em revistas, artigos e periódico. E em espaço virtual, através de informação obtida na Internet, utilizando banco de dados confiáveis, tais como Scielo e Bireme, sendo selecionados especialmente artigos nacionais publicados nos últimos dez anos, que abordem a importância do papel do gestor nos casos de mulheres mastectomizadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Câncer de mama e mastectomia

O câncer de mama é a neoplasia com maior taxa de mortalidade entre as mulheres, sobretudo em países desenvolvidos; embora sua incidência venha aumentando também nos países em desenvolvimento. Isso pode estar relacionado ao modo de vida da atualidade, no qual encontramos um mundo cada vez mais competitivo, levando as pessoas a adquirirem hábitos que podem estar associados a vários fatores de risco para o desenvolvimento de uma neoplasia, em especial, o câncer de mama.

Para o enfrentamento dos aspectos inerentes à mastectomia, a mulher precisa de subsídios que proporcionem cuidados mais efetivos, minimizando os riscos de complicações, em decorrência do processo cirúrgico, já que se acredita que esse déficit de conhecimento encontra-se presente nas mulheres, mesmo antes de vivenciarem a situação de doença pelo câncer mamário. No entanto, como se observa na prática, elas chegam ao serviço com conhecimento incipiente acerca da doença ou, até mesmo, sem praticar as ações e os cuidados que poderiam contribuir na detecção precoce da referida doença (OLIVEIRA et al., 2012).

A mastectomia pode trazer prejuízos de ordem emocional e social, além do risco de infecções, limitações nos movimentos de braços e ombros, o emocional fica abalado, podendo revelar uma insatisfação e não aceitação da perda da mama, gerando sentimentos de autodepreciação e, por consequência, depressão (ALMEIDA, 2010).

### A importância do atendimento humanizado nos casos de mastectomia

Autocuidado é cuidar de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças, adotar medidas de prevenção de doenças.

O autoexame de mamas (AEM) é um exame físico, sem dor, sem gastos financeiros e de fácil realização e que possibilita uma detecção precoce de uma possível neoplasia, permitindo ação terapêutica eficaz, podendo prolongar a vida da mulher, evitar sequelas físicas graves e as concomitantes sequelas emocionais, sociais e econômicas. (SILVA, SANCHES, RIBEIRO, CUNHA, RODRIGUES, 2009)

A política de alerta à saúde das mamas ressalta a importância do diagnóstico precoce que significa aconselhar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e relatar os principais sinais do câncer de mama. Encorajar as mulheres a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação a alguma alteração das mamas e a participar das ações de rastreamento do câncer de mama. Esta tática mostrou ser mais efetiva do que o ensino do autoexame das mamas, ou seja, a maioria das mulheres com câncer de mama identifica o câncer por

meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame. (BRASIL, 2013).

Desde 2008, as cidades se coloreem de rosa durante o mês de outubro para alertar as mulheres sobre a importância do autocuidado em relação ao câncer de mama o segundo tipo mais frequente no mundo. O movimento denominado “Outubro Rosa” é feito de pessoas para pessoas: grupos de pacientes; acadêmicos; enfermeiros; médicos entre outros, que se preocupam direta ou indiretamente com esta doença silenciosa e cruel. Também participam as vitoriosas vítimas dessa doença, que aproveitam esse movimento e vai às ruas para chamar a atenção ao tema, dessa forma fortalecer e fazer valer os seus direitos, como, acesso de todas ao diagnóstico precoce e ao tratamento ágil e qualificado, dois fatores que contribuem para o bom prognóstico de cura. (MARQUES, OKAZAKI, 2012)

O diagnóstico de câncer e seu tratamento são situações que afetam muito a saúde psicológica dos pacientes, especialmente quando este se dá por cirurgias que levam a mutilação. A percepção de integridade corporal é algo fundamental para o ser humano. O bem-estar relacionado a essa condição se expressa na forma como cada um se vê e, conseqüentemente, nas atividades que desenvolvem. Diante disso, a mastectomia se impõe como uma situação de retirada de parte da capacidade de executar tarefas e da autoestima; isso impõe um declínio da qualidade de vida, que repercute também no nível de atividade física das mulheres a ela submetidas. (MARQUES, OKAZAKI, 2012)

O governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 que engloba quatro principais doenças, que são: doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, diabetes e câncer; e os fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. (BRASIL, 2013).

A reconstrução mamária esta, cada vez mais, assumindo importante papel no tratamento do câncer de mama, em virtude dos comprovados benefícios psicológicos e físicos para as pacientes. Esse procedimento contribui para o retorno mais rápido dessas pacientes ao convívio social, com melhora da imunidade e, conseqüentemente, oferecendo melhor prognóstico no tratamento dessa doença (BECK, et al.,2009).

A lei 12.802, de 06 de maio de 1999 estabelece que a reconstrução mamária é um direito da mulher que teve a mama mutilada pelo tratamento do câncer e ainda que ela deve ser feita imediatamente após a retirada das mamas se existirem condições técnicas para isso. No caso de impossibilidade da reconstrução imediata, a paciente tem direito a acompanhamento e realização da cirurgia assim que ela alcançar as condições requeridas para a reconstrução. (INCA, 2016).

De acordo com a Rede Goiana de Pesquisa em Mastologia, apenas 29,2% das brasileiras submetidas à mastectomia pelo SUS tiveram acesso à reconstrução mamária no ano de 2014. Isso significa que cerca de 7.600 mulheres não refizeram as mamas. Mas vale notar que os números subiram com o passar dos anos: em 2008, a taxa de reconstruções de mama no Brasil estava em 15%. (CORÊA *et al.*,2014)

Não há entendimento em relação ao tempo cirúrgico ideal em que a reconstrução mamária deve ser realizada no contexto multimodal do tratamento oncológico, principalmente quando há indicação de radioterapia após a mastectomia. (OLIVEIRA et al., 2012). Segundo Beck *et al.*, 2009 relata que outros cientistas defendem a reconstrução imediata, porque julgar que, após a radioterapia, o comprometimento dos tecidos locais e da drenagem linfática dificulta a confecção do retalho e eleva os índices de complicações pós-operatórias. A reconstrução da mama faz com que a mulher submetida à mastectomia, volte a ter autoestima perdida durante o tratamento e acaba ajudando no tratamento e desaparecimento da doença.

Segundo Barreto, et al. 2008, a aparência pessoal é uma das preocupações básicas na vida do ser humano saudável, trazendo traços característicos. Posterior à reconstrução mamária com transferência de retalhos músculo cutâneos, é orientado o emprego de uma malha compressiva (cinta ou macaquinho) para dar firmeza aos movimentos e melhorar a imagem corporal.

O sutiã deve ter modelo cirúrgico específico para quem fez só mastectomia e para quem fez reconstrução, os quais funcionam como um molde ajustando a mama ao lugar, por isso é primordial que seja de material “firme”. Para as pacientes que realizaram a reconstrução é orientado o uso do sutiã sem costura. Já para as clientes que não realizaram a reconstrução mamária deve ser oferecido um acolchoamento temporário de algodão com peso aproximado ao da mama contralateral, que pode ser usada até que a incisão cirúrgica esteja cicatrizada. (BARRETO, et al 2008).

O preparo para o autocuidado e a promoção de saúde vai além de meros conhecimentos sobre como “controlar” uma condição de saúde. No entanto, no que se refere à responsabilidade da criação de ações para o cuidado, a instauração de um processo de conhecimento faz-se necessário para o desenvolvimento de um trabalho educativo com as pessoas envolvidas na busca de uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2012).

A equipe de enfermagem deve prestar uma assistência que reúna técnica, ciência e humanização, tendo sempre em mente o respeito às necessidades dessa paciente, ao atuar de uma forma humanizada. Estes profissionais, também não devem se esquecer de ressaltar a família como parte de cuidado, pois a mastectomia não afeta somente a integridade da paciente, mas de toda a sua família (GODOY, *et al.*, 2009).

Vale lembrar neste item das estratégias de conscientização que devem envolver mensagens sobre conscientização do próprio corpo, conhecimento de aspectos normais das mamas e suas variações ao longo do ciclo menstrual e do envelhecimento, bem como mensagens sobre os sinais de alerta para o câncer de mama (OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008).

Para que tenham êxito, essas estratégias devem, necessariamente, contar com a capacitação dos médicos generalistas e demais profissionais de saúde da atenção primária que participem do atendimento ou das atividades educativas para essa população.

(Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, 2015).

Outra vertente essencial dessa estratégia é a estruturação de uma rede de atenção à saúde preparada para acolher, de forma oportuna, as mulheres com sinais e sintomas suspeitos, garantindo, com qualidade, toda a investigação para confirmação diagnóstica e o subsequente tratamento dos casos com confirmação diagnóstica de câncer de mama.

## **O PAPEL DO GESTOR E SUA IMPORTÂNCIA NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

O Gestor no Sistema Único de Saúde é o sujeito com a responsabilidade de liderar um sistema de saúde, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. É o gestor em saúde quem vai implementar as políticas públicas na área da saúde. (BISPO, 2011)

Segundo Bispo (2011), o gestor possui tarefas, que envolve analisar a situação de saúde, avaliar o funcionamento, determinar prioridades, formular, analisar e avaliar as políticas gerais e setoriais, construir consensos, estabelecer metas, mobilizar recursos e atores e estimular a participação da sociedade civil.

Dada a importância do papel do gestor em saúde, em 2015 foram publicadas “As Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama” elaboradas por um grupo de trabalho coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e apoiado pela Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde.

Esta publicação contribuiu para qualificar a tomada de decisão dos gestores em saúde quanto à organização da linha de cuidado do câncer de mama, assim como para apoiar os profissionais de saúde nas suas práticas clínicas e os pacientes nas suas escolhas frente a diferentes intervenções sanitárias. Esta proposta foi apreciada pelo Plenário da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias), em sua 34<sup>a</sup> Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de abril de 2015, que deliberou por unanimidade em recomendar a aprovação destas diretrizes (Registro de Deliberação nº 160/2015).

Entre as funções do Gestor está em aplicar a Política Nacional de Humanização (PNH). “A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Humanização em saúde é a prática comprometida com a produção de saúde e de sujeitos, onde atender melhor o usuário coincide com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. (PEREIRA E BARROS, 2009)

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), humanizar em saúde é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de saúde, como usuários, trabalhadores e



gestores; fomentar a autonomia e o protagonismo desses sujeitos dos coletivos; aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; defender um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferecer a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual; mudar os modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, focando nas necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; melhorar as condições de trabalho e atendimento, com qualidade dos serviços e com saúde integral para todos e qualquer um.

Para criar uma gestão humanizada é necessário aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde. Implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir direitos dos pacientes e seus familiares, é estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde. (BRASIL/MS, 2003)

A gestão deve ser comunicativa, dar voz ao paciente e aos usuários, para que aconteçam mudanças necessárias para uma cultura mais humanizada. A implantação de um projeto gerencial deverá ser progressiva e negociada, apoiada na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação interna com formas de avaliação e de prestação de contas. (VIANA, 2004)

No que se refere ao Câncer de Mama e mastectomia, é de competência do gestor organizar a Rede de Atenção à Saúde, garantindo ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos; garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às mulheres com Câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, garantindo o cuidado necessário; estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico raciais, culturais, sociais e religiosas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mastectomia costuma causar impacto à mulher, abalando sua autoestima. Algumas delas se entristecem e sofrem com vergonha e receio, depois da operação. Uma sensação de insegurança e instabilidade faz com que nem queiram olhar-se no espelho.

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social, e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos indicados associados à cirurgia. A situação da doença e da mastectomia afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo,

as alterações de ordem física, emocional e social, na vida da mulher se estendem aos familiares. A família é a primeira rede de apoio às mulheres submetidas à mastectomia.

Partindo deste princípio, percebe-se que desde o diagnóstico estas mulheres precisam ser tratadas de forma honesta e humanizada. Para isso é necessário que o gestor e a equipe de saúde prestem informações com linguagem acessível ao seu entendimento, clareza nas exposições, por meio de *feed-back*. Outro fator importante é a inserção da mulher no processo decisório que a envolve no tipo de procedimento que será adotado. Tal inclusão deve ser adotada pela equipe a fim de proporcionar excelência na assistência.

A mulher tem o direito de ser ouvida, opinar sobre suas convivências, dispor como proprietárias exclusivas de seu corpo, partes e funções, e de decidir sobre sua vida. Ressalta-se que no sistema atual de assistência à saúde, tornam-se evidentes as muitas práticas que desconsideram o paciente como sujeito e pessoa em seu tratamento. A questão da participação da mulher no seu processo de tratamento, inclusive nas modalidades a que serão submetidas, devem ser conduzidas dentro de uma proposta de um modelo assistencial traçado pela ética do cuidar de cidadãos, de forma a permitir que se torne sujeito de participação de sua própria assistência.

O Gestor dentre suas atribuições, possui papel fundamental para assim promover a aglutinação de pessoas sensíveis ao tema, capaz de atuar como facilitador da compreensão teórica e prática da humanização, e de transmitir e reconstruir conhecimentos na sua realidade local, provocando efeito multiplicador do saber e fazer “humanizado”.

No tocante à interatividade, é importante ressaltar que a organização de uma Rede Humaniza, requer ações conjuntas, profissionais e compromissadas. A partir destas, as ações do gestor no que concerne a assistência humanizada para mulheres mastectomizadas são de extrema importância tornar toda Rede apta para elaborar planos de trabalho articulados a uma política institucional, proporcionando integração e parceria entre os participantes pela ampla possibilidade de compartilhamento de experiências e vários outros recursos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A. Mastectomia: Aspectos Psicológicos e Adaptação Psicossocial. Disponível em: <<http://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/products/mastectomia%3A%20aspectos%20psicologicos%20e%20adapta%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial>>. 2010. Acesso em: 03 março. 2016.

BARRETO, R. A. S.; SUZUKI, K.; LIMA, M. A.; MOREIRA, A. A. **As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008.

BECK, C.L.C.; LISBÔA, R.L.; TAVARES, J.P.; SILVA, R.M.; PRESTES, F.C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2009 mar; 30(1):54-61.

BISPO, M. **Definição do papel e atribuições dos gestores do sus levando em consideração as três esferas de governo (sistema federativo) e a configuração e forma de atuação das instâncias coletivas de negociação sobre a política de saúde brasileira.** Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAe2wgAL/definicao-papel-atribuicoes-dos-gestores-sus-levando-consideracao-as-tres-esferas-governo>>. Acesso em 13 abril. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAB: pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) 2013.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)>. Acesso em: 13 abril. 2016.

BRASIL. Falando Sobre o Câncer. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). 2 ed., Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Corrêa R.S., Freitas-Júnior R., Peixoto J.E., Rodrigues D.C.N., Lemos M.E.F., Marins LAP, et al. **Estimativas da cobertura mamográfica no estado de Goiás, Brasil.** Cad Saude Publica. 2014;27(9):1757-67. DOI:10.1590/S0102-311X2011000900009

GODOY, A. B. M.; PEREIRA, C. S.; MOREIRA, I. S.; TAVARES, P.; MAZZAIA, M. C. Assistência do enfermeiro diante das dificuldades apresentadas por mulheres mastectomizadas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano VII, nº 20, abr/jun 2009.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

MARQUES, T. S; OKAZAKI, E.L.F.J.; **Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem.** Revista Enfermagem UNISA. 2012; 13(1): 53-8.

MENDES, A. B. P.; LINDOLPHO, M. C.; LEITE, A. P. A assistência de enfermagem na visão das mulheres mastectomizadas. Enfermagem e perspectiva de gênero. Revista Enfermagem Global. Rio de Janeiro, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CÂNCER DE MAMA: é preciso falar disso.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer\\_mama\\_preciso\\_falar\\_disso.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_mama_preciso_falar_disso.pdf)>. Acesso em 13 abril. 2016.

OLIVEIRA, M. S.; SANTOS, M. C. L.; ALMEIDA, P. C.; PANOBIANCO, M. S.; FERNANDES, A. F. C. Avaliação de manual educativo como estratégia de conhecimento para mulheres mastectomizadas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jul – ago. 2012.

PEREIRA, E.H.P; BARROS, R.D.B. **Humanização.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 13 abril. 2016.

SILVA, R. M.; SANCHES, M. B.; RIBEIRO, N. L. R; CUNHA, M. A. M.; RODRIGUES, M. S. P.  
Realização do Autoexame das Mamas por Profissionais de **Enfermagem**. Revista Esc. Enfermagem USP, 2009.

VIANA, R.V. **A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: CONSTRUINDO UMA NOVA CULTURA.**  
Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4852/722.pdf?sequence=2>>.  
Acesso em 13 abril, 2016.

## PREVALÊNCIA DE CITÓLISE EM PREPARADOS CERVICOVAGINAIS NO EXAME PAPANICOLAOU

*Data de aceite: 01/10/2020*

### **Edneia Peres Machado**

Universidade Estadual de Ponta Grossa.  
Professora Assistente. Departamento de  
Análises Clínicas e Toxicológicas

### **Juliane Jagas Neves**

Universidade Estadual de Ponta Grossa.  
Graduada em Farmácia

### **Andrea Timóteo dos Santos**

Universidade Estadual de Ponta Grossa.  
Professora Adjunta. Departamento de análises  
clínicas e Toxicológicas

### **Karin Mariane Bach dos Santos**

Universidade Estadual de Ponta Grossa.  
Graduada em Farmácia

### **Carmen Antônia Sanches Ito**

Universidade Estadual de Ponta Grossa.  
Professora Assistente. Departamento de  
análises clínicas e Toxicológicas

## INTRODUÇÃO

A citólise é um efeito que pode ou não ser considerado normal, dependendo se a quantidade encontrada é acentuada ou não. É observada em esfregaços cervicovaginais, quando da lise de células. O colo uterino é o segmento inferior do útero, a porção do fundo se chama porção vaginal e a porção acima, supra-vaginal. Ele apresenta dois tipos de

mucosas: uma chamada escamosa, que tem característica de ser espessa (por conter várias camadas de células) e menos avermelhada, e a outra situada na porção mais central, chamada de glandular, que é muito menos espessa e muito mais avermelhada. Na união entre essas duas mucosas encontra-se a Junção Escamo-Colunar (JEC), com ilhas que variam entre os dois tipos de células (ARAÚJO, 1999).

O exame de Papanicolaou pode indicar se as células estão apresentando citólise e é utilizado na triagem de câncer do colo uterino e de algumas infecções vaginais e uterinas. Para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espéculo na vagina onde é feita a seguir a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero. Em seguida é realizada uma pequena escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira (espátula de Ayre) e uma escovinha. As células colhidas são colocadas numa lâmina para análise em laboratório especializado em citopatologia (ARAÚJO, 1999).

O exame preventivo do câncer do colo uterino deve ser realizado em mulheres que tem ou já teve vida sexual. No Brasil, o Ministério da Saúde determina que o exame preventivo deve abranger mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, o qual deve ser realizado em dois anos consecutivos, e se o resultado for negativo para alterações neoplásicas, devem então serem

realizados a cada três anos (BRASIL, 2014).

## OBJETIVOS

Verificar a prevalência de citólise nos exames citológicos pelo método de Papanicolaou realizados pelo projeto de extensão “Prevenção e educação na atenção à saúde da mulher: coleta de exame Papanicolaou” no ano de 2015.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A população alvo desse trabalho são mulheres que realizaram consulta de enfermagem e exame citológico pelo método de Papanicolaou na prevenção do câncer do colo uterino através do projeto de extensão “Prevenção e educação na atenção à saúde da mulher: coleta de exame Papanicolaou. Foram selecionadas 281 mulheres no ano de 2015 para a avaliação da prevalência de citólise.

O meio cervicovaginal possui microbiota considerada normal, constituída por diversos microrganismos de natureza bacteriana (estafilococos, estreptococos, coliformes, bacteróides, etc.) e também *Lactobacillus* spp. ou Bacilos de Döderlein. Estes lactobacilos encontram-se em maior concentração no ambiente vaginal e são importantes para manter o equilíbrio do meio (ARAÚJO, 2010).

A presença de 5 bacilos para cada 10 células escamosas tem sido considerada como fator protetor contra candidíase, impedindo a aderência do fungo pela produção de substâncias antimicrobianas (peróxido de hidrogênio, bactericidas e biosurfactantes), compete por nutrientes (arginina deiminase) e receptores (adesão ao epitélio), por isso é considerada uma bactéria comensal. Existem cerca de 20 espécies diferentes de lactobacilos na vagina. Contudo, o aumento excessivo desses lactobacilos podem levar à lise de células epiteliais escamosas, processo nominado de vaginose citolítica (RICCI & CONTRERAS, 2010).

Os lactobacilos são grandes, coram-se positivamente pela coloração de Gram, podem apresentar vários comprimentos e espessuras conforme a espécie, não apresentam ramificações. Na coloração de Papanicolaou esses lactobacilos coram-se de azul escuro pela hematoxilina.

Tanto o epitélio escamoso vaginal quanto o glandular do canal endocervical respondem às alterações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual da mulher, seja induzido pelo estrogênio que provoca sua proliferação ou pela progesterona na fase secretora do ciclo. Essas variações hormonais também tem ligação com o processo de citólise. O estrogênio apresenta-se em elevada concentração na primeira fase do ciclo e propicia a divisão celular com a rápida diferenciação das células basais em intermediárias e depois em superficiais, promovendo a proliferação do epitélio escamoso com escassez

de lactobacilos. (ARAÚJO, 1999).

Após a ovulação, na segunda metade do ciclo menstrual a progesterona ascende, favorecendo a produção de vacúolos de glicogênio em células intermediárias do epitélio escamoso as quais predominam nessa fase do ciclo, assim como há um aumento considerável do número de lactobacilos, os quais lisam as células intermediárias nutrindo-se do glicogênio produzidos pelas mesmas, fenômeno denominado de citólise.

A citólise pode ser fisiológica ou patológica, como já visto anteriormente, dependendo da intensidade com a qual ocorre. Os lactobacilos ou bacilos de Döderlein metabolizam o glicogênio produzido pelas células intermediárias do epitélio vaginal, produzindo como catabólito o ácido láctico, responsável pela manutenção de uma faixa de pH vaginal entre 3,5 a 4,0, fisiologicamente adequada (ARAÚJO, 2010).

## RESULTADOS

Das 281 amostras avaliadas pela coloração de Papanicolaou, 64 (23%) apresentaram citólise. Sendo que o grau de lise das células escamosas observada variou entre escassa, moderada e acentuada resultando, respectivamente, em 31 (49%), 20 (31%) e 13 (20%) amostras (Tabela 1)

Quanto à presença de lactobacilos das 64 amostras que apresentaram citólise, verificou-se que de 31 amostras com escassa citólise, 5 (16%) apresentaram ausência de lactobacilos, 4 (13%) escassos lactobacilos, 11 (35,5%) moderados lactobacilos e 11 (35,5%) acentuados lactobacilos. Das 20 amostras com moderada citólise, 7 (35,5%) apresentarem presença moderada de lactobacilos e 11 (65%) acentuados lactobacilos. E finalmente das 13 amostras com acentuada citólise, 3 (23%) apresentaram presença moderada de lactobacilos e 10 (77%) acentuados lactobacilos (Tabela 2).

	Número Absoluto	Percentual
Escassa	31	49
Moderada	20	31
Acentuada	13	20
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Tabela 1 – Intensidade de citólise observada no exame de Papanicolaou em esfregaços cervicovaginais

Fonte: pesquisa de campo.

	Citólise Escassa		Citólise Moderada		Citólise Acentuada	
	Número Absoluto	Percentual	Número Absoluto	Percentual	Número Absoluto	Percentual
Ausência de Lactobacilos	5	16	0	0	0	0

Escassos Lactobacilos	4	13	7	35	0	0
Moderados Lactobacilos	11	35,5	13	65	3	23
Acentuados Lactobacilos	11	35,5	0	0	10	77
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Presença de lactobacilos nas amostras que apresentaram citólise no exame de Papanicolaou em esfregaços cervicovaginais

Fonte: pesquisa de campo.

Portanto, pode-se observar na tabela 2 que as amostras com escassa citólise resultaram em 71% de presença moderada a acentuada de lactobacilos enquanto que as amostras com moderada citólise em 100% de presença moderada e acentuada de lactobacilos e ainda, as amostras que apresentaram citólise acentuada em 100% de presença moderada e acentuada de lactobacilos, demonstrando uma forte correlação entre a presença de lactobacilos e a vaginose citolítica. Já para as amostras com escassa citólise, 16% apresentaram ausência de lactobacilos, o que demonstra outra causa da lise celular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância da presença de citólise em amostras cervicovaginais no exame Papanicolaou, remonta a maiores cuidados quando se trata de suspeita clínica, pois a vaginose citolítica pode ser confundida com vulvovaginites micóticas devido à similaridade dos sintomas.

Portanto, é recomendável a realização do exame bacterioscópico da secreção vaginal para concluir o diagnóstico, com o intuito de auxiliar o profissional médico na escolha do tratamento mais eficaz.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. R. **Citologia e Histopatologia Básicas do Colo Uterino para ginecologistas. “Uma seção de Slides”: A mente aprende melhor por imagens** :Curitiba :VP Editor, 1999.

ARAÚJO, S. R. **Citologia Cérvico-Vaginal Passo a Passo: Atlas fotográfico com mais de 690 imagens**. 1 ed. Curitiba :Associação Paranaense de Patologia APP, 2010.

BRASIL. INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Síntese de Resultados e Comentários**. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> Acesso em: 05 de junho de 2014.

RICCI, P.; CONTRERAS, L.L. Casos clínicos vaginose citolítica: um diagnóstico diferencial poco frecuente de vulvovaginites micótica a repetición. **Revista Chilena de Obstetricia Ginecologia**, v. 75, n. 3, p. 194-198, 2010



## QUALIDADE DE VIDA E DO SONO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA QUE PARTICIPAM DO PROJETO RITMO E SAÚDE DA AFASC

Data de aceite: 01/10/2020

**Luana Silva dos Santos**

Academica do curso de fisioterapia da Unesc

**Robson Pacheco**

Coordenador de Ensino e Pesquisa da FVA

**RESUMO:** A Incontinência Urinária (IU) consiste em qualquer queixa de perda involuntária de urina, cuja severidade pode acarretar problema social ou higiênico, interferindo na qualidade de vida (QV). Da mesma forma que a IU, o sono também interfere na QV, pois pode alterar o funcionamento cognitivo, físico e social. O objetivo desse estudo foi avaliar a QV e qualidade do sono de mulheres com e sem IU, participantes do projeto ritmo e saúde da Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma (AFASC). Foi aplicado o *King's Health Questionnaire (KHQ)* que avalia QV em mulheres com IU e o *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)*, que indica a qualidade do sono, em mulheres participantes da ginástica do projeto Ritmo e Saúde, com idade de 30 a 85 anos. A partir dos questionários foi realizada uma correlação dos dados coletados para obter conhecimentos sobre a relação da QV e qualidade do sono nestas mulheres por faixa etária e escolaridade. Das 97 mulheres avaliadas, 37 delas classificaram o sono ruim, e 18 tinham IU. No grupo de IU, prevaleceu quem tinha mais de 50 anos e que eram analfabetas ou ensino fundamental incompleto, tendo em vista a QV acometida e o sono delas classificado bom.

Já nas que tinham menos de 50 anos, o sono foi classificado ruim e tiveram menor frequência a ter IU.

**PALAVRAS - CHAVE:** Incontinência Urinária; Sono; Qualidade de vida; Mulheres.

**ABSTRACT:** Urinary Contingencie (UI) consists of any complaint of involuntary loss of urine, the severity of which can lead to a social or hygienic problem, interfering with quality of life (QOL). Like UI, sleep also interferes with QOL, as it can alter cognitive, physical and social functioning. The aim of this study was to evaluate the QOL and quality of sleep of women with and without UI, participating in the rhythm and health project of the Associação Brasileira de Assistência Social de Criciúma (AFASC). The King's Health Questionnaire (KHQ) was applied, which evaluates QoL in women with UI and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), which indicates sleep quality, in women participating in the Ritmo e Saúde project, aged 30 to 85 years. From the questionnaires, a correlation was made between the data collected to obtain knowledge about the relationship between QoL and sleep quality in these women by age group and education. Of the 97 women evaluated, 37 of them rated poor sleep, and 18 had UI. In the UI group, those who were over 50 years old and who were illiterate or incomplete elementary school prevailed, considering the affected QoL and their sleep classified as good. In those who were less than 50 years old, sleep was rated poor and had a lower frequency of having UI.

**KEYWORDS:** Urinary incontinence; Sleep; Quality of life; Women.

## INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela *International Continence Society* (ICS) como “qualquer queixa de perda de urina”, não levando em consideração o grau de incômodo e constrangimento social ou higiênico<sup>1</sup>. Cerca de 14% a 57% das mulheres com idade de 20 a 89 anos são acometidas<sup>2,3</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em média 200 milhões de indivíduos possuem IU, indiferente de idade e do sexo, porém a população mais afetada é do sexo feminino, onde as taxas de prevalência atingem até 69% . Sua prevalência aumenta com a idade, menopausa e número de partos, principalmente acima de 40 anos, estimando-se que mais de 50% dos paciente com IU não tem conhecimento do seu problema.

O diagnóstico de IU deve ser feito com exame ginecológico, avaliação funcional do assoalho pélvico, diário miccional, estudo urodinâmico, pad teste (absorvente), teste de Bonney e Cotonete e questionamentos em vários sentidos, abrangendo toda a rotina sobre ir ao banheiro, se há micção durante o sono, ao tossir, espirrar, levantar, caminhar, correr, relações sexuais, entre outras.

Existem diferentes tipos de IU, tais como: IU de esforço onde há aumento da pressão intra-abdominal; IU de urgência, mais comum em idosas, onde ocorre perda de urina acompanhada por urgência de ir ao banheiro; IU mista que apresenta sintomas de IU de esforço e IU de urgência, havendo sempre a prevalência de uma sobre a outra<sup>1</sup>.

Pelos inúmeros constrangimentos sociais, desconforto, sentimentos de medo, vergonha e humilhação e consequente alteração da rotina social e impactos físicos, emocionais e psicológicos, a IU podem interferir diretamente na qualidade de vida (QV) desses pacientes<sup>7,8</sup>. Segundo a OMS, QV é definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e conceitos”, é uma observação individual e subjetiva na qual o indivíduo observa e avalia a situação de sua própria saúde, analisando áreas como a prática física, o bem-estar psicológico e social, o sono e a dor (WHO/QOL, 1995).

Para avaliar a QV, existem questionários genéricos e questionários específicos para determinada patologia. Como exemplo de questionário específico há o *King's Health Questionnaire (KHQ)*, validado para a língua portuguesa em 2003, ele é pontuado de 0 a 100 por cada um de seus domínios, e quanto maior a pontuação pior a qualidade relacionada àquele domínio<sup>11</sup>. Por outro lado, a boa qualidade do sono é importante para manutenção de QV, garantindo desempenho psicomotor e cognitivo e diminuindo as chances de desenvolver problemas, como a depressão<sup>12</sup>.

É de grande importância levar em conta o sono, pois a má qualidade pode gerar déficit de atenção, redução de velocidade de resposta, prejuízos na memória, concentração e desempenho. Isso acaba interferindo nas atividades de vida diária que posteriormente interfere na QV<sup>16</sup>.

## MÉTODOS

O estudo foi aprovado sob o parecer n: 2.201.241 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma (SC) e respeitou os preceitos da Resolução 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização de triagem de mulheres com presença de IU, foi aplicado no primeiro momento um questionário criado pelo pesquisador, o qual, além de conter dados pessoais (faixa etária e escolaridade), abrangia esclarecimentos sobre IU, seguida de questionamento quanto ao participante identificar possuir ou não a mesma.

Em um segundo momento as mulheres que não relataram IU preencheram apenas o questionário de qualidade do sono (PSQI), e logo as mulheres com auto relato de IU, foram submetidas aos questionários que avaliam a QV (KHQ) e de qualidade do sono (PSQI).

A QV foi avaliada pelo KHQ validado para a língua portuguesa em 2003, que conta com 21 questões.

A qualidade do sono é avaliada pelo questionário: PSQI que avalia a qualidade subjetiva do sono e se há algum distúrbio ou transtorno do sono. O questionário conta com 10 questões.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de mediana e amplitude interquartil (com correção de Tukey) quando não apresentaram distribuição normal e por média e desvio padrão quando seguiram esse tipo de distribuição.

## RESULTADOS

Entre os 10 bairros que foram visitados para realização da pesquisa, foi obtido total de 106 mulheres que responderam os questionários, porém 9 mulheres erraram ao preencher o questionário, onde consecutivamente foram descartados. Totalizou 97 mulheres avaliadas que preencheram corretamente todos os documentos e questionários, 18,6% apresentaram IU, assinalando o item “sim” no questionário criado pelo pesquisador.

Variáveis	Média ± Desvio padrão ou n(%) n=97
Idade	50,06 ± 8,75
Escore de Pittsburgh	6,00 (3,50 - 9,00)
Boa	34 (35,1)
Ruim	49 (50,5)
Distúrbio do Sono	14 (14,4)
Incontinência Urinária	
Sim	18 (18,6)
Não	79 (81,4)
Escolaridade	
Analfabeto ou fundamental incompleto	20 (20,6)
Fundamental completo ou médio incompleto	24 (24,7)
Médio completo ou superior incompleto	37 (38,1)
Superior completo	16 (16,5)

Tabela 01. Características demográficas, qualidade do sono e incontinência urinária em mulheres participantes de projeto Ritmo e Saúde da AFASC. Criciúma, SC (2017).

\*PSQI: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh<sup>17</sup>.

Entre as 18 mulheres que tinham IU, 10 delas tinham mais de 50 anos de idade e 50,0% eram analfabetas ou tinham ensino fundamental incompleto, não havendo diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e escolaridade entre as faixas etárias consideradas (tabela2).

Variáveis	Idade		Valor – p
	≤ 50 anos	>50 anos	
	n=8	n=10	
KHQ			
Percepção geral da saúde	50,00 (25,00 – 50,00)	50,00 (43,75– 50,00)	0,423*
Impacto da Incontinência	50,00 (33,00 – 100,00)	67,00 (33,30 – 67,00)	0,890*
Limitações nas atividades diárias	33,00 (8,25 – 62,75)	17,00 ( 0,00 – 33,00)	0,135**
Limitações Físicas	41,50 (17,00 – 87,50)	33,00 (16,90 – 50,00)	0,356**
Limitações Sociais	22,00 (0,00 – 38,50)	5,50 ( 0,00 – 11, 10)	0,207*
Limitações Pessoais	0,00 (0,00 – 24,75)	0,00 (0,00 – 8,25)	0,706*
Emoções	16,50 (0,00 – 46,75)	0,00 (0,00 – 22,00)	0,272*
Sono e Disposição	25,00 (4,25 – 45,75)	17,00 (0,00 – 66,25)	0,786*
Medidas de Gravidade	41, 50 (33,00 – 62,75)	25,00 (14,83 – 41,70)	0,057**
Escolaridade			
Analfabeto ou fundamental incompleto	2 (25,0)	5 (50,0)	0,156***
Fundamental completo ou médio incompleto	2 (25,0)	4 (40,0)	
Ensino médio completo ou superior incompleto	4 (50,0)	1 (10,0)	

Tabela 02. Qualidade de vida e escolaridade das mulheres com incontinência urinária conforme a faixa etária.

\*Valor obtido por meio da aplicação do teste *U de Mann-Whitney*. \*\*Valor obtido por meio

da aplicação do teste *t de student*. \*\*\*Valor obtido por meio da aplicação do teste razão de verossimilhança KHQ: King's Health Questionnaire<sup>11</sup>.

Na análise de resíduo as mulheres com mais de 50 anos, analfabetas ou com ensino fundamental incompleto apresentaram maior frequência a terem IU.

Variáveis	Incontinência Urinária		Valor - p
	Sim n=18	Não n=79	
Idade	52,56 ± 7,71	49,49 ± 8,42	0,151**
≤ 50 anos	8 (44,4)	44 (55,7)	
> 50 anos	10 (55,6)	35 (44,3)	0,388****
Escore de Pittsburgh	8,22 ± 7,73	6,11 ± 3,92	0,021*
Boa	3 (16,7)	31 (39,2)	
Ruim	10 (55,6)	39 (49,4)	0,085***
Distúrbio do Sono	5 (27,8)	9 (11,4)	
Escolaridade			
Analfabeto ou fundamental incompleto	7 (38,9) <sup>f</sup>	13 (16,5)	
Fundamental completo ou médio incompleto	6 (33,3)	18 (22,8)	
Ensino médio completo ou superior incompleto	5 (27,8)	32 (40,5)	0,012***
Superior Completo	0 (0,0)	16 (20,3) <sup>f</sup>	

Tabela 03. Análise da Incontinência Urinária por faixa etária e escolaridade das mulheres:

\*\*Valor obtido por meio da aplicação do teste *t de student*. \*\*\*\*Valor obtido por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. \*Valor obtido por meio da aplicação do teste *U de Mann-Whitney*. \*\*\*Valor obtido por meio da aplicação do teste razão de verossimilhança.

Nas mulheres com IU observa-se que a maioria tinha entre 52 a 56 anos de idade, e que ou eram analfabetas ou tinham ensino fundamental incompleto. Em relação ao sono, a maior parte (10 delas) apresentaram o sono ruim.

Variáveis	Média ± DP ou n(%) n=18
Idade	52,56 ± 7,10
Escore de Pittsburgh	8,22 ± 3,73
Boa	3 ( 16,7)
Ruim	10 (55,6)
Distúrbio do Sono	5 (27,8)
Escolaridade	
Analfabeto ou fundamental incompleto	7 (38,9)
Fundamental completo ou médio incompleto	6 (33,3)
Ensino médio completo ou superior incompleto	5 (27,8)

King's Health Questionnaire	
Percepção geral da saúde	50,00 (25,00 – 50,00)
Impacto da Incontinência	67,00 (33,00 – 75,25)
Limitações nas atividades diárias	25,00 (0,00 – 37,25)
Limitações Físicas	33,00 (17,00 – 50,00)
Limitações Sociais	11,00 (0,00 – 22,00)
Limitações Pessoais	0,00 (0,00 – 8,25)
Emoções	5,50 (0,00 – 22,00)
Sono e Disposição	17,00 (0,00 – 54,00)
Medidas de Gravidade	33,00 (17,00 – 47,75)

Tabela 04. Informações referentes às mulheres com Incontinência Urinária, qualidade de vida e qualidade do sono por faixa etária e escolaridade.

O grupo avaliado, composto por 97 mulheres, foi classificado conforme idade e escolaridade. No primeiro caso, as mulheres foram divididas em maiores ou menores que 50 anos. Já no quesito escolaridade, o grupo foi estratificado em mulheres analfabetas até ensino superior completo.

Em um estudo realizado com 686 indivíduos idosos no norte de Minas Gerais, contando com homens e mulheres, foi concluído que as mulheres são mais acometidas (64,9%) com IU. E a idade entre a média das mulheres com IU predominou entre 60 a 69 anos, a escolaridade delas foi entre analfabeto e ensino fundamental incompleto. Referente a autopercepção geral da saúde elas relataram estar regular<sup>20</sup>. Já no presente estudo nas 18 mulheres com IU, encontrou-se maior suscetibilidade em quem tinha maior que 50 anos e que eram analfabetas ou não tinham ensino fundamental completo.

As mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto maiores que 50 anos tiveram frequência numericamente superior em ter IU do que as com ensino superior completo e menores que 50 anos, que quase não apresentam IU. Outro estudo diz que se tem mais prevalência de IU em mulheres idosas por ter diferença anatômica na uretra e assoalho pélvico, e por causa dos efeitos da gestação, parto e alterações hormonais. Além de elas considerarem a IU como um acontecimento natural do envelhecimento <sup>21,22</sup>.

Pode-se observar que 64,9% das mulheres entrevistadas apresentaram sono ruim. Especificamente no grupo das mulheres portadoras de IU, 83,3% mulheres apresentaram distúrbios ou sono de má qualidade. O sono pode ser alterado devido as condições causadas pela IU como a noctúria e enurese noturna. A falta de uma noite de sono pode causar cansaço durante o dia<sup>23</sup>.

Das mulheres com IU, maiores que 50 anos, analfabetas ou com ensino fundamental incompleto, foi possível ver que a 55.6% tem o sono ruim (avaliado pelo *PSQI*). Em um estudo transversal, cujo objetivo foi analisar a associação de distúrbios do sono e doenças crônicas não transmissíveis em pacientes com mais de 40 anos de idade, atendidos por Unidades Básicas de Saúde de Presidente Prudente, verificou-se que existe associação da má qualidade do sono com a hipertensão, tendo em vista a apnéia do sono, também considerou a obesidade como um fator e a falta de atividade física<sup>24</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo verificou que entre todas as mulheres avaliadas, a escolaridade ficou entre ensino médio completo ou superior incompleto. E que 49% apresentaram sono ruim e apenas 18,6% das mulheres tinham IU.

As mulheres com mais de 50 anos de idade e que eram analfabetas ou com ensino fundamental incompleto tiveram maior frequência de IU, já as mulheres com menos de 50 anos e que possuem ensino superior apresentaram menor frequência de IU.

No grupo de mulheres com IU, às que tinham menos de 50 anos demonstraram alteração na QV sob a percepção de saúde e impacto da incontinência, e classificaram o sono como ruim. Já as mulheres com mais de 50 anos tiveram a classificação do sono boa.

## REFERÊNCIAS

1. Nygaard I, Menefee SA, Wall L. Distúrbios do Trato Urinário Inferior, In Berek, J S, Novak ER. Tratado de Ginecologia. 14.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
2. Rincon AA. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Med Chile*. 2015;143(2):203-12.
3. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;7(2):63-70.
4. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;42(1):187-92.
5. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d’Orsi E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):595-606.
6. Palma PCR, Riccetto CLZ. Incontinência Urinária de Esforço na Mulher. In: Netto Nelson Rodrigues. Urologia Prática. 4ed São Paulo: Atheneu, 1999.
7. Grosse D, Sengler J. Reeducação Perineal. 1ed. São Paulo: Manole Ltda., 143p, 2002.
8. Van Der Vaart CH, Leeuw de JRJ, Roovers JPWR, Heintz PMA. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU International*. 2002; 90(4):544-549.
9. Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. 1ed. São Paulo: Manole Ltda., 187p, 2004.
10. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Shilitz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1265-73.

11. Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37(2):203-11.
12. Pereira ÉF, Barbosa DG, Andrade RD, Claumann GS, Pelegrini A, Louzada FM. Sono e adolescência: quantas horas os adolescentes precisam dormir? *J Bras Psiquiatr*. 2015;64:40-4.
13. Myrtveit SM, Sivertsen B, Skogen JC, Frostholt L, Stormark KM, Hysing M. Adolescent neck and shoulder pain-the association with depression, physical activity, screen-based activities, and use of health care services. *J Adolesc Health*. 2014;55:366-72.
14. Auvinen JP, Tammelin TH, Taimela SP, Zitting PJ, Järvelin MR, Taanila AM, et al. Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck, shoulder and low back pain? A longitudinal study among adolescents. *Eur Spine J*. 2010;19:641-9.
15. Lustberg L, Reynolds CF. Depression and insomnia: questions of cause and effect. *Sleep Med Rev*. 2000;4:253-62.
16. Araujo CLO, Ceolim, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(3).
17. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. 2008. 93p. Dissertação (mestrado em medicina) Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em medicina. Universidade Federal do Rio Grande.
18. Rett MT, Simões JÁ, Herrmann V, Gurgel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras de Ginecol e Obst*, 2007;29(3):134-140.
19. Quinhones MC, Gomes MM. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Rev Bras Neurol*. 2011.47(1):31-42.
20. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros AM, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro.2016;21(11).
21. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):595-606.
22. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1756-62.
23. Auge AP, Zucchi CM, Costa MP, Nunes K, Cunha LPM, Silva VF, Ramos TU. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2006;28(6): 352-357.



# CAPÍTULO 18

## TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ENDOMETRIOMA: UMA REVISÃO INTEGRADA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 30/06/2020

### **Matheus Mendes Barbosa:**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/8152054943301333>

### **Ana Luiza Nunes Martins:**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3690014428841068>

### **Ândrea Gomes Salles**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/4534444677164397>

### **Bruna Knanda Queiroz Macedo**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/8623430418076242>

### **Eduardo Frank Marsaro**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/0856739884276041>

### **Nathalia Cristina Pereira da Silva**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3903270612729852>

### **Rodrigo Zanoni Costa Porto**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3867919310588291>

### **Thaissa Rodolfo Almeida de Carvalho**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/1293093671756814>

### **Wildlainy Leite Lima**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/8116138619201344>

### **Katerine Bertoline Serafim de Carvalho**

Universidade Federal do Maranhão  
Imperatriz – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/7281852830329286>

**RESUMO: Introdução:** A endometriose é uma afecção primordial na investigação de dor pélvica, definida como implante extrauterino de tecido endometrial. Quando localizado nos ovários, chama-se endometrioma. O manejo cirúrgico é amplamente utilizado para resolução da doença. **Objetivo:** Identificar as indicações e particularidades do tratamento cirúrgico do endometrioma. **Materiais e métodos:** Realizou-se busca sistematizada de referências nas bases de dados BVS, SciELO, Pubmed e Lilacs, com os descritores: “endometrioma”, “endometriose” e “endometriosis”. Foram selecionados 11 artigos publicados entre os anos 2010 e 2018. **Revisão de literatura:** O procedimento cirúrgico nos endometriomas é indicado em cistos maiores que 3cm, no insucesso da terapia medicamentosa e para eliminação de sintomas. A laparoscopia, excisional ou ablativa, é associada a menores custos, período de internação, uso de analgésicos e incidência de aderências, quando

comparada à laparotomia. Ablação envolve a abertura do endometrioma e drenagem do cisto, seguida pela destruição de sua parede por laser ou técnica eletrocirúrgica, enquanto excisão envolve a abertura do endometrioma e retirada da parede do cisto, contornando o córtex ovariano. Outra técnica relatada combina a excisão e vaporização com laser de CO<sub>2</sub> dos 10 a 20% remanescentes da parede próxima ao hilo. Ademais, elenca-se a possibilidade de remoção não intencional de folículos do córtex ovariano, diminuindo a reserva folicular, em razão da ausência de distinção clara entre o cisto e o ovário normal. A ooforectomia deve ser escolhida em pacientes com dor recorrente e na perimenopausa, enquanto abordagens conservadoras, devem ser destinadas às mulheres jovens ou que desejam gestar. Dessa forma, preconiza-se a laparoscopia com exérese da cápsula do cisto endometriótico, pois a cirurgia excisional está associada a menores recorrência dos sintomas e necessidade de reintervenção. **Conclusão:** A conduta laparoscópica, considerando a clínica, é melhor aceita na atualidade para o manejo da doença, pelos benefícios comprovados.

**PALAVRAS - CHAVE:** Endometriose; Endometrioma; Laparoscopia.

## SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOMA: AN INTEGRATED REVIEW

**ABSTRACT: Introduction:** Endometriosis is a primary condition in the investigation of pelvic pain, defined as an extrauterine implant of endometrial tissue. When located in the ovaries, it is called an endometrioma. Surgical management is widely used to resolve the disease. **Objective:** To identify the indications and particularities of the surgical treatment of endometrioma. **Materials and methods:** A systematic search for references in the BVS, SciELO, Pubmed and Lilacs databases was carried out, with the descriptors: “endometrioma”, “endometriosis” and “endometriosis”. Eleven articles published between the years 2010 and 2018 were selected. **Literature review:** The surgical procedure in endometriomas is indicated in cysts larger than 3 cm, in case of unsuccessful drug therapy and to eliminate symptoms. Laparoscopy, excisional or ablative, is associated with lower costs, hospital stay, use of analgesics and incidence of adhesions, when compared to laparotomy. Ablation involves opening the endometrioma and draining the cyst, followed by destruction of its wall by laser or electrosurgical technique, while excision involves opening the endometrioma and removing the cyst wall, bypassing the ovarian cortex. Another reported technique combines the excision and vaporization with CO<sub>2</sub> laser of the remaining 10 to 20% of the wall near the hilum. Furthermore, the possibility of unintentional removal of follicles from the ovarian cortex is listed, decreasing the follicular reserve, due to the absence of a clear distinction between the cyst and the normal ovary. Oophorectomy should be chosen in patients with recurrent pain and in perimenopause, while conservative approaches, should be aimed at young women or those who wish to conceive. Thus, laparoscopy with excision of the capsule of the endometriotic cyst is recommended, as excisional surgery is associated with lesser recurrence of symptoms and the need for reintervention. **Conclusion:** The laparoscopic approach, considering the clinic, is currently better accepted for the management of the disease, due to its proven benefits.

**KEYWORDS:** Endometriosis; Endometrioma; Laparoscopy.

## 1 | INTRODUÇÃO

A endometriose é uma afecção crônica primordial na investigação dos quadros envolvendo dor pélvica e desconforto ginecológico em seu amplo sentido, sobretudo no período fértil. A doença pode ser definida como um implante ectópico (extrauterino) de tecido endometrial, particularmente o estroma e o epitélio glandular, o qual pode acometer diferentes regiões de acordo com seu alcance de propagação. Em ordem decrescente de implantação tem-se: ovários, ligamentos uterossacosos, fundo de saco posterior, folheto posterior do ligamento longo e fundo de saco anterior; porém tem capacidade de acometer locais mais distantes da origem, como o reto, íleo, apêndice, a bexiga e os ureteres (PODGAEC, 2014; BELLELIS, 2010).

Estudos apontam para uma prevalência de 5% a 15% nas mulheres em fase reprodutiva e pode acometer até 5% daquelas em menopausa (VIGANÒ et al, 2004). Tais dados variam de acordo com a região de estudo e com a data de diagnóstico, uma vez que a incidência torna-se passível de erros quando o endometrioma só é verdadeiramente apontado, segundo estudos europeus, após 7 a 10 anos, apesar de frequentemente ter início já na adolescência, tornando-se a causa mais comum de dismenorreia secundária nessa faixa etária (LEYLAND, 2010; DUNSELMAN, 2014).

Neste contexto, é evidente a necessidade de levantarmos a hipótese de endometriose a depender da queixa clínica. Dentre as manifestações, a de maior prevalência é a dor pélvica crônica de caráter não cíclico. Somado a ela, as queixas características envolvem dismenorreia (primária ou secundária), dispareunia, sintomas urinários ou intestinais durante o período menstrual e infertilidade (GREENE, 2016). Quando em conjunto, tais sinais são bastante sugestivos de endometriose, fato que ajuda na suspeição diagnóstica antes de intervenções futuras. Em estudo de coorte retrospectiva envolvendo 195 mulheres com endometriose, observou-se a queixa de dor acíclica, dispareunia e dismenorreia em 95,3% das pacientes (CARVALHO, 2015).

O diagnóstico definitivo de endometrioma só é possível a partir do estudo histopatológico por meio da videolaparoscopia. No entanto, após anamnese adequada e exame físico de qualidade, incluindo palpação pélvica e toques vaginal e retal, considera-se um arsenal de exames complementares disponíveis para uma maior abrangência investigatória, os quais se fazem parte: Ultrassonografia Transvaginal (USG TV), Ressonância Magnética (RM), Ecoendoscopia Retal e Urografia Excretora, os quais devem ser utilizados caso a caso (SANCHEZ, 2018).

Com isso, o exame inicial a ser solicitado é a USG TV com preparo intestinal, a qual apresenta sensibilidade de 94% e especificidade de 98% para os casos profundos e, quando conclusiva, não necessita de exames adicionais para início do tratamento. A RM e Ecoendoscopia retal podem ser solicitadas nos casos de hipótese diagnóstica duvidosa, além de serem úteis para confirmação, por exemplo, de afecção em septo retovaginal,

ligamentos uterossacos, retossigmóide e lesões profundas de trato intestinal (NÁCUL, 2010).

A abordagem do endometrioma nos dias atuais preza cada vez mais por uma tentativa conservadora, quando possível. A intervenção cirúrgica mais bem aceita na atualidade é a videolaparoscópica e entre os métodos mais empregados encontram-se a excisão (cistectomia) e a ablação. É controverso qual destes seria o mais adequado, pois inúmeros fatores, muitas vezes coexistentes em uma mesma paciente, podem influenciar na decisão. (SENGOKU, 2013).

Assim, a presente revisão tem o objetivo de identificar as indicações e particularidades do tratamento cirúrgico do endometrioma, incluindo o melhor balanço entre os métodos atuais empregados de acordo com as necessidades da paciente.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa realizada a partir da busca sistematizada de referências e estudos norteadores do objetivo principal da temática em questão.

Utilizou-se como plataformas científicas e de bases de dados o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, Pubmed e Lilacs. Os descritores demarcados foram: “endometrioma”, “endometriose” e “endometriosis”.

Para conceituação e construção de temática, aceitou-se a busca por fatores epidemiológicos, clínicos e diagnósticos do endometrioma.

Como critérios de inclusão aponta-se artigos produzidos nas línguas portuguesa e inglesa, os quais desenvolvem a abordagem terapêutica e cirúrgica do endometrioma e foram publicados entre os anos 2010 e 2018, totalizando 11 produções científicas.

## 3 | REVISÃO DE LITERATURA

A abordagem do endometrioma nos dias atuais preza cada vez mais por uma tentativa conservadora, quando possível. Para orientação na conduta adequada foi desenvolvido o *ECO SYSTEM*, um score que é formado por 3 tópicos principais: extensão da doença, manifestações clínicas e objetivos (levando em consideração o desejo de engravidar). Cada tópico principal é composto de 3 descrições com valores de 0, 1 e 2. Com a pontuação variando de 0 a 6, os casos com score até 3 permitem uma conduta conservadora (tratamento medicamentoso), enquanto aqueles enquadrados entre 5 e 6 a abordagem aconselhada é a cirúrgica (LASMAR, 2015).

É importante ressaltar que nenhum tratamento oferece cura completa da endometriose, sendo o objetivo principal: a redução da dor, o aumento da taxa de gravidez e lentificação da recorrência pelo período mais longo possível. O consenso geral nos endometriomas ovarianos é que a abordagem cirúrgica seja empregada em cistos

maiores que 3cm, no caso do insucesso da terapia medicamentosa (anti-inflamatórios não esteróides e anticoncepcionais orais) e nos casos sintomáticos para a eliminação de: dor pélvica crônica, dismenorreia e dispareunia. (KAPOSI et al, 2015; NÁCUL & SPITZER, 2010)

A literatura estabelece a abordagem laparoscópica como padrão ouro no tratamento dos endometriomas ovarianos. Tendo em vista que a laparoscopia é associada a menores custos, período de internação, uso de analgésicos e incidência de aderências, quando comparada com a laparotomia. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são: a ablativa e a excisional. A técnica de ablação envolve a abertura do endometrioma e drenagem do cisto, seguida pela destruição de sua parede por laser ou técnica eletrocirúrgica. Enquanto a excisional envolve a abertura do endometrioma e excisão da parede do cisto, contornando o córtex ovariano (KAPOSI et al, 2015).

Outra técnica relatada combina a excisão do endometrioma e vaporização com laser de CO<sub>2</sub> dos 10 a 20% remanescentes da parede próxima ao hilo. Estudos provaram que isso não é prejudicial, pois o volume do ovário ipsilateral à cirurgia após o procedimento era similar ao contralateral. São descritas também como técnicas alternativas a drenagem e coagulação seguida de excisão e vaporização da parede do cisto com laser (DONEY et al, 2010).

É descrito ainda que a exérese da cápsula mostra-se superior à drenagem isolada do cisto no que diz respeito à recidiva e melhor controle dos sintomas. Estima-se que a recorrência dos cistos possa estar relacionada a focos residuais no local previamente tratado ou à reimplantação e crescimento ectópico do endométrio. Obteve-se que fatores como a técnica cirúrgica empregada, diâmetro e a bilateralidade dos cistos não influenciaram nas taxas de recorrências (CARVALHO et al, 2015).

Enquanto o uso pós-cirúrgico contínuo de contraceptivo oral parece reduzir dramaticamente a taxa de recidiva de endometrioma ovariano. O emprego dessa conduta se justifica pelo efeito supressor hormonal que induz a apoptose, redução da proliferação endometrial e inibição da ovulação, o que resulta na diminuição da dor referidas pelas pacientes. O efeito oposto é observado nas pacientes que optam pela descontinuidade, no qual a chance é 23,7 vezes maior de recorrência, o que demonstra a necessidade de um seguimento pós cirurgia rigoso (CARVALHO et al, 2015).

Ademais, elenca-se a possibilidade de remoção não intencional de folículos do córtex ovariano, diminuindo a reserva folicular, em razão da ausência de distinção clara entre o cisto e o ovário normal. Entretanto, estudos mostraram que esse risco deletério guarda maior relação com as características do cisto do que especificamente pela modalidade cirúrgica utilizada (laparoscopia ou laparotomia). Dessa forma, há maior possibilidade dessa remoção não intencional na ressecção do endometrioma, quando comparado aos cistos não-endométricos, uma vez que o cisto endometriótico cria forte adesão ao parênquima ovariano (KAPOSI et al, 2015).

Estudos descrevem técnicas que visam minimizar a redução dessa reserva ovariana decorrente da excisão do endometrioma. Inicialmente, a paciente deve ser submetida à laparoscopia, na qual será drenado o conteúdo cístico. Posteriormente, o material deve passar por análise histológica ou intraoperatória para confirmação diagnóstica. Confirmada a patologia, a paciente deve ser submetida a ciclo de GnRH por três meses, visando a redução do cisto, da vascularização e da multiplicação celular. Após doze semanas, a paciente deverá ser submetida a uma segunda abordagem cirúrgica, usando a técnica de vaporização com laser de CO2 (KAPOSI et al, 2015).

Em relação ao endometrioma e reprodução, a redução das taxas de ovulação pós-cirurgia pode ser atribuída tanto à remoção não intencional de folículos primordiais quanto à coagulação e reação inflamatória local após manuseio cirúrgico. Quando comparadas as técnicas de laparoscopia, a excisão mostrou resultados superiores nas taxas de gestação em relação à drenagem e ablação, uma vez que estudos mostraram uma melhor resposta ovariana nas mulheres submetidas à cirurgia excisional, quando submetidas à estimulação com clomifeno e gonadotrofinas (KAPONIS et al, 2015; NÁCUL & SPITZER, 2010).

Quanto às indicações, a ooforectomia deve ser escolhida em pacientes com dor recorrente e na perimenopausa, enquanto abordagens conservadoras, como a exérese da pseudocápsula, drenagem e ablação do cisto ou punção e esvaziamento, devem ser destinadas às mulheres jovens ou que desejam gestar. Idealmente, o material deve ser submetido à análise histológica visando a confirmação diagnóstica e exclusão de malignidade (NÁCUL & SPITZER, 2010).

Dessa forma, preconiza-se a laparoscopia com exérese da cápsula do cisto endometriótico, visto que a cirurgia excisional está associada com menor recorrência dos sintomas e da necessidade de reintervenção, além de melhor resultado reprodutivo mediante estimulação ovariana (CARVALHO et al, 2015; NÁCUL & SPITZER, 2010).

## 4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a conduta laparoscópica é recomendada e mais bem aceita na atualidade para o manejo da doença, principalmente por conta dos menores custos, período de internação, uso de analgésicos e incidência de aderências. Entre os métodos mais empregados encontram-se a ablação e excisional. Além disso, tem sido demonstrado que a remoção do endometrioma via laparoscópica melhora a taxa de gravidez espontânea, bem como as taxas de fertilidade. A escolha da abordagem cirúrgica, entretanto, deve ser individualizada, e considerar a clínica do paciente. O propósito final da terapêutica é a melhora na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BELLELLIS, P. et al. **Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis: series of cases.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.

BROWN, J. et al. **Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis (Review)** SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. n. 1, 2017.

DE CARVALHO, M. D. S. R. et al. **Fatores preditores de recorrência do endometrioma ovariano após tratamento laparoscópico.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 37, n. 2, p. 77-81, 2015.

DONNEZ, J. et al. **Laparoscopic management of endometriomas using a combined technique of excisional (cystectomy) and ablative surgery.** Fertility and Sterility, v. 94, n. 1, p. 28-32, 2010.

DUNSELMAN, G. A. J. et al. **ESHRE guideline: management of women with endometriosis.** Human reproduction, v. 29, n. 3, p. 400-412, 2014.

GREENE, A. D. et al. **Endometriosis: where are we and where are we going?.** Reproduction (Cambridge, England), v. 152, n. 3, p. R63, 2016.

HAN, K. et al. **Catheter-directed sclerotherapy for ovarian endometrioma: Short-term outcomes.** Radiology, v. 289, n. 3, p. 854-859, 2018.

KAPONIS, A. et al. Current treatment of endometrioma. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 70, n. 3, p. 183-195, 2015.

KASAPOGLU, I. et al. **Endometrioma-related reduction in ovarian reserve: a prospective longitudinal study.** Fertility and Sterility, v. 110, n. 1, p. 122-127, 2018.

LASMAR, R. B.; LASMAR, B. P. **Endometriose: o que nos leva a suspeitar da doença e quando indicar cirurgia para a paciente com endometriose.** Rev Femina, v. 43, n. 3, p. 93-95, 2015.

LEYLAND, N., CASPER, R., LABERGE, P., et al. **Endometriosis: Diagnosis and Management.** Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. V.32, n.7, p.6-8, 2010.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. **Aspectos Atuais Do Diagnóstico E Tratamento Da Endometriose.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 6, p. 298-307, 2010.

PODGAEC, S. **Manual de Endometriose: 2014/2015.** São Paulo, SP: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014.

SANCHEZ, F. F. S. **Tratamentos atuais das lesões endometrióticas: revisão integrativa.** CuidArte, Enferm, p. 106-111, 2018.

SENGOKU, K. et al. **Clinicopathologic risk factors for recurrence of ovarian endometrioma following laparoscopic cystectomy.** Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, v. 92, n. 3, p. 278-284, 2013.

VIGANÒ, P. et al. **Endometriosis: epidemiology and aetiological factors.** Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, v. 18, n. 2, p. 177-200, 2004.

# CAPÍTULO 19

## USO INDISCRIMINADO DE SUBSTÂNCIAS PARA EMAGRECER E SEU IMPACTO NA SAÚDE DA MULHER

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 08/07/2020*

### **Camila Fortes Castelo Branco Magalhães**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7321938475875207>

### **Camila de Jesús Pires**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5395331209468835>

### **José Gabriel Fontenele Gomes**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5776640100088204>

### **Yasmin Gomes do Nascimento**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri - Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7648976387408827>

### **Aurélio Silva Gonçalves**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri - Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6214804971725091>

### **Myrela Raissa Avelino De Souza**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri - Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1481503741110406>

### **Antonia Aline Rocha de Sousa**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3956925011572654>

### **Luanna Macedo da Costa Lima**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3517826746401682>

### **Kelson Adriano da Costa Oliveira**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9601486122972955>

### **Joyce Maria Machado dos Santos**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5141777800752804>

### **Sara de Melo Ibiapina Neres**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Cidade – Estado  
<http://lattes.cnpq.br/1160343580966914>

### **Wesley Tiago Bitencourt de Andrade**

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI  
Piripiri - Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6797777204315407>

**RESUMO:** Desde a antiguidade a beleza sempre é um fator muito determinante, seja voltado às questões evolutivas, seja para ser mais bem aceito em meio a sociedade. Dessa forma, padrões estéticos foram estabelecidos no decorrer de toda a história da humanidade e sofrendo muitas mudanças com o passar do tempo. Neste sentido, podemos destacar a mulher como a mais atingida em meio a esses estereótipos, tendo que se enquadrar a todos esses padrões para poder ser bem vista. Contudo, a busca das mulheres em atingir esses modelos se tornou muito extremista,



onde a mesma acaba arriscando sua vida fazendo uso de procedimentos perigosos para poder atingir seus objetivos. Portanto, o presente artigo tem como finalidade ressaltar os riscos à saúde que o público feminino corre ao utilizar substâncias para emagrecer de forma indiscriminada. Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca do tema 'emagrecimento e uso indiscriminado de substâncias para perda de peso', as pesquisas foram realizadas nas bases de dados *Scielo*, *Google Acadêmico*, *Pubmed* e *Science Direct-Elsevier*. Pode-se perceber que diversos são os fatores que levam as mulheres a buscarem por esses métodos radicais, a pressão da mídia e da sociedade, bem como problemas com autoestima destacam-se como os principais catalizadores. De forma conclusiva, podemos afirmar que o aumento dos casos de obesidade e excesso de peso no mundo e a massificação da mídia ditando regras de aparência impossíveis de serem alcançadas, são os responsáveis pelo aumento da busca pelo corpo perfeito.

**PALAVRAS - CHAVE:** Beleza. Emagrecer. Substâncias. Mulheres.

## INDISCRIMINATED USE OF SUBSTANCES TO WEATHER AND ITS IMPACT ON WOMEN'S HEALTH

**ABSTRACT:** The beauty has always been a determinant factor since antiquity, both in evolutionary issues or to be better accepted in society. Thus, aesthetic standards were established throughout human history and have undergone several changes over time. In this sense, we can highlight the woman as the most hit among these stereotypes, she has to fit all these standards to be well regarded. However, the search of the women to achieve these models has become very extremist, where they end up risking their own life by the use of dangerous procedures to reach their goals. Therefore, this paper aims to emphasize the health risks that female public takes when using substances to lose weight indiscriminately. This is a literature review about the subject 'weight loss and indiscriminate use of substances for weight reduction'. The searches were carried out in the *Scielo*, *Google Scholar*, *Pubmed* and *Science Direct-Elsevier* databases. There are several factors that lead women to seek for these radical methods, for example, the pressure from the media and society, as well as self-esteem problems stand out as the main catalysts. In conclusion, we can affirm that increase in obesity and overweight on the people around the world, in addition to the mass media dictating impossible appearances to achieve, are the responsible for the increase in the search for the perfect body.

**KEYWORDS:** Beauty. Weight loss. Substances. Women.

## 1 | INTRODUÇÃO

É notório que até a própria natureza faz uso de algo que seja mais exuberante e chamativo para poder se desenvolver e evoluir. Desde árvores que possuem flores de cores vibrantes para chamar atenção de agentes polinizadores, como abelhas e pássaros, e assim conseguir disseminar seus genes para permitir a perpetuação de sua espécie (INGOLD, 2019).

No reino animal, onde machos disputam, fazendo uso da força ou da própria estética, para conquistar uma fêmea e assim poderem se reproduzir. Até em casos mais comuns,

principalmente na espécie humana, onde a fêmea necessita fazer uso de artifícios, muitas vezes estéticos, para poder atrair o indivíduo de sexo oposto. Não é mentira dizer que o fator 'beleza' foi e ainda é muito importante no que diz respeito à evolução de diversos seres vivos e de muitas espécies (INGOLD, 2019).

Dentro do contexto histórico, é possível perceber que os padrões de beleza sempre existiram, e que os mesmos sofreram várias alterações desde a pré-história. É importante ressaltar que não existe um modelo universal de beleza, pois o mesmo sofre influências culturais, sociais, biológicas e até mesmo religiosas, e por isso está em constante alteração (SANT'ANNA, 2014).

Durante a pré-história, a obesidade era o padrão de beleza feminino, isso pelo fato de que naquela época as mulheres com maior peso representavam fertilidade. Já na Idade Média, houve uma interferência religiosa, onde a ideia de beleza foi deixada de lado já que, para as leis divinas, cuidar do corpo e da estética era considerado algo impuro. Somente no período Renascentista voltou à adoração aos padrões de beleza (CASSIMIRO; GALDINO, 2012).

A partir do século XV, encontra-se uma alternância entre padrões com mulheres mais avantajadas e mulheres mais esbeltas. Neste século, as mulheres mais magras eram consideradas despidas de beleza, pois aparentavam pessoas sem saúde. Já nos séculos XVI e XVIII, o corpo magro ganhou maior preferência, fazendo com que as mulheres usassem espartilhos e corpetes para ajustar a cintura, deixando uma silhueta mais exuberante (SANT'ANNA, 2014).

Considera-se esta época o início da 'corrida' frenética em busca de ser, cada vez mais, bem aceito pela sociedade, valendo fazer uso de qualquer artifício para manter uma boa estética. Com o uso destes acessórios, muitas mulheres sofreram com desmaios frequentes e fraturas nas costelas, o que comprometeu a saúde e o bem-estar (CASSIMIRO; GALDINO, 2012).

Com o passar do tempo, aconteceram diversas alterações no que se diz ser 'ideal'; padrões que haviam 'caído de moda' voltaram à tona; novos movimentos foram surgindo, principalmente com a chegada da emancipação feminina. Com isso, foi dado lugar para diversos novos modelos de beleza. Mas, desde o século XX, encontramos um padrão típico que se mantém até hoje: mulheres magras, com pele bronzeada, cabelos lisos, corpo bem definido, seios fartos e bumbum empinado (PALMER, 2013).

Pelo fato deste modelo, desde então, ser tido sempre como o mais bonito, tornou-se complicada a vida de muitas mulheres que sofrem para chegarem próximo da 'perfeição', já que este padrão é retratado como tal. Submeter-se ao bisturi, fazer uso de substâncias milagrosas, passar horas na academia, gastar milhares em dinheiro se tornou uma brincadeira para quem quer, a todo custo, chegar ao objetivo de ter o corpo dos sonhos (NOBRE et al., 2016).

E, olhando para o lado das mulheres que não possuem estas opções devido ao

alto investimento, há o abalo de sua saúde mental e física. Muitas se tornam deprimidas e frustradas por não se enquadrarem a este mesmo padrão, o que as levam a tomarem atitudes que atentam contra suas vidas e, muitas vezes, acabam em tragédias. Dessa forma, levando em consideração todos os fatos aqui mencionados, o presente artigo tem como objetivo, além de ressaltar os motivos que levam as mulheres a buscarem de toda forma o corpo tão almejado, alertar também sobre os riscos da prática de se utilizar medicamentos para finalidades estéticas. Pois, sabe-se que, para chegar a estes objetivos, se faz uso de compostos farmacológicos, muitas vezes em associações, para ter o efeito estético ‘milagroso’.

## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica a cerca do tema ‘emagrecimento e uso indiscriminado de substâncias para perda de peso’. A partir disto foi realizado pesquisas nas bases de dados *Scielo*, *Google Acadêmico*, *Pubmed* e *Science Direct-Elsevier* a fim de encontrar artigos científicos relacionados a essa temática. Além disso, buscou-se informações em sites de notícias para averiguar dados estatísticos sobre o aumento uso de medicamentos com finalidades estéticas nos últimos anos.

As pesquisas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2019 e março de 2020, optando-se por artigos redigidos na língua inglesa e portuguesa e publicados entre os anos de 2011 a 2019. Para a localização fez-se uso dos seguintes descritores “*weight loss medications*”, “*indiscriminate use of weight loss medications*” e “*herbal medicines and weight loss*”, e seus congêneres em português ‘medicamentos para perda de peso’, ‘uso indiscriminado de medicamentos para perda de peso’ e ‘fitoterápicos e perda de peso’.

## 3 | REFERENCIAL TEÓRICO

### Mídia e sociedade. Vilões?

Atualmente, devido à mídia e a própria sociedade serem capazes de influenciar muitas pessoas, essa nova realidade possui cada vez mais adeptos, e poucos se preocupam se isso pode se tornar uma consequência maior no futuro. O que se busca é saciar todos esses desejos e quanto antes, da forma mais rápida e fácil possível. “Dietas malucas”, cirurgias plásticas, procedimentos estéticos invasivos e não invasivos, “fórmulas mágicas”, se tornaram o menu perfeito para os famintos por um corpo sem defeitos (CAMPOS; CECÍLIO; PENAFORTE, 2016).

Estamos na era dos influenciadores digitais, que, hoje, substituem toda uma equipe multiprofissional em saúde. A dica e a opinião valem mais que a de um médico cirurgião; as receitas e as dietas malucas são mais corretas e eficientes que a de um nutricionista; sabem mais de medicamentos e cosméticos que um farmacêutico e os treinos para aumentar

glúteos são melhores que de um educador físico. Deixaram-se, de fato, ser influenciados por esses falsos profissionais, já que eles apresentam o que a maioria quer: um milagre (FLOR, 2009).

Além disso, deve-se citar ainda os verdadeiros profissionais, que infelizmente se deixam levar pela ganância, esquecendo o fator saúde para agradar o que o cliente/paciente quer ouvir ou fazer. Para tornar os resultados mais imediatos possíveis, não levam em conta as particularidades de seus pacientes, colocando-os em risco ao serem submetidos a algum procedimento perigoso, que se tornam muitas vezes irreversíveis, deixando sequelas. No fim, a preferência por estes tipos de profissionais é cada vez maior por eles proporcionarem mais resultados em um menor tempo. E, nesse caso, ser imprudente não é mais considerado um critério de exclusão, mas sim de inclusão na hora da escolha do profissional (FLOR, 2009).

Na atualidade, há uma crescente preocupação em chegar ao corpo dos sonhos, esse processo, claro, impulsionado pela massificação da mídia. O surgimento de revistas que repassam ‘dicas’ de como chegar linda no verão, receitas para acabar com a celulite, exercícios para serem feitos em casa. O cinema ditando as regras de aparência e beleza, tornando-se uma verdadeira fábrica de imagens. Tudo isso, juntamente com a pressão social, que impõe ideias marcadas por uma cultura ultrapassada de que a mulher deve ser ‘apresentável’, deve se vestir bem, se cuidar sempre e não relaxar, pois, caso contrário, ela nunca irá se casar ou será deixada pelo marido pela falta desses cuidados (CASSIMIRO; GALDINO, 2012).

O crescimento das redes sociais, um universo paralelo, onde a vida de todos é perfeita, não existe problemas, e, mais uma vez, volta à tona o culto ao corpo perfeito. Uso de programas para edição de fotos, uma verdadeira varinha de condão para quem não quer ter defeito algum. E onde, mais uma vez, a autoestima de quem está do outro lado da tela é dilacerada (SILVA; PRAZERES; OLIVEIRA, 2016).

## **O aumento do consumo de medicamentos para finalidades estéticas**

Determinadas a alcançar seus objetivos, de tudo vale experimentar, testar e até mesmo desaprovar, e já em seguida pesquisar pelo próximo “método milagroso” que garante resultados em poucos dias e com toda expectativa de que tudo irá funcionar. E é com essa obsessão do público feminino que a indústria de cosméticos e alguns profissionais fazem uso disso para disseminar seus discursos, prometendo maravilhas absurdas. Mostram que nada é impossível se usar uma determinada fórmula que estão vendendo ou, se fizer aquele procedimento que, de acordo com eles, são seguros e eficazes (MELO, OLIVEIRA, 2009, p. 2524).

Estudos mostram que grande parte das pessoas que frequentam clínicas de emagrecimento não podem ser consideradas obesas ou até mesmo acima do peso, isso considerando o Índice de Massa Corporal (IMC) desses pacientes. Além disso, os indivíduos

que faziam uso de algum medicamento para emagrecer não possuíam conhecimento sobre a medicação (A BRAY et al., 2016).

Esses fatos alertam um grande risco: de que é muito comum o uso de substâncias emagrecedoras por pessoas que não possuem essa necessidade, podendo causar algum problema ao tomar essas substâncias nas quais nem conhecem ou ao menos sabem de suas contraindicações, já que é sabido que todo medicamento possui alguma restrição de uso. Tomando como exemplo o uso de anorexígenos, um estudo realizado em Belo Horizonte no ano de 2004 observou que a predominância de consumo desses medicamentos se dá principalmente por mulheres (MELO, OLIVEIRA, 2009).

É comum ouvir que o número de compras e vendas de medicamentos, independentemente de seu uso, aumentou bastante. Somente no Brasil, entre os anos de 2012 e 2016, houve um aumento de 42% nas suas vendas em farmácias. A sociedade torna-se cada vez mais dependente da utilização desses medicamentos, seja para a cura de alguma doença ou sintoma ou para alcançar algum objetivo estético (MAGALHÃES et al., 2016).

A indústria farmacêutica afirma que a principal razão do aumento do consumo dessas substâncias ocorre porque a população está crescendo e envelhecendo. Além disso, as pessoas estão mais preocupadas com sua saúde, o que as levam a buscarem alternativas terapêuticas para manter sua integridade. Outro ponto que deve ser ressaltado é que, concomitante a isso, depois da entrada dos genéricos no mercado, o acesso aos medicamentos se tornou mais fácil (MAGALHÃES et al., 2016).

A proposta de alívio ou efeito imediato é tentadora; porém, exige um custo muito alto e, infelizmente, esse preço não engloba apenas o capital investido, mas também descontado na própria saúde, podendo não ser recuperado. O que tenta se educar, hoje, em campanhas de saúde é que se deve evitar ao máximo as intervenções farmacológicas, deixando-as apenas em casos que não existem mais outras alternativas.

## **A prática da automedicação**

Não é dos dias atuais que a prática da automedicação é considerada um problema e um risco para a população, ainda mais para aqueles que não possuem acesso às informações corretas e necessárias para a utilização de medicamentos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como automedicação o uso de substâncias farmacológicas que possuem finalidade terapêutica, curativa, paliativa ou para diagnóstico sem a devida orientação e indicação por um profissional de saúde habilitado (NASCIMENTO et al., 2017).

Constituem as variadas maneiras que levam as pessoas a decidirem qual medicamento irão utilizar para alcançar sua cura ou aliviar seus sintomas, sem a princípio consultar um especialista. Deixando esta última etapa apenas quando já existem os danos causados pelo hábito de se automedicar. A prática da automedicação engloba a partilha de drogas utilizadas por outras pessoas, pela sobra de medicamentos, utilização

por aconselhamento de indivíduos não habilitados, uso de fitoterápicos e outros MIPs (Medicamentos Isentos de Prescrição) que possuem livre acesso e não necessitam de prescrição médica, uso de plantas medicinais através da medicina popular, dentre outros (SILVA et al., 2018a).

Diante do livre acesso a esses compostos, que constituem inúmeras possibilidades para alcançar objetivos meramente estéticos, em especial às mulheres, usam e abusam da automedicação, não levando em conta seus riscos. Vale ressaltar que, esta prática não se restringe apenas a medicamentos alopáticos, mas também ao uso de fitoterápicos, plantas medicinais (chás, extratos, medicamentos não registrados e aprovados pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e cosmecêuticos (PAINTER et al., 2017).

Sabe-se que, estética não engloba somente o emagrecimento e curvas bonitas, como também uma pele jovem, sem acne e produção de sebo, com viço e elasticidade, bem hidratada e nutrida. Estas são características na qual a mídia faz uso para promover seus produtos de beleza, que prometem desde uma aparência botina até a eterna juventude (CAMPOS; CECÍLIO; PENAFORTE, 2016).

Estes fatos acarretam em um crescente problema, pois, por mais que sejam produtos de livre acesso, é importante que haja instrução de um especialista, já que cada paciente possui sua particularidade e, atualmente, há um crescente aumento de reações alérgica, muitas vezes, desencadeadas pela utilização errônea destes produtos, até então dito como inofensivos. (ARRUDA; MELO, 2015).

### **Uso de plantas medicinais e Fitoterápicos na estética**

Há, atualmente, um conceito muito utilizado: curar-se através do natural, isto carregado de noções equivocadas de que a utilização de produtos vegetais constitui uma fonte de tratamento segura, que por não ser obtida através de um laboratório, não apresenta riscos e que seu uso é isento de efeitos adversos. Sendo essas informações disseminadas através dos meios de comunicação, que propagam a ideia de que por ser da natureza significa ser seguro (COELHO; LOPES JUNIOR, 2015).

A prática da Fitoterapia e uso de plantas medicinais vêm desde a Antiguidade. Para se obter efeitos farmacológicos, faz-se uso de alguma parte da planta medicinal para se extrair o princípio ativo. Com isso, são feitos extratos ou de alguma outra forma esse princípio ativo é isolado. Esses procedimentos quase sempre realizados sem nenhuma orientação profissional, seguindo apenas o conhecimento empírico que foi repassado em cada geração (ZAMBON et al., 2018).

Estima-se que 80% da população mundial faz uso de práticas tradicionais, sendo que 85% destas utilizando plantas medicinais. Especificamente no Brasil, mais de 90% da população já fez uso de alguma terapia alternativa utilizando plantas (ZAMBON et al., 2018). É fato que apesar destas informações, a OMS já reconhece a prática da Fitoterapia, sendo considerada uma alternativa viável a Alopacia, por ser eficaz, econômica e amplamente

difundida pelo mundo (COELHO; LOPES JUNIOR, 2015).

Devido à obesidade ter se tornado um problema de saúde pública com o passar dos anos, estando relacionado com a maioria das causas de morte no mundo e sendo considerada como uma epidemia. É necessário está sempre em busca de novas alternativas mais viáveis e eficazes para o tratamento do excesso de peso, visto que é uma batalha árdua para se conseguir resultados satisfatórios (A BRAY et al., 2016).

Aliado a este problema, que já é realidade de muitos, entra-se no vasto universo da Fitoterapia, contribuindo para a perda de peso com os seus mais diversos mecanismos de ação que podem agir desde uma rápida perda de gordura, acelerando o metabolismo e até mesmo inibindo o apetite. Neste contexto, podemos citar, por exemplo, o chá verde, pois com o aumento do número de obesos, diversas pesquisas ganharam enfoque. E o chá verde, por possuir ação antioxidante e anticancerígena, tem se destacado no meio científico (SANTANA et al., 2015).

A OMS reconheceu oficialmente no ano de 1978 o uso de fitoterápicos para o tratamento da obesidade, tida então como uma terapia que possui poucos efeitos adversos, além de baixo custo. O uso destes medicamentos, principalmente para emagrecer, torna-se cada vez mais disseminado, podendo agir de várias formas no organismo como, por exemplo, acelerando o metabolismo, inibindo/moderando o apetite, diminuindo o colesterol LDL (Lipoproteínas de baixa densidade) e aumentando o HDL (Lipoproteínas de alta densidade), apresentando ação diurética, termogênica, antioxidante, lipolítica, dentre outras (LUCAS et al., 2016, p. 476).

Dentre os compostos naturais mais utilizados para o emagrecimento podemos citar: *Citrus aurantium*, *Carthamus tinctorius* L., *Citrus aurantifolia*, *Hoodia gordonii*, *Ilex paraguariensis*, *Morus alba* L. e *Panax ginseng*. Todos estes, dotados de diversidade química o que lhes atribui seus efeitos benéficos e maléficos e daí advém seus riscos para a saúde (RIBEIRO et al., 2015).

A *Citrus aurantium*, utilizada como suplemento alimentar e com aplicações na medicina tradicional chinesa, apresenta atividade sedativa e supressora de apetite, promove o aumento da termogênese e lipólise, melhorando o controle alimentar. A *Hoodia gordonii* também é usada para supressão da fome. A *Ilex paraguariensis*, popularmente conhecida como erva mate, possui ação antioxidante e é também utilizada para perda de peso devido à ação que estimula a digestão e suprime o apetite. Além disso, relaciona-se com a adipogênese, regulando a expressão de genes dos fatores de transcrição desse processo (FERNANDES, 2017)

O *Carthamus tinctorius* L., conhecido como cártamo e bastante utilizado na culinária, está sendo muito empregado para benefícios da saúde. Seu óleo vegetal é rico em ácido linoleico (ômega 6) e ácido oleico (ômega 9) que reduzem a gordura corporal por inibir a enzima lipase lipoproteica (LUCAS et al., 2016).

O uso de fitoterápicos envolve quase sempre a automedicação, como já foi debatido.

Há uma crença que eles não possuem efeitos indesejados e nem fazem mal a saúde; porém, diversos estudos já comprovaram que, assim como os demais medicamentos sintéticos e semissintéticos, em determinados casos geram efeitos colaterais, podendo prejudicar o organismo. Por conta disso, seu uso deve ser criterioso e com cautela, devendo ser analisada sua composição, tempo de uso, dose diária recomendada, instruções técnicas, assim como é realizado com os demais medicamentos (RIBEIRO et al., 2015).

É importante ressaltar que, esses compostos orgânicos podem interagir com diversos outros compostos químicos. Portanto, fazer uso destes medicamentos associado a outros ou até mesmo a uma simples dieta não exclui a possibilidade de existir uma interação medicamentosa, ou seja, ao fazer uso de quaisquer fitoterápicos ou plantas medicinais, o indivíduo está sujeito a desenvolver Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), além de estar sujeito a reações alérgicas já que é intrínseco do sistema imunológico, sendo totalmente imprevisível sua ocorrência, podendo haver também intoxicação se não for avaliada sua dose ou se for usado de forma indiscriminada (SCHMIDT; RAPADO, 2018).

### **As fórmulas mágicas: uso indiscriminado de substâncias medicamentosas no emagrecimento**

Atualmente é comum se deparar com prescrições médicas com associação de mais de cinco tipos de medicamentos aviadas por farmácias de manipulação e dispensadas em drogarias. Sendo que as boas práticas em saúde recomendam total cautela e atenção ao associar dois fármacos. As fórmulas para emagrecer constituem o maior exemplo atual de pacientes de polifarmácia, que possui um conceito desagradável do ponto de vista da maioria dos especialistas e profissionais de saúde (PAINTER et al., 2017).

A polifarmácia está relacionado ao uso inapropriado e exagerado de medicamentos, onde os tratamentos não são baseados em evidências ou que se buscam resultados a partir de um efeito secundário do fármaco, causando efeitos colaterais. As associações medicamentosas tornaram-se um grave problema para a saúde pública no mundo inteiro, pois induzem agravos de saúde e aumento de gastos (NASCIMENTO et al., 2017).

É bastante comum entre os pacientes acima de 65 anos e que possuem doenças crônicas. Contudo, hoje é praticado por jovens que, muitas vezes, não buscam por alcançar objetivos terapêuticos, mas sim estéticos. O uso de mais de um medicamento ocorre por motivos de potencialização do efeito terapêutico; em outros casos, quando o paciente tem mais de um tipo de doença crônica, faz-se necessário o uso de duas ou mais substâncias, pois se trata de agravos com origens fisiopatológicas distintas, necessitando de terapias diferentes (NASCIMENTO et al., 2017).

A busca por medicamentos para perda de gordura, principalmente aqueles produzidos nas farmácias magistrais, têm aumentado consideravelmente. Essas fórmulas são vantajosas tanto para o financeiro como na personalização do fármaco para finalidades específicas; no caso, para diminuição do peso corporal, com dosagens e associações



individualizadas. O mais preocupante e fatídico nestas imprudentes práticas, é que este comércio faz uso de nomes para encantar e atrair o comprador que, por sua vez, não possuem conhecimentos sobre os componentes ali contidos, já que a maioria destes produtos não possuem bula (STANFORD et al., 2019).

Em outras situações, os medicamentos que são prescritos por profissionais de saúde, não são alertados aos pacientes sobre a existência de seus efeitos colaterais, além de não ser advertido sobre a superdosagem ou o uso durante a gravidez. Por esse motivo, diversos medicamentos utilizados para emagrecer foram proibidos de serem prescritos para formulações magistrais, dentre eles podemos citar os anorexígenos. Alguns outros medicamentos como femproporex, mazindol e anfepramona, foram vedados o uso pela ANVISA (VARELLA, 2015).

Devido à preocupação pela boa forma e aos índices de obesidade, há o consequente aumento do consumo de medicamentos a fim de reverter esse quadro. Diante disso, houve também uma crescente procura por consultórios clínicos em buscas de soluções imediatas. É evidente que, para a saúde mundial, o número de pessoas acima do peso ou com obesidade deve ser diminuído com a intenção de evitar o aumento da mortalidade. Porém, o que se enfatiza tanto para profissionais quanto para os pacientes, é que não se deve buscar por soluções instantâneas, caso contrário apenas será substituído um agravo pelo outro (STANFORD et al., 2019).

Portanto, deve-se impor a ideia de dietas e estilos de vida mais saudáveis, redução do sedentarismo com as práticas de atividades físicas, uso de terapias alternativas já reconhecidas, instruídas por um profissional habilitado e competente, além de restringir o acesso a medicamentos e regulamentar de forma mais exigente o uso de alternativas radicais (SANTOS; BELO, 2019).

Dando enfoque aos medicamentos emagrecedores, podem-se citar as principais classes utilizadas de forma indiscriminada: anfetaminas, benzodiazepínicos, agentes tireoidianos, diuréticos, agentes gastrointestinais, anorexígenos, antidepressivos, beta bloqueadores, vitaminas, além de fitoterápicos anteriormente mencionados. De forma geral, a partir das pesquisas bibliográficas realizadas, é possível citar os medicamentos mais prescritos para a perda de peso, bem como as consequências ocasionadas pelo seu uso. Consequências estas derivadas do uso indiscriminado, *off label*, desses medicamentos, ocasionado, muitas vezes, pelo aumento de doses por conta própria (KHERA et al., 2018).

O aumento da dosagem é levado por conta da dependência química gerada por muitos dos fármacos utilizados. Anfetaminas e benzodiazepínicos, por exemplo, causam dependência devido ao mecanismo de tolerância o que leva o paciente a aumentar o número de cápsulas ingeridas diariamente, e dependendo da associação presente nelas, não irá dobrar apenas a doses do fármaco que está causando dependência, mas sim de todos os que estão contidos nestas formulações farmacêuticas (VARELLA, 2015).

Dentre os tratamentos farmacológicos mais utilizados para perda de peso pode-

se exemplificar: femproporex, anfepramona, manzidol, sibutramina, orlistate, diazepam, tetraiodotironina, furosemida, cimetidina, fluoxetina, propranolol, dentre outros. Sendo os cinco primeiros listados os mais prescritos, e os demais comumente utilizados em associação. Femproporex, anfepramona e manzidol, são drogas do tipo anfetaminas, estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) que inibem o apetite por atuarem no centro da saciedade, possuindo vários efeitos colaterais como: ansiedade, nervosismo, insônia, náuseas, dentre outros diversos efeitos indesejáveis e que podem chegar a interferir negativamente na vida do paciente (HEMO et al., 2011).

A sibutramina, um antidepressivo inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina, tem como ação específica o emagrecimento, além do aumento da saciedade por reduzir a absorção calórica, não controlando o apetite, mas promovendo a saciedade mais rapidamente. Seus efeitos colaterais mais comuns são: boca seca, constipação, taquicardia, aumento da pressão, cefaleia, insônia, dentre outros. O orlistate, um inibidor da lipase pancreática - enzima responsável pela quebra de triglicerídeos -, inibe a absorção de gordura pelo organismo, sendo apenas excretadas, mas não absorvida pelo organismo. Porém, possui efeitos colaterais como: constipação, aumento de gordura nas fezes, diminuição na absorção de vitaminas lipossolúveis (GOLAN, 2014)

Outros fármacos, utilizados tanto isolados como em associação, são os diuréticos de alça e os tiazídicos, como furosemida e hidroclorotiazida, respectivamente. Os primeiros agem no ramo ascendente da alça de Henle, excretando sódio e, conseqüentemente, água. Já os tiazídicos agem de forma semelhante, mas são menos potentes que os de alça, por agirem no Túbulo Contorcido Distal (TCD), onde há menor excreção de sódio. É importante destacar, que diferentemente do que se pensa, não há perda de gordura quando se faz uso de um diurético, mas sim de água e por isso há a perda de peso (SILVA et al., 2018b).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que se foi debatido, pôde-se observar que a busca pelo corpo perfeito é resultado de inúmeros fatores, como o aumento dos casos de obesidade e excesso de peso no mundo e a massificação da mídia ditando regras de aparência impossíveis de serem alcançadas, que se encontram cada vez mais presentes na vida das pessoas. Além disso, não são apenas os indivíduos acima do peso que buscam pelo padrão ideal, mas também aqueles que se encontram até mesmo no seu peso adequado.

Tudo isso motivado por indústrias de imagens como as redes sociais, as revistas e o cinema. Dentro deste contexto, se encontra a mulher, muitas vezes obcecada por atingir aquele objetivo de ter uma aparência invejável e a mesma não mede esforços para alcançá-los, podendo colocar sua saúde em risco. O sexo feminino se deixa levar por falsas obrigações estabelecidas pela sociedade. Estas, por sua vez, para agradar os demais, mas nunca a si mesma. O autocuidado é muito importante para manter a integridade da saúde e

o bem-estar físico e mental; porém, deixa de ser um cuidado quando se faz uso de artifícios que têm um alto efeito rebote, que, no fim, trazem mais problemas do que soluções.

Conclui-se que, a cada ano há o aumento do número de pessoas acima do peso em todo o mundo, acarretado por hábitos de vida nenhum pouco saudáveis. Concomitante a isso, há uma crescente procura por profissionais em busca de um ‘milagre’, submetendo-se a diversos procedimentos que apresentam um alto risco, desde o uso indiscriminado de medicamentos até cirurgias para correção de defeitos que abalam a autoestima. Sabe-se que todos esses fatores podem desenvolver novas doenças e problemas de saúde pública e devem ser remediados o quanto antes a fim de evitar o aumento da mortalidade causada pela busca de algo inalcançável.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA LK; MELO JML. A epidemia de alergia: por que as alergias estão aumentando no Brasil e no mundo? **ASBAI**, São Paulo. V. 3, n.1, p. 1-6, fev. 2015. Disponível em: [http://aaai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=714](http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=714). Acesso em 14 jan. 2020.

A BRAY, George et al. Management of obesity. **Lancet**, London, v. 387, n. 10031, p. 1947-1956, fev. 2016. doi:10.1016/S0140-6736(16)00271-3 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26868660/>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CAMPOS, Maria Teresa de Assis; CECÍLIO, Mariana Silva; PENAFORTE, Fernanda Rodrigues de Oliveira. **Corpo-vitrine, ser mulher e saúde: produção de sentidos nas capas da Revista Boa Forma**. 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/22394>. Acesso em: 08 out. 2019.

CASSIMIRO, Érica Silva; GALDINO, Francisco Flávio Sales. **As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: Da Grécia antiga à contemporaneidade**. 2012. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/revistalable>. Acesso em: 08 out. 2019.

COELHO, Ketellen Mayara; LOPES JUNIOR, Hilton. Fitoterapia Racional: Riscos da Automedicação e Terapia Alternativa. **Revista Saberes**, Rolim de Moura, v. 3, n. , p.35-44, dez. 2015. Disponível em: <https://facsapaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed3especial/4.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

FERNANDES, João José Carreto Moreira. **Plantas usadas no emagrecimento**. 2017. 55 f. Monografia (Especialização) - Curso de Farmácia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36041/1/MICF\\_Joao\\_Fernandes.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36041/1/MICF_Joao_Fernandes.pdf). Acesso em: 12 out. 2019.

FLOR, Gisele. CORPO, MÍDIA E STATUS SOCIAL: reflexões sobre os padrões de beleza. **Revista de Estudos da Comunicação**, [s.l.], v. 10, n. 23, p.267-274, 13 nov. 2009. Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR. <http://dx.doi.org/10.7213/rec.v10i23.22317>. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/estudosdecomunicacao/article/view/2231>. Acesso em: 08 out. 2019.

GOLAN, D. E., Tashjian Junior, A. H., Armstrong, E. J., & Armstrong, A. W. (2014). **Princípios de Farmacologia: A Base Fisiopatológica da Farmacologia** (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

HEMO, Beatriz et al. Adherence to weight loss medications; post-marketing study from HMO pharmacy data of one million individuals. **Diabetes Research And Clinical Practice**, [s.l.], v. 94, n. 2, p. 269-275, nov. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.021>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21907442/>. Acesso em: 14 jan. 2020.

INGOLD, Tim. (2019). **Evolução e Vida Social**. (1ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

KHERA, Rohan et al. Effects of Weight-Loss Medications on Cardiometabolic Risk Profiles: a systematic review and network meta-analysis. **Gastroenterology**, [s.l.], v. 154, n. 5, p. 1309-1319.7, abr. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2017.12.024>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29305933/>Acesso em: 14 jan. 2020.

LUCAS, Ricardo Rodrigues et al. FITOTERÁPICOS APLICADOS A OBESIDADE. **Demetra**: Alimentação, Nutrição & Saúde, [s.l.], v. 11, n. 2, p.473-492, 9 jul. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2016.19154>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/19154>. Acesso em: 12 out. 2019.

MAGALHÃES, Aline et al. **Nas farmácias, venda de remédio subiu 42% em cinco anos**. 2016. Disponível em: <https://infograficos.estadao.com.br/focas/tanto-remedio-para-que/checkup-1.php>. Acesso em: 11 out. 2019.

MELO, Cristiane Magalhães de; OLIVEIRA, Djenane Ramalho de. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 5, p.2523-2532, maio 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000500022>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500022). Acesso em: 10 out. 2019.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p.1-12, 22 set. 2017. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139761>. Acesso em: 13 out. 2019.

NOBRE, Julio Cesar de Almeida et al. Corpo e saúde: uma controvertida produção coletiva. **Cadernos Unifoa**, Volta Redonda, v. 31, n. 5, p.59-73, 10 ago. 2016. Disponível em: [www.unifoa.edu.br/cadernos/ojs](http://www.unifoa.edu.br/cadernos/ojs). Acesso em: 08 out. 2019.

PALMER, S. (2013). **21st Century Girls: How female minds develop, how to raise bright, balanced girls and why today's world needs them more than ever**. (1ª ed.). United Kingdom: Orion.

PAINTER, Stefanie Lynn et al. What Matters in Weight Loss? An In-Depth Analysis of Self-Monitoring. **Journal Of Medical Internet Research**, [s.l.], v. 19, n. 5, p. 1-14, 12 maio 2017. JMIR Publications Inc.. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.7457>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28500022>. Acesso em: 14 jan. 2020.

RIBEIRO, Ja et al. Trypsin inhibitor from tamarindus indica L. seeds reduces weight gain and food consumption and increases plasmatc cholecystokinin levels. **Clinics**, [s.l.], v. 70, n. 2, p. 136-143, 28 fev. 2015. Fundacao Faculdade de Medicina. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2015\(02\)11](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2015(02)11). Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1807-59322015000200136&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-59322015000200136&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 14 jan. 2020.

SANTANA, Livia Silva et al. Efeitos da suplementação de chá verde sobre a perda de peso. **Revista Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 2, n. 3, p.39-54, mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/2001>. Acesso em: 12 out. 2019.

SANT'ANNA, D. B. (2014). **História da Beleza no Brasil**. São Paulo: Contexto.

SANTOS, Carolina de Souza Costa; BELO, Renata França Cassimiro. **Prevalência do uso de fármacos para o emagrecimento em universitárias de Sete Lagoas- MG**. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdauida.com.br/index.php/RBCV/article/view/523/185>. Acesso em: 13 out. 2019.

SCHMIDT, Márcia Cordeiro de Oliveira; RAPADO, Ludmila Nakamura. Fitoterápicos e o emagrecimento: uma relação benéfica? **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, Carapicuíba, v. 1, n. 10, p.1-1, dez. 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329969343\\_Fitoterapicos\\_e\\_o\\_emagrecimento\\_uma\\_relacao\\_benefica](https://www.researchgate.net/publication/329969343_Fitoterapicos_e_o_emagrecimento_uma_relacao_benefica). Acesso em: 14 out. 2019.

SILVA, Leonardo de Souza et al. **Automedicação com Finalidade Estética**: um estudo de prevalência entre estudantes universitários. 2018a. Disponível em: <http://ojs.cambury.edu.br/index.php/revmultidisciplinar/article/view/16>. Acesso em: 11 out. 2019.

SILVA, Natália Cristina Sousa et al. **Análise da utilização de medicamentos emagrecedores dispensados em farmácias de manipulação de Ipatinga-MG**. *Única Cadernos Acadêmicos*, Ipatinga, v. 3, n. , p.1-8, maio 2018b. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/55>. Acesso em: 14 out. 2019.

STANFORD, Fatima Cody et al. Controversial issues: a practical guide to the use of weight loss medications after bariatric surgery for weight regain or inadequate weight loss. **Surgery For Obesity And Related Diseases**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 128-132, jan. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2018.10.020>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30527889>. Acesso em: 14 jan. 2020.

VARELLA, Drauzio. **Fórmulas milagrosas**. 2015. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/formulas-milagrosas-artigo/>. Acesso em: 11 out. 2019.

ZAMBON, Camila Pereira et al. O uso de medicamentos fitoterápicos no processo de emagrecimento em acadêmicos do curso de farmácia da faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 9, n. , p.500-506, jun. 2018. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/621>. Acesso em: 12 out. 2019.

## SOBRE OS ORGANIZADORES

**LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO** - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

**FERNANDA VIANA DE CARVALHO MORETO** - Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário da Grande Dourados (2008), pós-graduação em Terapia Nutricional, Nutrição Clínica e Fitoterapia pela Faculdade Ingá – Maringá (2012). Especialização em Nutrição Esportiva pela Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguaçu – FAESI (2015). Nutricionista Clínica e Esportista, com mais de 10 anos de experiência em consultório nutricional, com foco no atendimento personalizado em crianças, adultos, gestantes, idosos, praticantes de atividades físicas e atletas, visando o cuidado, a saúde e o bem-estar. Com o perfil clínico em legitimar a Nutrição Baseada em Evidência em ser acessível para todos, sempre utilizou do que existe de maior evidência em nutrição para prevenir e tratar doenças. Na sua trajetória profissional, foi nutricionista do Programa Mesa Brasil SESC (2010-2016), responsável por ministrar Oficinas Culinárias de Aproveitamento Integral dos Alimentos e Cursos de Higiene e Manipulação dos Alimentos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária. Atuou como docente, cargo professora substituta, na Universidade Federal da

Grande Dourados (UFGD) em diversas disciplinas, como Nutrição e Esportes, Higiene e Controle de Qualidade de Alimentos, Composição de Alimentos, Técnica Dietética e Ética Profissional e Bioética (2017 – 2019). Atualmente é acadêmica bolsista da CAPES no curso de Mestrado do Programa de Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (2019). Membro do Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde. Pesquisadora, atuante em ensaios pré-clínicos visando avaliar a ação farmacológica de compostos ativos naturais sobre os sistemas orgânicos (toxicidade e genotoxicidade) e fatores de risco associados à saúde. Atua principalmente nos seguintes temas: fitoterapia, nutrição clínica e esportiva.

**THIAGO TEIXEIRA PEREIRA** - Possui graduação em Educação Física Licenciatura e Bacharelado pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (2018). Concluiu especialização em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco em 2019. Ingressou na pós-graduação (*Stricto Sensu*) a nível de mestrado em 2019 pela Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, área de concentração em Farmacologia, no qual realiza experimentos em animais na área de toxicologia e endocrinologia, associando intervenção com extratos de plantas e/ou ervas naturais e exercício físico. É membro do Grupo de Pesquisa de Biologia Aplicada à Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Profª. Dra. Sílvia Aparecida Oesterreich. Em 2019, foi professor tutor do curso de Graduação Bacharel em Educação Física, modalidade Educação à Distância, pela Universidade Norte do Paraná polo de Campo Grande-MS (UNOPAR/CG). Foi revisor dos periódicos *Lecturas: Educación Física y Deportes* e *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. Possui experiência profissional em treinamento funcional e musculação, avaliação antropométrica, testes de aptidão física e cardiovasculares, montagem de rotinas de treinamento, orientação postural e execução de exercícios, periodização do treinamento e treinamento resistido com enfoque em hipertrofia máxima e promoção da saúde. Atualmente está desenvolvendo estudos de metanálise com o fruto *Punica granatum* L., bem como a ação de seus extratos em animais da linhagem Wistar, associado ao exercício físico de força. Recentemente, participou como coautor de um estudo de metanálise inédita intitulada: *Comparative Meta-Analysis of the Effect of Concentrated, Hydrolyzed, and Isolated Whey Protein Supplementation on Body Composition of Physical Activity Practitioners*, que buscou verificar a eficiência de *whey protein* dos tipos concentrado, isolado e hidrolisado comparado a placebos isocalóricos sobre os desfechos de composição corporal em adultos saudáveis praticantes de atividade física.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aborto 2, 3, 4, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 76, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 96, 98, 99, 102, 127

Aborto por Razões Médicas 86, 89

Abuso de Álcool 9, 12, 13

Alcoolismo 10, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Aleitamento Materno 10, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31

Anomalias Cromossômicas 3

### B

Bebidas Alcoólicas 8, 9, 12, 13, 14, 15

### C

Câncer de Mama 11, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139

Complicações da Gravidez 85, 86, 87, 88, 89, 90

Complicações Obstétricas 3, 91, 102, 108, 113, 120, 121, 125

Cuidado Integral 31, 84

### D

Dependência 8, 9, 10, 14, 16, 27, 110, 169

Descolamento de Placenta 102

Desmame Precoce 18, 19, 22

### E

Estresse 13, 14, 106

Exames de Imagem 3, 47, 97, 99

### F

Fator Genético 13

### H

Hipertensão na Gravidez 103

Histeroscopia 2, 4, 5, 6, 7

### I

Infecções Puerperais 84

Internações Hospitalares 55, 56, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91



Intervenção Cirúrgica 47, 156

## **M**

Mamografia 46, 47, 48, 51

Mastectomia 47, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139

Mioma 1, 2, 3, 4, 5, 6, 96

Miomectomia Uterina 2

Mortalidade por Câncer de Mama 47, 53

Mutação 3

## **N**

Nascimento 12, 14, 10, 12, 16, 19, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 47, 53, 54, 63, 71, 73, 74, 79, 88, 91, 105, 107, 108, 113, 116, 131, 160, 165, 168, 172

Neoplasias da Mama 46

Nódulos 5, 47

## **P**

Parto 10, 12, 3, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 64, 65, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 102, 105, 107, 108, 109, 113, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 129, 149

Parto Único Espontâneo 83, 85, 86, 87, 88

População Feminina 13, 47, 49, 52, 74, 133

Pré-eclâmpsia 89, 91, 103, 105, 106, 111, 112, 120, 121, 122, 127

Pré-natal 13, 17, 19, 20, 26, 32, 37, 41, 42, 43, 61, 64, 66, 67, 69, 71, 78, 80, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 126, 127, 128, 129

Problemas Psiquiátricos 13

Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno 19

Puerpério 12, 64, 69, 70, 79, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 120, 121, 123, 127

## **Q**

Quimioterapia 47, 100

## **S**




Saúde 2, 9, 10, 13, 14, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 156, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

## T

Traumas Mamílares 18

# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 3

---

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 3

---

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)