

Helisamara Mota Guedes | Isabela Guedes Paiva
Organizadoras

Saúde da mulher e família

experiências exitosas



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária responsável: Aline Grazielle Benitez CRB-1/3129

S273 Saúde da mulher e família: experiências exitosas [recurso
1.ed. eletrônico] / organização Helisamara Mota Guedes,
Isabela Guedes Paiva. – 1.ed. – Curitiba, PR: Bagai, 2020.
PDF.

Bibliografia.

ISBN: 978-65-89499-03-9

1. Atendimento à saúde da mulher. 2. Família. 3. Mulheres.
4. Saúde da mulher. 5. Serviços de saúde da mulher.
I. Guedes, Helisamara. II. Paiva, Isabela Guedes.

12-2020/03

CDD 613.04244

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde da mulher: Promoção: Ciências médicas

613.04244

<https://doi.org/10.37008/978-65-89499-03-9.22.12.20>

Helisamara Mota Guedes
Isabela Guedes Paiva
Organizadoras

SAÚDE DA MULHER E FAMÍLIA
experiências exitosas



O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Diagramação</i>	Giuliano Ferraz
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Ademir A Pinhelli Mendes – UNINTER Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOCHAPECÓ Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado - FMP Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Cledione Jacinto de Freitas - UFMS Dra. Daniela Mendes V da Silva – FEUC/UCB/SEEDUCRJ Dra. Denise Rocha – UFC Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dr. Everaldo dos Santos Mendes - PUC-Rio – ISTEIN - PUC Minas Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. María Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dr. Porfirio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Eurico de Lacerda – UTFPR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO - MOÇAMBIQUE Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....7

Helisamara Mota Guedes | Isabela Guedes Paiva

OUVIR PARA CUIDAR: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA MULHER GESTANTE UTILIZANDO A ESTRATÉGIA DO GRUPO DE GESTANTES DURANTE PRÉ NATAL11

Débora Fernanda Haberland | Janete Pereira Lima

O QUE HÁ POR TRÁS DA PINTURA: (RES) SIGNIFICANDO O CUIDADO A GESTANTE FRENTE O IMPACTO DO COVID-19 ...25

Clara de Cássia Versiani | Verônica Izabel Veloso Fonseca Antunes |

Cristina Andrade Sampaio

A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS COMO CAUSA DE INFERTILIDADE E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....35

Beatriz Joia Tabai | Beatriz Magalhães Moreira | Helbio de Oliveira Miranda

AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E A SAÚDE DAS MULHERES.....46

Natália Cristina Silva | Gabriela de Cássia Ribeiro | George Sobrinho Silva

ATENDIMENTO CLÍNICO À MULHER NO CONTEXTO DAS DIVERSIDADES SEXUAIS (LÉSBICAS E BISSEXUAIS)58

Jenniffer Kellen Pimenta Sena Souza | Caroline Reis Gonçalves | Isabela Guedes Paiva | Helisamara Mota Guedes

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES: AÇÃO DE EXTENSÃO SOB A PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO DOMICILIAR..... 71

Ana Cecília Lima Godin Silva | Heloisa Helena Barroso | Cíntia Maria Rodrigues | Maristela Oliveira Lara

LAQUEADURA TUBÁRIA COMO MÉTODO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA REVISÃO.....85

Thaís Aparecida Alves Sanguinete | Lucilene Soares Miranda | Helisamara Mota Guedes

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: USO DE
TECNOLOGIAS SOCIAIS PARA O EMPODERAMENTO.....98**

Sandra Aiache Menta | Milena Menezes Amorim

**O TRABALHO DA DOULA EM UMA MATERNIDADE DO
VALE DO JEQUITINHONHA – MG: COMPREENSÃO SOB
DIFERENTES PONTOS DE VISTA112**

Patrícia de Oliveira Lima | Roberto Allan Ribeiro Silva | João Luiz de Miranda

**A SAÚDE DA MULHER: TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E
AS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS124**

Maria Carolina Santos | Roberto Allan Ribeiro Silva | George Sobrinho Silva

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA
CARDIOVASCULAR EM ESCOLARES DE UMA CIDADE DO
VALE DO JEQUITINHONHA 135**

Marcela Danielle Pimenta de Barros | Roberto Allan Ribeiro Silva | João Luiz de Miranda

**ENCONTROS MULTIDISCIPLINARES COM AS GESTANTES
E SEUS FAMILIARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA147**

Patrícia de Oliveira Lima | Sirleide Corrêa Rangel | Geisa Sereno Velloso da Silva

ABORDAGEM DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL ...157

Lucas Fahel Vaz | Alexandre César Della Garza Ronzani

**RECREAÇÃO: FERRAMENTA EDUCATIVA COMO
MEDIÇÃO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO170**

Tarcila Ataí de Sousa | Sabrina da Luz Rocha Gomes | Maria da Penha Rodrigues Firmes

**RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE O RASTREIO DA ACUIDADE
VISUAL COM O AUXÍLIO DA ESCALA DE SNELLEN EM UMA
ESCOLA MUNICIPAL DE DIAMANTINA-MG.....183**

Daniele Maria Santos | Felipe Davila Cardoso | Maria da Penha Rodrigues Firmes |
Mirtes Ribeiro

**ENTREVISTA INDIVIDUAL E OFICINA TERAPÊUTICA COMO
INSTRUMENTOS DE SOCIALIZAÇÃO E CONHECIMENTO
DOS ADOLESCENTES E ADULTOS NO CAPS AD EM UM
MUNICÍPIO DO VALE DO JEQUITINHONHA 196**

Tarcila Ataí de Sousa | Maria da Penha Rodrigues Firmes | Sabrina da Luz Rocha Gomes

SOBRE AS ORGANIZADORAS 207

ÍNDICE REMISSIVO 208

APRESENTAÇÃO

Prezados leitores,

Sentimos uma alegria imensa em organizar este livro e ler cada capítulo selecionado para a publicação.

O livro *Saúde da Mulher e família: experiências exitosas* traz vivências de diferentes profissionais de vários pontos do país sobre a abordagem a mulher.

A coletânea de capítulos do livro possui uma visão ampliada sobre a saúde da mulher, tirando o enfoque unicamente do ciclo reprodutivo (gestação e parto) e enfatizando uma visão holística que considera a mulher em todos os ciclos de sua vida e também dentro de um contexto familiar e social. O livro aborda experiências humanizadas, conflitos de gênero, violência doméstica, doenças negligenciadas, diversidades sexuais, planejamento reprodutivo, políticas públicas, dentre outros temas.

É consenso que vivemos em um país que possui desigualdade de gênero histórica e cultural em que mulheres e crianças são sabidamente um grupo mais vulnerável e bastante acometido por condições que afetam a saúde. Reconhecemos os avanços vivenciados no Brasil ao longo dos anos, principalmente na abrangência das políticas públicas e na melhoria dos indicadores de saúde, mas ainda há um longo e árduo caminho a percorrer.

O primeiro capítulo, “Ouvir para cuidar: a atuação do enfermeiro no cuidado da mulher gestante utilizando a estratégia do grupo de gestantes durante pré-natal” remete a opinião das gestantes sobre a condução das atividades do grupo, de modo a repensar e aprimorar a qualidade da assistência durante o pré-natal.

Posteriormente, o artigo “O que há por trás da pintura: (res) significando o cuidado a gestante frente o impacto do covid-19” apresenta o uso da arte como um componente importante da saúde integral, uma vez que ela serve aos usuários dos serviços e aos cuidadores um

apoio poderoso em tempos de vulnerabilidade emocional e trazem beleza ao mundo dos cuidados em saúde, permeado por estresse, além de ser alento às gestantes e profissionais de saúde em tempos de pandemia de COVID-19.

“A síndrome dos ovários policísticos como causa de infertilidade e suas possíveis intervenções terapêuticas” procura compreender como a SOP afeta a fertilidade feminina e quais as possíveis terapêuticas para essas mulheres.

Em sequência, o artigo “As doenças tropicais negligenciadas e a saúde das mulheres” argumenta como as doenças tropicais negligenciadas podem impactar a saúde das mulheres em diversos âmbitos, além do biológico, uma vez que essas patologias podem causar impacto na estrutura familiar, nas relações sociais e de trabalho. Não é incomum o divórcio, abandono, a exclusão social e a perda de renda. Além disso, essas mulheres precisam conviver com as outras doenças crônicas que requerem acompanhamento pelo serviço de saúde.

A leitura “Atendimento clínico à mulher no contexto das diversidades sexuais (lésbicas e bissexuais)” surgiu da dificuldade que os profissionais de saúde têm em realizar uma consulta direcionada a mulheres cis lésbicas e bissexuais, uma vez que os referenciais teóricos disponíveis são escassos e não esclarecem as necessidades de adaptações às diversidades.

O texto sobre a “Educação em saúde para gestantes: ação de extensão sob a perspectiva do atendimento domiciliar” busca relatar as experiências de uma acadêmica, na realização de ações educativas em saúde para as gestantes, através de uma nova abordagem com orientações por meio do atendimento domiciliar.

“Laqueadura tubária como método de planejamento familiar: uma revisão” mostra dados de revisão de literatura, e visa relatar o histórico do planejamento familiar, laqueadura tubária no Brasil e o impacto na vida reprodutiva e da família, visto que os métodos contraceptivos permitem uma vida sexual segura e satisfatória, de modo a evitar uma gravidez não planejada e garantir liberdade para decidirem quando reproduzir.

O capítulo “Mulheres em situação de violência: uso de tecnologias sociais para o empoderamento” tem como objetivo identificar e descrever tecnologias sociais produzidas e aplicadas pela Terapia Ocupacional para o empoderamento de mulheres em situação de violência e, assim, descrever os procedimentos e as estratégias realizados no processo terapêutico ocupacional no grupo de apoio.

A escrita do texto “O trabalho da doula em uma maternidade do Vale do Jequitinhonha – MG: compreensão sob diferentes pontos de vista” apresenta a inserção de doulas voluntárias visando criar caminhos para a humanização da assistência à mulher durante o processo de parturição e nascimento do seu bebê.

Em seguida, a leitura “A saúde da mulher: transição epidemiológica e as políticas de saúde brasileiras” detalha as nuances da transição epidemiológica na população feminina brasileira e o contexto em que as políticas públicas de saúde para atender a essas mudanças foram construídas.

“Prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em escolares de uma cidade do Vale do Jequitinhonha” busca identificar os fatores de risco da DCV nas populações infantis, a fim de estabelecer programas preventivos para crianças expostas a esse tipo de risco, não só pela expressiva morbimortalidade da condição, mas pelo fato de a infância ser uma oportunidade única para a promoção da saúde cardiovascular.

“Encontros multidisciplinares com as gestantes e seus familiares: um relato de experiência” descreve a inserção de uma nova prática educativa de abordagem multidisciplinar, de modo a fortalecer o cuidado em equipe numa visão de integralidade, tal como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS): conscientizar a população assistida sobre a importância do pré-natal, empoderar a mulher e familiar frente à gestação, parto e puerpério, além de promover uma assistência mais acolhedora e humanizada.

O capítulo “Abordagem da mulher vítima de violência sexual” denuncia a violência sexual como um grave problema de saúde pública

global inerente a qualquer realidade social, além de ressaltar os respaldos oferecidos às vítimas pelos serviços de assistência, especialmente os da saúde. Ademais, demonstra a necessidade de precaver e evitar esses crimes contando com a educação como a arma para a transformação dessa cultura, responsável pelas estatísticas pavorosas.

O texto “Recreação: ferramenta educativa como mediação do processo de reabilitação” destaca o Centro Especializado em Reabilitação IV (CER Diamantina) e as características de sua assistência em relação ao público infantil, a fim de promover e incentivar a participação dos pais/responsáveis e crianças em momentos recreativos e descrever o conhecimento dos familiares acerca do processo e/ou conceito de reabilitação.

“Relatório técnico sobre o rastreio da acuidade visual com o auxílio da escala de Snellen em uma escola municipal de Diamantina-MG” demonstrou a ocorrência de alterações na acuidade visual numa fração dos estudantes através do rastreio da acuidade visual.

“Entrevista individual e oficina terapêutica como instrumentos de socialização e conhecimento dos adolescentes e adultos no CAPS AD em um município do Vale do Jequitinhonha” relata experiências com usuários adolescentes e adultos de álcool e drogas no Centro de Atenção Psicossocial do município de Diamantina – MG. Além disso, objetivou identificar o perfil e os fatores psicossociais que levam os adolescentes e adultos a experimentarem o álcool e outras drogas.

Desejamos excelentes leituras, pesquisas e produções científicas na área da saúde da mulher e com dados coletados no Brasil. Quanto mais conhecermos a nossa realidade, mais poderemos intervir para melhorá-la!

Juntos somos mais e podemos mais.

Atenciosamente,

Helisamara e Isabela
(organizadoras)

OUVIR PARA CUIDAR: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA MULHER GESTANTE UTILIZANDO A ESTRATÉGIA DO GRUPO DE GESTANTES DURANTE PRÉ NATAL

Débora Fernanda Haberland¹

Janete Pereira Lima²

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio mãe-bebê durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. A gestante necessita compartilhar sua história e percepções, ser acolhida de forma integral pelos profissionais que lhe prestam assistência (HOGA; REBERTE, 2007).

O grupo de gestantes constitui-se num espaço de socialização de vivências, oportunizando a gestante e família expressarem suas ansiedades e sentimentos, e compartilhar com outras pessoas que estão vivendo a mesma experiência (NETO; BATISTA, 2002). Conforme Silva et al (2008), esse contexto deve ser conhecido e compreendido pelos profissionais de saúde que estão envolvidos no acompanhamento pré-natal da gestante para melhor orientá-la. Muitos estudos apontam que a participação em grupos de gestante, por parte da gestante e sua família, tem se mostrado de grande valia, pois trazem aspectos terapêuticos e oferecerem suporte a estas pessoas (SARTORI; VAN DER SAND, 2004).

Ao acompanhar um grupo de gestantes, de uma instituição filantrópica, durante o pré natal, houve a percepção que, embora houvesse

¹ Doutora em Psicologia da Saúde (UCDB), Enfermeira. Especialista em cuidado pré natal (UNIFESP) e em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (IBF). Atualmente enfermeira militar. deborahaber@hotmail.com

² Mestranda em Psicologia da Saúde (UCDB), Enfermeira. Especialista residência em Obstetrícia, especialista e Neonatologia e Pediatria e consultora em Aleitamento Materno. janetfortal@gmail.com

um programa de pré-natal instituído com consultas regulares, muitas gestantes buscavam atendimento na enfermagem querendo sanar dúvidas como sexualidade e cuidados com o corpo, alegavam que tais dúvidas não eram contempladas durante o as consultas. Havia também reuniões regulares, aulas dos profissionais que atuavam, funcionava como uma espécie de “aula sobre a gravidez” e muitas gestantes referiu que gostariam de participar mais da escolha dos temas e das discussões neste momento.

Acreditando que durante a gestação que se constrói o vínculo, entre a gestante, família e os profissionais que prestam assistência e que as atividades em grupo, podem contribuir com este processo e aderência ao pré natal, a proposta dessa exitosa experiência foi discutir a visão de gestantes a condução das atividades de um grupo de gestantes, no qual participavam, considerando de relevância para ouvir essas mulheres para repensar e aprimorar a qualidade da assistência durante o pré natal. Espera-se ainda oferecer subsídios no sentido de favorecer as práticas usadas pelos profissionais de saúde que atendem estas mulheres durante a gestação, visando à promoção do aleitamento materno e atenção de acordo com as necessidades das participantes e suas famílias.

O objetivo era ouvir a opinião das gestantes sobre a condução das atividades do grupo, no qual participavam, considerando de relevância para ouvir essas mulheres para repensar e aprimorar a qualidade da assistência durante o pré-natal. Utilizando como método a Pesquisa-intervenção, as gestantes foram convidadas na primeira consulta do pré-natal, a consulta de enfermagem, a participar e posteriormente a participar das oficinas que foram elaboradas a partir do interesse delas.

CONSTRUINDO O GRUPO DE GESTANTES

As gestantes referiam gostar do atendimento que recebiam relacionados ao desenvolvimento da criança de um modo geral, mas entendiam que este era restrito ao período da gestação, além de os cuidados aprendidos se destinarem somente à criança que estava sendo gestada.

A pesquisa foi realizada, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, parecer número 481.061.

Optou-se pela pesquisa-intervenção, onde realizamos oficinas, intituladas “Oficina de Ideias”. Pois, há a interação direta com os participantes, delineada a partir de trocas entre participantes e pesquisador (SZYMANSKI; CURY, 2004).

No início do pré-natal, na consulta de enfermagem, foi realizado o convite para participarem da pesquisa e questionado sobre quais temas que elas mais teriam interesse em discutir para serem abordados nas oficinas, como forma de traçar, estratégias para a elaboração dos encontros, intitulados oficinas de ideias.

Acreditamos que a oficina possa ser uma proposta adequada ao encontro, uma vez que essa abordagem considera que as pessoas agem em função de seus sentimentos, optamos valores, crenças e que seu comportamento tem sempre um sentido. Conforme Haberland e Scisleski (2017. Pág. 170), esse modo, “a oficina é uma via capaz de estreitar vínculos, compartilhando seus medos e angústias também com outras mãos em situação semelhante”. Durante as oficinas os participantes estavam livres para discutir suas ideias e a enfermeira interagiu durante os assuntos que elas haviam sugerido posteriormente.

A OFICINA DE IDEIAS

Os temas discutidos nas oficinas foram divididos em quatro temas principais: Atividade sexual durante a gravidez, o Aleitamento Materno, o corpo feminino e a gestação e os Cuidados com recém-nascido. As duas reuniões foram previamente agendadas e adequadas às suas possibilidades para que elas pudessem participar.

A partir destes temas com os possíveis assuntos a serem abordados, foram organizados, porém havia uma preocupação em não estabelecer algo pré-determinado e deixar com que as participantes ficassem livres para irem sugerindo outras questões e trocando ideias. Durante as reuniões, além das mulheres também estavam presentes companheiros, avós e sogras, que participaram ativamente durante as

orientações. Foram realizadas exposições participativas sobre os temas e abordando também o papel da família no apoio à gestante.

AS PRÁTICAS VIVENCIADAS NAS OFICINAS: UM OLHAR SOBRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Apontamos as falas dessas mulheres sobre os discursos dos profissionais e como estes agiam sobre elas. Em suas percepções, os estes discursos estão embasados no processo biológico. Ao colocar a questão para discussão sobre como era o processo de gestar para elas, as mesmas acabam referindo também sobre a atuação dos profissionais, a queixa principal é sobre a abordagem dos profissionais de saúde, conforme descrito nas falas a seguir:

“Mas é assim mesmo né, os doutores não têm muito tempo”.

“Gosto da consulta, mas eu queria saber mais coisas”;

As falas indicam a falta de tempo para responder as questões que envolvem as mães e familiares, pois a consulta torna-se muito técnica e restrita à palpação, ausculta e avaliação dos exames laboratoriais. Segundo o manual de pré-natal e nascimento (BRASIL, 2005), o acolhimento é indicado como aspecto essencial da política de humanização. Implica a recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

A partir dessas falas é possível programar ações de enfermagem que atendam as mulheres a partir da realidade em que estão inseridas. Segundo Haberland e Scisleski (2017), “teceram e reproduziram uma série de discursos aprendidos no que tange ao assunto aleitamento, abrangendo não apenas a face biológica” (p.177).

Nesses fragmentos de falas, é possível perceber que essas mulheres realizam o pré natal, porém a ideia do cuidado direcionado ao que elas gostariam de entender/saber ainda existe uma lacuna. Os profissionais devido ao tempo, a rotina acaba por realizar cuidados diretos e não ouvir

as necessidades de fala dessas mulheres. O modelo de atenção que tende a tomar o usuário apenas como um objeto de intervenção, com pouca oportunidade de opinar sobre o cuidado que recebe e dificultando seu envolvimento, de modo responsável e participativo (MOURA, 2014).

É importante dizer que, de acordo com o que aparece nas falas das gestantes, está sempre focado no desenvolvimento do bebê e o cuidado postulado é de orientar o comportamento da gestante para garantir ao máximo o melhor desenvolvimento da criança. Dessa forma, a mulher passa a ser vista, com o foco prioritariamente na criança que está sendo gestada.

“Pré-natal, pra mim, é tirar dúvidas sobre uma gravidez, pra gente saber como que tá a saúde da pessoa e do bebê;

A consulta baseada em exame físico direcionado ao estado atual da gestação e prognóstico, os profissionais acabam por não abrir espaço para que a gestante possa esclarecer suas dúvidas. No decorrer das oficinas pude perceber o fato de os tópicos abordados no pré-natal nem sempre serem aqueles que causam angústias às gestantes, ou que elas gostariam de saber. Contudo, saberes recebidos entre mulheres que já vivenciaram esse processo, estão muito integrados a este processo, ainda com o acesso a informações na internet, muitas dessas mulheres buscam orientações além dos profissionais que a assistem, tanto a rede familiar e de amigos e a própria internet.

“Na verdade dá até medo de perguntar algumas coisas, porque tá fazendo tudo errado, então acho melhor perguntar para minha mãe que já criou vários filhos”;

“Falam coisas que eu nem tinha pensado, aí minhas dúvidas acabam ficando para depois, mas procuro muito na internet”;

Nas falas acima caracterizam como os discursos midiáticos sobre maternidade são aprendidas nas formações como profissionais, muitas vezes não permitindo espaço para as dúvidas da paciente em questão. Ao mesmo tempo, as frases das mulheres acima, demonstram o movimento por busca de informações para além dos profissionais, como

em *sites* sobre maternidade, além de trocas de experiências na rede familiar e de amizade.

A partir dessas respostas é preciso pensar as atividades do pré natal além do modelo tradicional, mas envolver os familiares e o acesso a informação que a tecnologia tem permitido. Acreditamos que ações que orientem com embasamento e apoio a mulher possam contribuir com sua adesão ao pré natal e com a melhora na qualidade da assistência prestada.

Autores como Neto e Batista (2002), afirmam que a gravidez é uma etapa de vida da mulher que precisa ser compartilhada com os demais membros da família. As gestantes constituem foco do processo de aprendizagem, porém é preciso atuar, também, entre os companheiros e familiares.

“Acho o Dr. muito legal, ele me escuta e explica direitinho o que é para fazer, aí fica fácil e só se cuidar que tudo vai dar certo”.

Devemos destacar que há uma referência positiva sobre o profissional que realiza uma escuta desta paciente, fazendo com que essa mulher se sinta mais segura e proativa a realizar os cuidados orientados. Na fala desta gestante percebemos essa confiança que deposita no profissional que a assiste, destacando positivamente sua conduta.

Percebe-se, através da valorização de um corpo ideal que reflete os símbolos da saúde, da beleza, da felicidade e da qualidade de vida que em nossa sociedade são atrelados a um modelo físico (SOUZA; SABATINE; MAGALHÃES, 2011).

“Eu me preocupava do meu marido me achar feia”;

“Sei que não é à hora para me preocupar com isso, mas queria sair bonita da maternidade, porque quando o bebê nasce à gente volta a ser mulher e aí tá com cara de grávida ainda”;

“Bom mesmo é ser famoso, que já sai da maternidade com cara de modelo, nem parece que teve filho”.

Observando as falas, percebo uma dicotomia entre ser mãe e ser mulher, como se tratasse de duas situações separadas a essas mulheres.

Estão felizes na maioria por gestar, porém ficam inseguras em relação a como a mudança corporal vai impressionar o esposo. Algumas gestantes fragilizadas pelo processo gestacional e suas inseguranças, se percebem fora dos padrões de beleza.

Ao discutir sobre o retorno puerperal, percebo nas falas o que é demonstrado em várias literaturas, onde temos pouca adesão destas mulheres que neste momento executam o papel de mãe e que logo estarão atribuladas com as atividades relacionadas à saúde da criança, muitas vezes relegada a uma função de “esquecimento de si”. Nas falas abaixo:

“A gente não volta, só vai ao médico para levar o bebê no pediatra, né?”;

“só volta se sentir alguma coisa estranha”;

“Mas desde que tive outro filho, nunca mais fiz preventivo essas coisas, não dá tempo, é filho, casa, marido para cuidar”

Considerando as falas destacadas nos tópicos anteriores, é preciso pensar em um modelo de cuidado durante o pré natal que aborde além do desenvolvimento da criança, mas que atenda a mulher em suas necessidades. É importante destacar que durante esse processo pode-se trabalhar previamente a importância do retorno puerperal e informar sobre planejamento familiar, para que possam continuar o cuidado além do bebê que está sendo gestado.

O PROCESSO DE AMAMENTAR

Diante das falas relatadas pelas mulheres que já vivenciaram o processo de amamentar, surge uma insegurança quando se trata de conseguir realizar a amamentação. Orlandi (1985) já descrevia que apesar de ser aceita a importância da mulher na promoção da amamentação. Cabe questionar quantos dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde e das próprias políticas de apoio estão de fato preparados para ecoar os anseios desses depoimentos (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

“Eu quero amamentar, mas sem dúvida, preciso de ajuda. Todo mundo pensa que está pronta, mas depois do parto dá medo, acho que não consigo sozinha”;

“Fui bem atendida, pessoal da enfermagem eram atenciosas, me ajudaram, até meu marido aprendeu a dar banho. Tinha medo de não conseguir fazer nada e elas brigarem”.

A maioria das mães demonstra claramente vontade de amamentar, porém vale nos questionarmos se essa “vontade”, pois descreve que “querem ser boas mães” como seu sucesso como mãe também estivesse ligada ao ato de amamentar esta criança. Mesmo as mulheres que já vivenciaram o processo de gestar demonstram insegurança em fazê-lo, alegando que *“cada filho é diferente”*. E o medo de ser rotulada como uma “mãe ruim” ou, ainda, de não seguir as normas impostas pelos profissionais:

“É assim, todo mundo fala para dar mamazinho, mas ninguém explica direito como que faz, só fui conseguir no segundo filho”;

“Ninguém pergunta se quer dar o peito. Chegam e põe ele para mamar. Me senti meio assim, nunca tinha ficado sem roupa na frente de estranhos, aí de repente tem gente colocando a mão em mim, eu de peito de fora”.

Percebemos a preocupação com a saúde da criança e é explícito nas falas sobre a obrigatoriedade de conseguir amamentar, destacando como uma prática condicionada a fatores biológicos, mas que acarreta também em uma angústia temente a um julgamento moral por parte das demais pessoas.

As ações caracterizam a prática da amamentação a um atributo natural, comum a todas as espécies de mamíferos, como é um ato natural, instintivo, biológico (ALMEIDA; NOVAK, 2004, p. 120). E essa é uma das questões cruciais para planejarmos o cuidado a mulher que amamenta, a experiência de amamentar requer orientação e cuidados para que essa mulher possa realizá-lo de forma humanizada.

Conforme Haberland e Scisleski (2017b), a gestação é vivida de forma distinta e influenciada por diversos fatores que envolvem a mulher e sua família, e pode de gerar experiências distintas em cada gestante. As informações, experiências e conhecimentos transmitidos por amigas, vizinhas, mãe e marido podem influenciar tanto positiva como negativamente no ato de amamentar (SILVA, et al, 2008).

O acesso maior aos serviços de saúde que temos atualmente favorece também a orientação para realizarem a amamentação e os cuidados da maneira esperada. Constata-se a atribuição de sentidos valorativos por parte destas mulheres aos profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, que atuam diretamente no cuidado da amamentação, sejam no âmbito hospitalar ou na saúde coletiva. Podem-se realizar inúmeras atividades a fim de preparar essa mulher para o processo de amamentar. Ouvir suas dúvidas pode orientar as atividades a serem desenvolvidas a partir de um cuidado humanizado.

A SEXUALIDADE

A maioria das mulheres participantes, ainda que apresente a questão da relação sexual na gravidez como importante para discutir, demonstra inibição ao iniciar a conversa. Muitas gestantes demonstram uma preocupação com a saúde do feto devido às relações e até mesmo questões de cunho moral.

“Não machuca, então pode fazer, né?”;

“Meu médico disse que não tem problema, aí ficamos mais tranquilos, e me sinto bem quando faço sexo”;

“Quando a barriga ficou grande ela ficava dura na hora, tive medo, tomei coragem de perguntar, aí o médico disse que era normal, agora faço numa boa”

“Eu faço só no final que acho que vai incomodar, mas aí a gente para, meu marido é bem atencioso, entende quando eu não quero”

As mulheres que admitem sentir prazer e querer ter vida sexual ativa neste período. O receio, contudo, ao nosso olhar está muito mais atrelado a questões morais do que realmente às questões físicas. A necessidade de aprovação do profissional, pois se preocupam que o profissional aprove a conduta em uma gestação sem risco.

A recomendação para o processo de aprendizagem do cuidado está colocada, (BRASIL, 2005) no que diz respeito à política pública que cita as gestantes enquanto grupo que constitui o foco principal do processo

de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens, adultos e adolescentes, discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva. Isto é, implica em um cuidado que se desdobra na própria população (BRASIL, 2005).

CUIDADOS COM A CRIANÇA

Como uma das questões colocadas pelas mulheres se referia aos cuidados com a criança, a troca de fraldas, e questões relacionadas ao banho e curativo do coto umbilical. Diante disso, demonstro a técnica do banho, troca de fraldas e curativo do coto em um boneco, enquanto conversávamos e esclarecia as dúvidas.

Nas falas das mulheres, veremos logo mais, indicativos que nos refere à mudança de postura em pouco espaço de tempo. Estas gestantes que possuem uma postura mais passiva, assistida pelos profissionais durante o pré-natal, logo após o parto se tornam a cuidadora dela e desta criança, sendo a responsável pelos cuidados e pela saúde de ambos.

“Tenho um pouco de medo, porque quando ele nascer, eu quem vou ter de cuidar dele.. e um bebê assim tão pequeno, tenho medo de não conseguir”;

“A primeira vez que tive filho, era nova, saí da sala de parto de paciente para mãe que cuida do filho. Aprendi muito com pessoal do hospital e com minha sogra que ajudou os primeiros dias”.

Ainda destaco nas falas acima que a atenção que antes se referia à gestante volta-se para a criança, que passa a ser o foco das atenções. As gestantes indicam essa postura em duas falas: a mãe corajosa que mesmo com dificuldades de cuidar de um RN realiza conforme o esperado e a mulher que está feliz com o nascimento da criança, mas que sente uma lacuna ao referir se aos cuidados sobre si mesma.

A presença da avó da criança e conhecimentos populares envolve plenamente este momento, esse fator “mulheres que cuidam de mulheres” é muito perceptível nas falas. Considerando isso as Políticas reco-

mendam que os profissionais não abordem apenas a gestante, mas também a avó e os demais familiares que possam influenciar nesse cuidado, assim tornam possível orientar não apenas a mãe, mas a família a executar os cuidados aprendidos de forma esperada. As gestantes entendem também que a figura de alguém que já vivenciou o processo de cuidar de uma criança as proporciona conforto e segurança:

“Não precisa pôr faixinha? Mas minha sogra diz que não deixa ficar sem faixa”;

“Quem dá banho e cuida do umbigo é sempre a minha mãe, até cair”;

“Eu tenho medo de lavar o neném, vai que ele afoga, prefiro deixar minha mãe lavar até ficar mais durinho”.

Embora o processo seja familiar, ficam delineadas questões culturais relacionadas às atribuições do cuidado, onde novamente a figura da mãe ou da sogra, mas sempre de uma mulher que já teve filho, é evocada e surge como a realizadora desse processo, porém precisa atuar dentro do que se espera dela, assim surgem falas sobre papéis de mãe e pai:

“Meu marido é paizão, ele cuida, dá mamadeira, só não troca”;

“Homem é assim, cuida um pouquinho, brinca, mas a mãe é quem cuida mesmo, troca fralda”;

“Meu marido também ajuda em tudo, cuida de mim e do neném. Até fralda e banho ele faz, meio sem jeito, mas ele faz”;

Apreendemos que na construção social dessas mulheres, elas foram orientadas para o desempenho de atividades resguardadas no seio da família (NAKANO; MAMED, 1999). Atrelando à maternagem também a um processo natural e inato, e não aprendido e cultural, algumas entendem que o homem também é capaz de cuidar, ainda que não com a mesma capacidade.

Autores relatam que o grupo de gestantes é o ambiente micro e dinâmico, que objetiva a promoção da saúde integral individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que nele ocorrem. A participação no grupo permite à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo (DELFINO, et al 2004). Neste discurso, consideramos que não basta à mulher

ter as informações referentes ao processo de cuidar, mas sim, estar inserida em um ambiente favorável e poder contar com a ajuda da família e ter um profissional habilitado para auxiliá-los durante todo o processo.

AS MUDANÇAS NO GRUPO DE GESTANTES

Durante muito tempo a atuação da equipe de saúde manteve a postura de detentora do conhecimento, onde as gestantes deveriam seguir as orientações recebidas, muitas vezes sem compreender a ciência de tal conduta. Algumas gestantes, quando demonstravam dificuldade com cuidado pós-parto ou amamentação, eram indagadas sobre se haviam participado das palestras anteriores. As gestantes buscavam um contato mais abrangente que atendessem suas necessidades, sendo que a mulher deveria ser a protagonista deste processo.

Neste contexto o processo de ouvir nos ofereceu uma base a partir do indivíduo, para nos auxiliar a pensar como planejar as ações de saúde a partir da experiência de quem as vivencia, elevando assim a qualidade da assistência prestada. Desse modo, esta proposta também produziu uma intervenção na metodologia de cuidado à gestante neste hospital.

A partir dessa experiência foi realizada uma revisão das atividades com gestantes, deixando de funcionar como palestra e abordando a interação entre as gestantes e os profissionais. Demais profissionais da equipe de saúde como nutricionistas, fisioterapeuta foram convidados para realizar orientações nas atividades do pré natal. O formato de oficina foi estabelecido nos encontros com as gestantes e a participação da enfermagem na primeira consulta pré natal para o convite e levantamento prévio dos interesses a serem abordados foi consolidado, além dos procedimentos de rotina na consulta.

Cabe destacar que foi percebido pelos profissionais uma melhor adesão das mulheres ao pré natal e no retorno puerperal. Considera-se que por meio dessa proposta, de ouvir para pensar o grupo de gestantes, foi possível promover maior interação entre a gestante e os profissionais, o conhecimento técnico e o popular, possibilitando aproximar da realidade das gestantes e aprimorar a qualidade da assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as falas das mulheres que vão ao pré-natal, identificou-se que o processo de gestar é vivido de forma distinta e passível de gerar sentimentos diferentes em cada gestante. Muitas relataram a necessidade de dar ênfase ao diálogo, à sensibilidade e à capacidade de percepção do profissional de saúde, dando condições para que o saber em saúde seja disponibilizado à gestante e à sua família para que ela identifica-se possa atuar ativamente neste processo, e não apenas o cumprimento de normas.

Durante a reflexão sobre as oficinas, foi observado que, muito além dos protocolos e orientações aprendidas nos manuais das políticas públicas em saúde, temos vidas que precisam ser potencializadas e valorizadas em todos os detalhes de atendimento. As gestantes procuram a assistência por vários motivos e que a relação social do processo de gestar influi diretamente na forma de condução desta gestação e que, de certa forma, reflete também na família, mas o que, em larga escala, incide em um investimento da população em geral.

A partir dos discursos aqui debatidos, consideramos o momento da gestação além do ato biológico, é social e culturalmente influenciado. A proposta deste trabalho contribui não apenas para avaliar e repensar a qualidade da atenção oferecida para as gestantes nesta instituição, mas nos auxilia a pensar uma nova forma de olhar essas mulheres em seus vários contextos e possibilitam a novas reflexões sobre a prática como profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 119-25, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DELFINO, M. R. R.; PATRICIO, Z. M.; MARTINS, A.S.; SILVERIO, M. R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-66, 2004.

HABERLAND, D. F.; SCISLESKI, A.C.C. “Fantástica Fábrica de Leite”: Problematizando o Discurso de Apoio à Amamentação. **Revista Polis Psique**, Porto Alegre, v.7, n. 3, p. 161-179, dez, 2017.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n. 4, p. 559-566, 2007.

MOURA, S.M.S.R.; ARAÚJO, M.F1. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia, ciência e profissão**. v. 24, n. 1, p.44-55, 2014.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 69-76, jul, 1999.

NETO, P. J. L.; BATISTA, P. S. S. Projeto educação em saúde na atenção a gestantes e puérperas. In: X Encontro de Extensão, 2002, Paraíba. Anais. Universidade Federal da Paraíba - UFPB - outubro de 2002. p. 1-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Genebra: Editora da OMS, 1999.

ORLANDI, O. **Teoria e prática do amor à criança**: Introdução à Pediatria Social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 174p.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 153-65, 2004.

SILVA, D.D.F.; LIMA, D. L.; ROSITO, D. B.; RIBEIRO, S. M. F.; FIGUEIREDO, M. C. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Rio Grande do Sul, v.13, n. 2: p.7-11, mai/ago, 2008.

SOUZA, L. A. F; SABATINE, T. T; MAGALHAES, B. R. *Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 218p.

SZYMANSKI, H.; CURY, V. E. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 355-364, 2004.

O QUE HÁ POR TRÁS DA PINTURA: (RES) SIGNIFICANDO O CUIDADO A GESTANTE FRENTE O IMPACTO DO COVID-19

Clara de Cássia Versiani³

Verônica Izabel Veloso Fonseca Antunes⁴

Cristina Andrade Sampaio⁵

INTRODUÇÃO

O momento da parturição deve ser entendido como um período único na vida de cada mulher e de sua família, pois modificações biopsicossociais ocorrem de forma evidente nesse período. Logo, a experiência vivenciada nesse momento determina sentimentos que serão levados para o resto da vida, sejam eles positivos ou negativos. Em decorrência disso, torna-se essencial oferecer uma assistência de qualidade baseada em evidências científicas e que garanta a autonomia da mulher nesse processo (SILVA, SILVA, MELO, 2019; SILVA et al, 2020).

A atenção ao parto e ao nascimento vem passando por importantes e crescentes mudanças nas últimas décadas, considerando a incorporação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e a consequente redução das intervenções desnecessárias constituídas em recomendações da OMS e reforçadas pelo Ministério da Saúde por meio da política indutora denominada Rede Cegonha, permitindo aos profissionais argumentar que as boas práticas ao parto e ao nascimento estão relacionadas ao (re) pensar do modelo de intervenção e ao estímulo das evidências científicas, com o intuito de resgatar o protagonismo da mulher no cenário obstétrico (PEREIRA et al, 2018).

Dentre essas diversas práticas de atenção ao parto e nascimento, tem-se a presença do acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo do nascimento. O Ministério da Saúde reconhece os benefícios

³ Mestre em Ciências, Departamento de Enfermagem (Unimontes). Enfermeira Obstetra.

⁴ Especialista em Saúde da Família (Unimontes). Enfermeira.

⁵ Doutora em Saúde Coletiva (Unimontes). Socióloga.

desta prática e a publicação da Lei 11.108, em 2005, garante o direito de um acompanhante para as mães durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a sua rede própria ou rede contratada (BRASIL, 2005).

Estudos demonstram que o apoio do acompanhante associa-se às boas práticas e à movimentação, capaz de reduzir a dor e a duração do trabalho de parto, reconhecem que a presença do acompanhante tem extrema relevância no processo de parturição, pela possibilidade de estreitar o vínculo entre a mãe, o bebê e a família. A presença paterna, corroborado por outras pesquisas, proporciona, sobretudo a oportunidade do pai em contribuir efetivamente no compartilhamento das responsabilidades. Observa-se crescentemente que os pais vêm marcando presença tanto na gestação quanto no parto e no nascimento, o que demonstra uma evolução em nível social e cultural (MONGUILHOTT et al, 2018; PEREIRA et al, 2018).

No entanto, a recente identificação de um novo Coronavírus, conhecido cientificamente por Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus e, em inglês, por *Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus* (SARS-CoV-2), o mais recente microrganismo causador da infecção humana denominada Coronavirus Disease 2019 ou Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar, em 30 de janeiro de 2020, o estado de “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional”, devido à acelerada proliferação do agente etiológico. Desde então, nesse cenário de calamidade pública mundial, tornou-se importante prevenir a transmissão do vírus e diminuir a ocorrência de novas infecções. Logo, as instituições hospitalares foram obrigadas a aderir novos protocolos de prevenção, visando proteger a equipe profissional e os pacientes, entre eles, as gestantes (MASCARENHAS et al, 2020). Dessa forma, os serviços hospitalares adaptaram ou proibiram a presença do acompanhante das mulheres no cenário do parto e puerpério.

Considerando o momento epidemiológico atual, a Nota Técnica Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, que trata das “Reco-

mendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da COVID-19”, infere que alguns direitos individuais podem, temporariamente, sofrer restrições, em face da predominância dos interesses sociais envolvidos. Logo, essa nota estabelece que toda parturiente e seu acompanhante devam ser triados para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 antes de sua admissão no serviço obstétrico. A nota afirma ainda que os acompanhantes, limitados a uma única pessoa por gestante, deverão estar presentes somente no momento do parto para redução do fluxo de pessoas dentro do hospital/maternidade (BRASIL, 2020). Esse cenário pode gerar angustia e falta de apoio nas gestantes e puérperas.

Diante disso, a Enfermagem com seu paradigma holístico e humanista pode lançar mão de cuidados que promovam uma vivência positiva no contexto do nascimento para a mulher. Assim, a arte, cada vez mais, tem sido tratada como componente importante da saúde integral. Ela serve, aos usuários dos serviços e aos cuidadores, como apoio poderoso em tempos de vulnerabilidade emocional e trazem beleza ao mundo dos cuidados em saúde, permeado por estresse (ROLLINS, SONKE, COHEN, 2009). Dessa forma, a arte pode trazer alento as gestantes e profissionais de saúde em tempos de pandemia de COVID-19.

Dessa forma, o relato justifica-se devido à pequena quantidade de pesquisas que mostram a importância da atuação da Enfermagem Obstétrica na humanização da assistência prestada na realidade vivenciada pela pandemia da COVID-19 por meio da pintura do ventre materno.

Com base no que foi observado, este estudo tem como objetivo relatar a experiência do profissional Enfermeiro Obstetra, Residentes de Enfermagem Obstétrica e Acadêmicos de Enfermagem na assistência a gestantes de alto-risco por meio da pintura do ventre materno como forma de (res) significar o cuidado obstétrico em tempos de COVID-19.

DESENVOLVIMENTO

A enfermagem, desde seus primórdios, foi marcada pelo humanismo, abordando o ser humano em sua inter-relação com o ambiente

físico, psicológico e social. Na atual perspectiva de atenção obstétrica, na qual a humanização impera, o uso da arte tem sido ampliado no cuidado. Observa-se que a inserção da Enfermagem Obstétrica nos hospitais aumenta o emprego das práticas claramente úteis, reduzindo a utilização das práticas claramente prejudiciais e usadas de modo inapropriado, quando comparado às instituições onde a Enfermagem Obstétrica não atua (SILVA et al, 2019).

Diante do contexto atual, a Enfermagem Obstétrica vem assumindo um papel importante na garantia da assistência segura e humanizada, buscando medidas que possam diminuir o impacto emocional gerado por essas modificações referentes ao acompanhante e ao revezamento familiar, como a inserção da pintura do ventre materno durante a experiência da parturição (MATA, SHIMO, 2018). A arte da pintura do ventre materno consiste em aplicar no abdome das gestantes desenhos que representam o bebê imaginado por elas, acrescentando a isso a posição dos elementos intrauterinos, promovendo assim uma maior conexão entre mãe e bebê; além disso, essa prática permite troca de sentimentos e maior satisfação da parturiente perante a assistência hospitalar vivenciada (MATA, SHIMO, 2018).

Os principais motivos que levam as enfermeiras a aplicar a pintura em gestantes são: vontade de compartilhar sensações, de promover conhecimento, alegria, aproximação e conexão entre mãe-feto, de confraternizar com a família e acessar o bebê. Essas são atitudes inerentes à prática da enfermagem que integra ciência e arte, associa conhecimentos e habilidades para satisfazer as necessidades das gestantes, considerando aspectos bio-psico-sócio-espirituais (MATA, SHIMO, 2018).

Diante do exposto, a prática da pintura do ventre materno vem sendo realizada em um serviço hospitalar do norte de Minas Gerais, referência na assistência prestada às gestantes e puérperas de toda região. A pintura no ventre de gestantes internadas é feita por uma enfermeira obstétrica que atua na instituição.

Portanto, nessa produção do cuidado obstétrico, frequentemente somos desafiados a tornar essa experiência do processo do

nascimento prazerosa e positiva para a mulher. Com a pandemia do COVID-19, muitas práticas benéficas de assistência tiveram de ser adaptadas, a fim de que a segurança para o binômio mãe-filho fosse mantida; entre elas, a não presença do acompanhante em todo o momento de internação e suspensão das visitas hospitalares. Como enfermeira obstetra, ao longo deste período de pandemia e, sendo afetada por esses encontros com as usuárias dentro desse território de assistência ao parto, busquei realizar a arte de pintura no ventre materno, juntamente com o meu grupo de Residentes de Enfermagem Obstétricas e acadêmicos de enfermagem, em mulheres que se encontravam nas enfermarias de intercorrências clínicas, por ocasião de indução do parto ou por qualquer outra intercorrência obstétrica advinda da gestação, procurando assim, promover o vínculo trinômio mãe-bebê-família e amenizar os aspectos emocionais que poderiam surgir devido ao isolamento social das gestantes internadas e pela própria gestação que é permeada de fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais que podem repercutir de forma negativa nas primeiras interações com o bebê (DE CARVALHO, 2019).

Foram realizadas, entre março e agosto de 2020, 6 pinturas no ventre materno de mulheres internadas na maternidade Maria Barbosa do Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF). Em um primeiro momento, na corrida de leito para conhecimento das gestantes internadas, cada uma era convidada a participar da atividade da pintura do ventre grávido, posteriormente eram orientadas sobre a técnica dessa arte e as mesmas foram realizadas somente após consentimento verbal de cada uma. Antes de iniciar a pintura, eram realizadas as manobras de Leopold Zweifel para determinar a posição fetal intraútero possibilitando a mulher conhecer como seu bebê está dentro do seu ventre. As pinturas eram realizadas com toda a técnica de higiene, com o profissional usando a paramentação adequada a fim evitar quaisquer riscos de contaminação por COVID-19 e as mulheres estavam fazendo uso de máscaras durante todo o procedimento. As tintas artísticas utilizadas na pintura do abdômen materno eram de diversas cores, os pincéis eram de tamanhos variados, também foram usados lápis delineador

para olhos e lenços umedecidos. Todos estes produtos são atóxicos, podendo ser aplicados na pele humana.

Com o intuito de valorizar o vínculo da gestante com seu bebê, foram perguntadas as mulheres como elas imaginavam os perfis de seus bebês e de que forma gostariam que eles fossem pintados. Ao longo da gestação a mulher constrói seu bebê imaginado, carregado de características físicas e comportamentais que são fundamentais na personificação do feto como um ser único que já pertence ao seio familiar e é reconhecido pela mãe como seu. Esse movimento de representar mentalmente seu filho sustenta a existência de uma relação materno-fetal intensa (AZEVEDO, VIVIAN, 2020).

Durante a técnica, elas tinham total liberdade de optarem pelas cores, formas, frases, nomes e moldes a serem utilizados para a realização do desenho no abdômen grávido. A cada pintura pode-se perceber sentimentos de alegria, felicidade, acolhimento e prazer experienciados tanto pela mulher quanto pelos profissionais de saúde.

Assim, a forma como os profissionais de saúde proporcionam esse acolhimento humanizado a mulher antes do parto é de suma importância para o estabelecimento desse vínculo saudável e duradouro entre a díade mãe-bebê (PINTO, 2019).

Após cada pintura, a gestante solicitava ao profissional que realizasse uma sessão de fotos do abdômen materno pintado para que pudesse ser compartilhado com seus familiares via rede social pessoal. Processos comunicacionais, mesmo que de forma virtual, entre equipe-família influenciam na aproximação materna, impactando no fortalecimento do vínculo afetivo que refletirá no desenvolvimento global do bebê (CATADEN, DE OLIVEIRA, BÖING, 2020).

Figura 1: Pintura no ventre materno finalizada 1. Acervo pessoal. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2020.



Figura 2: Pintura no ventre materno finalizada 2. Acervo pessoal. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2020.



Durante a experiência, percebeu-se que pequenos gestos (res) significam tanto o cuidado obstétrico, quanto os profissionais que o prestam frente a situações novas e inesperadas pelas quais somos afetados neste território, surgindo desafios de realizar o acompanhamento da gestante a partir de um plano especial de assistência que assegure um suporte social, institucional e emocional neste momento tão delicado (ESTRELA et al, 2020).

Usar essas tecnologias leves de cuidado, que permitam o bem-estar físico e psíquico da mulher, por meio da aproximação com o seu bebê imaginário e com seus familiares, mesmo que de forma virtual, é de suma importância, pois a gestação é permeada de diversas mudanças físicas e psíquicas. Nesse período de pandemia, além das preocupações habituais da gravidez, é essencial buscar manter a saúde do corpo e da mente (ALMEIDA, PORTUGAL, ASSIS, 2020). Assim, o cuidado empático fortalece a experiência de mulheres e profissionais, trazendo qualidade para a assistência neste momento. “Para mudar o mundo é necessário mudar a forma de nascer” (ODENT, 2002).

CONSIDERAÇÕES

Por meio deste relato, percebe-se que a pintura no ventre materno é um cuidado inovador que pode ser empreendido pela enfermagem obstétrica, não só neste momento único de pandemia, mas de forma universal na assistência à mulher grávida, rompendo com modelos engessados da medicalização do parto, trazendo um potencial humanizador e holístico para esse momento singular na vida das mulheres. É perceptível que essa atividade promove vivências profundas, tanto nos profissionais que as realizam como nas mulheres que a experienciam. Sugere-se que novos estudos sejam realizados para dar maior robustez a este novo objeto da ciência e da prática obstétrica.

Como limitação deste estudo, ressalta-se um número pequeno de gestantes que consentiram em ter seu abdômen grávido pintado devido à falta de conhecimento da técnica e a inexistência até o momento de sua realização em um ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. DE O.; PORTUGUAL, T.M.; ASSIS, DE T.J.C.F. GESTANTES E COVID-19: ISOLAMENTO COMO FATOR DE IMPACTO FÍSICO E PSÍQUICO. **REV. BRAS. SAUDE MATER. INFANT**, RECIFE, V. 20, N. 2, p. 599-602, 2020.

AZEVEDO, K.F.; VIVIAN, A.G. Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. **Diaphora**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 1, p. 33-40, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – **Recomendações para o Trabalho de Parto, Parto e Puerpério durante a pandemia da COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 19 nov. 2020.

CANDATEN, M.B.; DE OLIVEIRA, Custódio, Z.A.; BÖING, E. Promoção do Vínculo Afetivo entre Mãe e Recém-Nascido Pré-Termo: Percepções e Ações de uma Equipe Multiprofissional. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 1, p. 60-85, 2020.

DA SILVA, R.C.F. et al. Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE**, São Paulo, v. 14, p. 1-9, 2020.

DA SILVA, T.P.R et al. Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 235-242, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900235&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2020.

DE CARVALHO, C. de S. et al. **Repercussões da depressão pós-parto no vínculo mãe-bebê**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Católica de Salvador, Bahia, 2019.

ESTRELA, F.M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300215, 2020.

MASCARENHAS, V.H.A. et al. COVID-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo v. 28, e3348, 2020.

MATA, J.A.Laiada; SHIMO, A.K.K. A arte de pintar o ventre materno: história oral de enfermeiras e obstetrias. **Enfermería Actual de Costa Rica**, Costa

Rica, n. 35, p. 1-23, 2018. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200001&lng=en&nrm=iso>. Access on: 07 Oct. 2020.

MONGUILHOTT, J.J. da C. et al. Nascir no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, 2018. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100200&lng=en&nrm=iso>. Access on: 07 Oct. 2020.

ODENT, Michael. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain; 2002. 142p.

PEREIRA, S.B. et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, 2018. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en&nrm=iso>. Access on: 07 Oct. 2020.

PINTO, R.C da S.F. O vínculo mãe-bebê: uma revisão integrativa de literatura. 2019. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Taubaté, São Paulo, 2019.

ROLLINS, J.; SONKE, J.; COHEN, R.; BOLES, A.; LI, J. Arts in healthcare: 2009 State of the Field Report. Washington: Society for the Arts in Healthcare; 2009. Available from: https://www.americansforthearts.org/sites/default/files/ArtsInHealthcare_0.pdf. Access on: 19 nov. 2020.

SILVA, M.M. de J.; SILVA, S.C.B.; MELO, G.A. Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Bogotá, v. 21, n. 2, 2019. DOI: 10.11144/Javeriana.ie21-2.aget. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/19754> Acesso em: 17 nov. 2020.

A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS COMO CAUSA DE INFERTILIDADE E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Beatriz Joia Tabai⁶
Beatriz Magalhães Moreira⁷
Helbio de Oliveira Miranda⁸

INTRODUÇÃO

Diversas são as causas que levam um casal a ser infértil. Basicamente, se há impossibilidade em estabelecer uma gravidez clínica após 12 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas, o diagnóstico então é definido (HOCHSCHILD et al., 2017). Alterações genéticas, endocrinológicas, imunológicas, anatômicas, ambientais, assim como idade e estilo de vida são fatores relacionados com infertilidade (COSTA *et al.*, 2016). Por ser uma das endocrinopatias mais comuns a atingir mulheres durante a menacme, com prevalência em torno de 6% a 16%, a síndrome dos ovários policísticos (SOP) encontra sua importância no âmbito das possíveis patologias relacionadas à infertilidade (FEBRASGO, 2018).

Este capítulo tem o objetivo de demonstrar de que maneira a SOP afeta a fertilidade feminina e quais as possíveis terapêuticas para estes casos.

SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO

Sabe-se que a síndrome dos ovários policísticos está associada diversas alterações orgânicas, embora a etiologia dessa patologia não seja ainda totalmente esclarecida. A presença de acne, hirsutismo, seborreia, alterações menstruais e infertilidade, configuram como manifestações clínicas frequentemente presentes, além de estarem associados a algumas morbidades como diabetes tipo 2, síndrome meta-

⁶ Discente de medicina (UFVJM), campus Mucuri.

⁷ Discente de medicina (UFVJM), campus Mucuri.

⁸ Docente da Faculdade de Medicina do Mucuri (UFVJM).

bólica, dislipidemias, hipertensão arterial e obesidade. Isso demonstra a tamanha complexidade dessa condição clínica e o quanto a SOP pode afetar a vida dessas mulheres. (LIZNEVA *et al.*, 2016; ZHANG *et al.*, 2019; CAVALCANTE *et al.*, 2016; HOFFMAN *et al.*, 2014; ROSENFELD; EHRMANN, 2016).

A SOP foi descrita pela primeira vez em 1935 e, desde de então, foram realizados e publicados vários estudos sobre essa síndrome, mas ainda assim não existia um consenso sobre os critérios diagnósticos dela. O primeiro consenso foi realizado em 1990 pela National Institutes of Health (NIH), o qual estabeleceu a presença do hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e a oligo-amenorreia como critérios obrigatórios. Já em 2003, o consenso de Rotterdam acrescentou a morfologia ovariana policística ao ultrassom (USG) como um dos critérios, somado aos já considerados pela NHI. Apesar de nenhum critério ser obrigatório, o diagnóstico é feito quando existem apenas 2 dos 3 critérios. Além desses consensos, a Androgen Excess & PCOS Society (AE-PCOS), em 2006, afirmou que a base da SOP seria o hiperandrogenismo e, por isso, ele seria o elemento obrigatório adicionado a pelo menos 1 dos outros critérios já estabelecidos. Na prática clínica, o consenso de Rotterdam é o mais utilizado e 4 fenótipos podem ser diferenciados a partir dele, sendo eles: 1) Hiperandrogenismo + oligo-amenorreia, 2) Hiperandrogenismo + Ovários Policísticos no USG, 3) Oligo-amenorreia + Ovários Policísticos no USG e 4) Hiperandrogenismo + Oligo-amenorreia + Ovários Policísticos no USG (FEBRASGO, 2018; LIZNEVA *et al.*, 2016; BEDNARSKA; SIEJKA, 2017). A hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congênita, disfunção da tireoide, tumores secretores de androgênios e síndrome de Cushing são condições que devem ser excluídas como possíveis causas dos sinais e sintomas presentes, para que haja confirmação do diagnóstico da SOP (BRASIL, 2019).

A fisiopatologia da síndrome está relacionada a uma hipersecreção do Hormônio Luteinizante (LH), que é patognomônico desta condição, e a uma secreção baixa ou no limite inferior do Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Dessa forma, o aumento das concentrações séricas do LH acima da normalidade, em decorrência do aumento da

frequência e amplitude de pulsos desse hormônio, induz as células da teca a produzirem elevadas quantidades de androgênios, especialmente a testosterona, sem que haja a conversão proporcional em estradiol, já que os níveis de FSH estão reduzidos, explicando assim o hiperandrogenismo. (ROSENFELD; EHRMANN, 2016; FEBRASGO, 2018). Além disso, disfunções presentes nas células da granulosa parecem contribuir para a superprodução de androgênios nas células tecais, já que elas sofrem o processo de luteinização prematuramente como resultado do excesso de insulina e androgênio. (ROSENFELD; EHRMANN, 2016).

Cerca de metade das mulheres com SOP apresentam resistência à insulina e, como forma de compensação, ocorre hiperinsulinemia. Por conseguinte, o excesso de insulina circulante acaba sensibilizando as células da teca a secretarem mais andrógenos em resposta ao LH que também está em níveis elevados (ROSENFELD; EHRMANN, 2016; SOARES JÚNIOR, 2018). Além disso, a insulina atua no fígado, reduzindo a concentração da proteína carreadora de androgênios (SHBG) e, com isso, aumenta a concentração de testosterona livre, potencializando os efeitos do hiperandrogenismo (FEBRASGO, 2018).

A presença de acne, hirsutismo e/ou alopecia androgênica são manifestações clínicas que decorrem do hiperandrogenismo, mas sinais de virilização, como aumento da massa muscular, redução das mamas, engrossamento da voz e clitoromegalia, não são típicos da SOP (HOFFMAN *et al.*, 2014).

O intenso recrutamento e ativação folicular com menor atresia dos folículos em estágios iniciais associados a níveis de FSH reduzidos prejudica o crescimento folicular até estágios maduros e, devido a isso, os folículos ficam estacionados em estágios intermediários, dando ao ovário a morfologia policística. (FEBRASGO, 2018). Portanto, essa paralisação dos folículos em estágios intermediários leva ao comprometimento da ovulação.

A amenorreia ou a oligomenorreia acontece, muitas vezes, por consequência da anovulação, já que por conta dela ocorre baixa produção de progesterona e sem a queda súbita desse hormônio não há

fluxo menstrual. Porém, níveis elevados de androgênios também podem contribuir para que isso ocorra, uma vez que eles podem neutralizar o estrogênio e causar endométrio atrófico. Com a baixa produção de progesterona, o endométrio fica exposto à ação do estrogênio, o que leva a estimulação excessiva que resulta em sangramento imprevisível (HOFFMAN *et al.*, 2014).

INFERTILIDADE

Quando o casal ainda não teve filhos, a infertilidade é classificada como primária, já quando ocorre falha gestacional após gestações prévias, a infertilidade é dita secundária. Queixas de infertilidade e subfertilidade são presentes em mulheres com SOP em virtude dos ciclos anovulatórios. A partir disso, a síndrome é a causa mais comum de infertilidade secundária à anovulação, sendo responsável por cerca de 80% de todos esses casos. Em menos de 1 ano, as intervenções de fertilidade podem começar a serem realizadas, tendo como base a história médica sexual e reprodutiva, idade, achados físicos e testes de diagnóstico (COSTA *et al.*, 2016; BORGHT; WYNS, 2018; HOCHSCHILD *et al.*, 2017; HOFFMAN *et al.*, 2014).

A fertilidade nas mulheres que possuem SOP é afetada não somente pela ausência de ovulação, mas também por anormalidades endometriais, já que o crescimento e diferenciação do endométrio em mulheres com SOP são influenciados pelos andrógenos, insulina e estrógenos, sem a oposição da progesterona (LOPES *et al.*, 2011). A hipersecreção de LH contribui para a irregularidade menstrual, embora a ausência de ovulação também possa decorrer em virtude da resistência à insulina. Já em relação às alterações endometriais, elas parecem estar possivelmente conectadas a mediadores moleculares, incluindo moléculas de adesão celular, citocinas, fatores de crescimento e lipídios, que podem ser marcadores bioquímicos da receptividade endometrial e, com isso, interferir na implantação do blastocisto no endométrio (Baracat *et al.*, 2015; HOFFMAN *et al.*, 2014; BALEN *et al.*, 2016).

TRATAMENTO DA INFERTILIDADE EM MULHERES COM SOP

Ainda não existem evidências científicas suficientes para definir um tratamento ideal para a infertilidade na SOP, no entanto, a opção não medicamentosa baseada em mudanças no estilo de vida é a primeira indicação. Vale ressaltar que cada caso tem sua especificidade, dessa forma a escolha do plano terapêutico é individualizada e leva em conta fatores como obesidade, idade, hiperandrogenismo e tempo de infertilidade, por exemplo (FEBRASGO, 2018; BALEN *et al.*, 2016).

MODIFICAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

Mudanças no estilo de vida, tais como perda de peso, práticas de atividades físicas e alimentação, tem se mostrado eficazes para o tratamento da infertilidade na SOP, tanto que o Consenso das Sociedades Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) e Americana (ASRM) sugere como primeira linha de tratamento (MORAIS, 2017).

A perda de peso, por exemplo, colabora para a normalização das disfunções hormonais relacionadas à síndrome, pois contribui para o aumento das concentrações plasmáticas da SHBG e diminui as concentrações séricas de androgênios e insulina. Isso é tão importante que a diminuição de apenas 5% a 10% do peso associado a outras mudanças no estilo de vida, como a alimentação, parece ser suficientes para recuperar a função reprodutiva e normalizar as funções metabólicas e psicológicas em mulheres obesas com SOP (MORAIS, 2017; MORGANTE *et al.*, 2017; COSTELLO *et al.*, 2019). Como a ovulação é menos efetiva quando o índice de massa corpórea (IMC) é maior que 28-30 kg/m², o emagrecimento também melhora a resposta da indução ovulatória (MOTTA; DOMINGUES; JÚNIOR, 2012).

Outro fator interessante é que mesmo sem perda ponderal, a prática de exercícios físicos tem demonstrado eficácia na atenuação das alterações metabólicas relacionadas a função reprodutiva. Isso ocorre porque ela melhora a resistência à insulina de forma efetiva. (FEBRASGO, 2018; BALEN, 2016).

INDUTORES DA OVULAÇÃO E INIBIDORES DA AROMATASE

Haverão casos em que medicações serão necessárias para induzir a ovulação a fim de que a mulher engravide. Assim, o indutor da ovulação mais comumente utilizado é o citrato de clomifeno (CC) (MOTTA; DOMINGUES; JÚNIOR, 2012; MORGANTE *et al*, 2017). Essa é uma droga antiestrogênica e seu principal mecanismo de ação parece depender do aumento da produção hipofisária das gonadotrofinas FSH. (MORGANTE *et al*, 2017). O tratamento com CC ocorre entre 3 e 6 ciclos, nos quais ele é administrado por cinco dias com início nos primeiros dias do ciclo menstrual, doses iniciais de 50mg/dia e doses máximas de 150mg/dia (MORGANTE *et al*, 2017; COSTELLO, 2019). Se essa dose máxima for alcançada e ainda não houver ovulação, a paciente é considerada como resistente ao CC e se ela não engravidar após seis ciclos ovulatórios, é considerada falência deste medicamento (COSTELLO, 2019). Por outro lado, o CC tem efeito antiestrogênico no endométrio e na produção de muco cervical, o que ocasiona casos em que ocorre ovulação, mas a paciente não engravida. Isso fica evidente porque este medicamento induz ovulação em cerca de 80% das mulheres com SOP, mas apenas 30–40% delas conseguem engravidar (MORGANTE *et al*, 2017).

Atualmente, outra linha de medicamentos, os inibidores da aromatase (IA), tem sido proposta para induzir a ovulação, sendo o letrozol o mais indicado, um fármaco potente, reversível e altamente seletivo. Ele é administrado em doses entre os 2,5 e os 7,5 mg/dia durante 5 dias no dia 3-7 do ciclo menstrual (GONÇALVES, 2016). Comparações entre a eficácia do CC e do letrozol têm sido feitas a fim de definir qual a melhor linha de tratamento. Uma metanálise em 2011 com seis ensaios randomizados controlados, que comparam o letrozol com o CC em 841 pacientes com SOP, concluiu a mesma eficácia para ambos os medicamentos (HE; JIANG, 2011). Outra metanálise em 2018 contendo nove ensaios randomizados controlados, envolvendo 2.255 pacientes, que comparam a indução de ovulação letrozol e CC, seguida de relação sexual programada, indicou que o letrozol aumentou significativamente

as taxas de ovulação, taxa de gravidez e taxa de nascidos vivos. No entanto, letrozol e CC não diferiram significativamente em termos de gravidez múltipla e taxas de aborto. Além disso, o letrozol para indução da ovulação melhorou significativamente a taxa de gravidez após a inseminação intrauterina (HU *et al*, 2018).

DROGAS INSULINO-SENSIBILIZANTES

Quando foi comprovado que a resistência à insulina e sua consequente hiperinsulinemia compensatória têm um papel importante para a fisiopatologia da SOP, os sensibilizadores de insulina começaram a ser adotados como opção terapêutica para a infertilidade causada por esta patologia. Eles atuam aumentando a responsividade dos tecidos-alvo à insulina, o que diminui os níveis séricos deste hormônio, e também reduzindo as concentrações séricas de androgênios e LH (BALEN, 2016; HOFFMAN *et al.*, 2014).

Nessa linha, o fármaco mais utilizado para tratar a infertilidade é a Metformina (MORAIS, 2017). A eficácia dela é comprovada por alguns estudos em mulheres com SOP anovulatória, os quais demonstraram que o uso deste fármaco isolado possui melhoria da função reprodutiva e das taxas de gravidez clínica quando comparada ao placebo. (BALEN, 2016). Outros estudos também mostram que a combinação do uso da metformina com o CC também parece melhorar as taxas de ovulação e gravidez, embora não aumente as taxas de nascidos vivos em comparação ao uso do CC sozinho. Ademais, essa combinação é normalmente benéfica em mulheres que possuem resistência ao CC isolado. (FEBRASGO, 2018). No entanto, não há evidências bastantes para indicar o uso de outros sensibilizantes de insulina no tratamento da SOP anovulatória (BALEN, 2016).

USO DE GONADOTROFINAS

Outras linhas de tratamento medicamentoso sugerem também o uso de gonadotrofinas. Ele é indicado essencialmente, quando as mulheres com SOP anovulatória apresentam resistência aos indutores convencionais e objetiva a normalização da função ovariana. Seu esquema terapêutico

funciona da seguinte forma: inicia-se com doses baixas de FSH, variando de 50 a 70 unidades internacionais (UI) por dia e, caso não haja resposta ovariana favorável após 14 dias, realiza-se o aumento da dose diária de forma gradual. Essa abordagem progressiva reduz os riscos de hiperestimulação ovariana e gravidez múltiplas (CARVALHO, 2019; BALEN, 2016).

PERFURAÇÃO OVARIANA

Além das opções terapêuticas anteriormente citadas, ainda existem procedimentos cirúrgicos como forma de tratamento da infertilidade na SOP. Dentre eles é possível identificar a perfuração ovariana, considerada uma cirurgia minimamente invasiva, na qual os ovários são tratados com pequenas perfurações utilizando calor ou laser. Ela é indicada para as mulheres que apresentam resistência ao tratamento clínico, sobretudo ao CC. Essa perfuração leva a resultados positivos na ovulação, já que a partir dela ocorre queda nos níveis de andrógenos e LH, além do aumento da secreção do hormônio FSH. Tal procedimento não é muito utilizado, já que existem outras abordagens comportamentais e farmacológicas menos invasivas e com igual eficácia (FEBRASGO, 2018; HUEB, 2015).

PROCEDIMENTOS DE FERTILIZAÇÃO IN VITRO

A fertilização in vitro é considerada a última linha de tratamento da infertilidade por SOP, sendo indicada às mulheres que não engravidaram com a indução de ovulação e quando existem outras causas de infertilidade, como comprometimento tubário ou infertilidade masculina (CARVALHO, 2019).

CIRURGIA BARIÁTRICA

Existe ainda uma relativamente nova alternativa cirúrgica para o tratamento de infertilidade na SOP, que é a cirurgia bariátrica. Ela é considerada para mulheres que possuem IMC acima de 35 kg/m² e que continuam inférteis, mesmo já tendo realizado mudanças no estilo de vida, e que não conseguiram perder peso por um período de 6 a 12 meses, no mínimo (FEBRASGO, 2018). A fertilidade parece melhorar

com esse procedimento, pois ele favorece a perda de peso e contribui na melhora da irregularidade menstrual, do hirsutismo, da resistência à insulina, das alterações hormonais e do perfil metabólico. Existem, porém, algumas complicações significativas associadas, como má absorção de nutrientes e alterações emocionais e, por isso, a indicação da bariátrica deve ser muito bem avaliada e individualizada. (FEBRASGO, 2018; BUTTERWORTH; DEGUARA; BORG, 2016; BALEN, 2016).

CONSIDERAÇÕES

Como vimos anteriormente, a síndrome dos ovários policísticos é responsável por diversas alterações metabólicas e causa a infertilidade, tanto por anovulação, quanto por disfunções endometriais. É necessário, contudo, atenção aos critérios diagnósticos a fim de que ela seja identificada em casos de mulheres com dificuldade para engravidar. Também é preciso ter atenção aos diagnósticos diferenciais desta síndrome.

O tratamento da infertilidade deve ser bastante individualizado, levando em conta a realidade de cada paciente, no entanto, as mudanças de hábitos de vida precisam ser priorizadas em detrimento de qualquer outra opção terapêutica. Dessa maneira, o acompanhamento multidisciplinar se mostra uma boa alternativa, visto que tais mudanças são nutricionais e de práticas de atividades físicas com objetivo de perda de peso. A paciente deve primeiro iniciar essa conduta e, se necessário, lançar mão do tratamento farmacológico, tendo as cirurgias como última opção.

Dentre as opções farmacológicas, o citrato de clomifeno ainda se mostra como a opção de escolha para induzir a ovulação. O letrozol pode ser considerado sim interessante, porém ainda são necessários maiores estudos para elucidar se ele é mais eficaz que o CC. Como a SOP está associada a síndrome metabólica e a resistência à insulina, o uso de metformina é indicado para as pacientes que se beneficiariam dela, além de normalmente também ser aliado ao CC em mulheres que possuem resistência a ele isolado.

Algo que deve ser considerado é o potencial que a cirurgia bariátrica tem de contribuir para a fertilidade na SOP, porém se fazem necessários maiores estudos para indicar esta opção com segurança.

REFERÊNCIAS

BALEN, A. H. *et al.* The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. **Human Reproduction Update**, v. 22, n. 6, p. 687-708, Nov. 2016.

BARACAT, M. C. P. *et al.* Systematic review of cell adhesion molecules and estrogen receptor expression in the endometrium of patients with polycystic ovary syndrome. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, vol. 129, n. 1, p. 1-4, Apr. 2015.

BORGHT, M. V.; WYNS, C. Fertility and infertility: definition and epidemiology. **Clinical Biochemistry**, v. 62, p. 2-10, Dec. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Síndrome dos Ovários Policísticos. Brasília: CONITEC, 2019. 170 p.

BREDNARSKA, S.; SIEJKA, A. The pathogenesis and treatment of polycystic ovary syndrome: what's new? **Advances in Clinical and Experimental Medicine**, v. 26, n. 2, p. 359-367, 2017.

BUTTEWORTH, J.; DEGUARA, J.; BORG, C. M. Bariatric surgery, polycystic ovary syndrome and infertility. **Journal of obesity**, v. 2016, Article ID 1871594, 6 p., 2016.

CAVALCANTE, B. G. C. H. *et al.* A importância da idade na síndrome metabólica em pacientes portadoras de ovários policísticos. **International Journal of Nutrology**, vol. 9, n. 2, p. 199-208, Ago. 2016.

COSTA, C. M. V. *et al.* Infertilidade: causa ou consequência da violência? **Revista Médica de Minas Gerais**, vol. 26, n. 8, p. 355-361, 2016.

CARVALHO, B. R. Síndrome dos ovários policísticos: particularidades no manejo da infertilidade. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 9, p. 540-545, nov. 2019.

COSTELLO, M. F. *et al.* A brief update on the evidence supporting the treatment of infertility in polycystic ovary syndrome. **The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists**, v. 57, n. 6, p. 867-873, Set. 2019.

GONÇALVES, M. M. G. S. **Letrozole vs citrato de clomifeno na indução da ovulação em casos de síndrome do ovário poliquístico**. 2015. 23 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.

HE, D.; JIANG, F. Meta-analysis of letrozole versus clomiphene citrate in polycystic ovary syndrome. **Reproductive Biomedicine Online**, v. 23, n. 1, p. 91-96, Jul. 2011.

HOCHSCHILD, F. Z. *et al.* The International Glossary on Infertility and Fertility Care. **Fertility and Sterility**, v. 108, n. 3, p. 393-406, Set. 2017.

HOFFMAN, B. L. *et al.* **Ginecologia de WILLIAMS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 463 p.

HU, S. *et al.* Letrozole versus clomiphene citrate in polycystic ovary syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297, n. 5, p. 1081-1088, Jan. 2018.

HUEB, C. K. *et al.* Drilling: medical indications and surgical technique. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, n. 6, p. 530-535, Dec. 2015.

LIZNEVA, M. D. D. *et al.* Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. **Fertility and sterility**, v. 106, n. 1, p. 6-15, Jul. 2016.

LOPES, I. M. R. S. *et al.* Endométrio na janela de implantação em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 702-709, Dez. 2011.

MORAIS, E. A. F. *et al.* Metformina e citrato de clomifeno no tratamento de fertilidade na síndrome dos ovários policísticos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2., p. 127-131, jul. 2017.

MORGANTE, G. *et al.* Therapeutic approach for metabolic disorders and infertility in women with PCOS. **Gynecological Endocrinology**, v. 34, n. 1, p. 4-9, Aug. 2017.

MOTTA, E. L. A.; DOMINGUES, T. S.; SOARES JUNIOR, J. M. O uso de sensibilizadores de insulina no tratamento de infertilidade em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 99-101, Mar. 2012.

ROSENFIEL, R. L.; ERHMANN, D. A. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The Hypothesis of PCOS as Functional Ovarian Hyperandrogenism Revisited. **Endocrine Reviews**, v. 37, n. 5, p. 467-520, Oct. 2016.

SOARES JÚNIOR, J. M. Síndrome dos ovários policísticos. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, São Paulo, 2018. (Protocolo FEBRASGO, no. 39, Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).

FEBRASGO. **Síndrome dos Ovários Policísticos**, São Paulo, 103p., 2018. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina).

ZHANG, J. *et al.* Polycystic ovary syndrome and mitochondrial dysfunction. **Reprod Biol Endocrinol**. [S.I.], v. 17, n. 1, [S.I.], Ago. 2019.

AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS E A SAÚDE DAS MULHERES

Natália Cristina Silva⁹
Gabriela de Cássia Ribeiro¹⁰
George Sobrinho Silva¹¹

INTRODUÇÃO

No final do século XIX, o perfil de morbimortalidade transformou-se, principalmente nos países desenvolvidos, uma vez que há a substituição das doenças infecto-parasitárias pelas crônicas não transmissíveis (PONTE *et al.*, 2010). Ocorre a chamada transição epidemiológica que se pauta na melhoria das condições de vida e saneamento da população, aumento da expectativa de vida e redução da natalidade (OLIVEIRA, 2018).

Entretanto, os países em desenvolvimento não realizaram esse processo de transição de forma completa, há uma convivência ou sobreposição das doenças transmissíveis e não transmissíveis devido às diferentes realidades socioeconômicas apresentadas (PONTE *et al.*, 2010).

Ainda hoje, um grupo de doenças classificadas como Doenças Negligenciadas (DN) assumem importância para a saúde pública. As DN compõem um grupo diversificado de 17 doenças transmissíveis que prevalecem em condições tropicais e subtropicais e custam bilhões de dólares às economias em desenvolvimento. Estas acometem sobretudo as populações de baixa renda e são perpetuadoras da condição de pobreza em países subdesenvolvidos (OLIVEIRA, 2018; OPAS, 2019).

As doenças negligenciadas possuem uma subclassificação, a qual são denominadas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), que necessitam de condições quentes e úmidas para sua ploriferação. Esse grupo é composto por: dengue, raiva, tracoma, úlcera de Buruli, trepo-

⁹ Graduanda em Enfermagem (UFVJM).

¹⁰ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem (UFVJM).

¹¹ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem (UFVJM).

nematoses endêmicas, hanseníase, doença de chagas, doença do sono, leishmaniose, cisticercose, dracunculíase, equinococose, infecções por trematódeos causadas por alimentos, filariose linfática, oncocercose, esquistossomose e helmintíases transmitidas pelo solo (ROCHA, 2012; DIAS *et al*, 2013).

Em 2006, foram definidas sete doenças negligenciadas prioritárias para o Brasil baseadas em critérios epidemiológicos, impacto da doença e dados demográficos. São elas: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, malária, esquistossomose, hanseníase e tuberculose (BRASIL, 2010; ROCHA, 2012).

Um fator preponderante para a incidência das doenças negligenciadas é a pobreza. Essas doenças estão diretamente relacionadas as condições básicas de higiene, acesso a água potável e saneamento básico adequado, além disso pessoas com menos acesso a informação não tem o conhecimento necessário para evitar a contaminação por essas enfermidades. Ademais, essas doenças ainda contribuem para a manutenção do ciclo da pobreza pois geram incapacidades nos indivíduos infectados, afastando-os do trabalho e assim ocasionando um impacto no desenvolvimento do país (SILVA; NICOLETTI, 2013; ALMEIDA, ALMEIDA e RAMALHO, 2017).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura a fim de identificar como as DTN podem impactar na saúde das mulheres em diversos âmbitos, além do biológico.

A RELAÇÃO DAS MULHERES COM AS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

Segundo dados preliminares do Ministério da Saúde do Brasil, em 2019, 6,9% (n=4426) das mortes de mulheres em idade fértil ocorreram por doenças infecciosas e parasitárias. Diante de uma grande extensão territorial há uma diferença entre as regiões do país, sendo que a região Sudeste foi a maior em números absolutos (n=1759) seguida do Nordeste (n=1195) (BRASIL, 2020).

Estudo realizado em uma região da Etiópia revelou que apesar de haver uma queda na mortalidade das mulheres, as doenças infecciosas e parasitárias contribuíram para a maior parcela (1,40 mortes/1000 pessoas/ano) dentre as três principais causas de morte (MELAKU, WELDEAREGAWI, 2014).

Além da desigualdade de gênero histórica e cultural (GONÇALVES *et al.*, 2018), mulheres e crianças são sabidamente um grupo mais vulnerável e bastante acometidas pelas DTN, que têm como característica se manifestar principalmente em populações carentes e marginalizadas (WHO, 2016).

A intensificação das medidas de prevenção e controle das doenças negligenciadas voltadas para as mulheres e crianças podem resguardá-las das consequências das doenças agudas e crônicas, reduzir o risco das incapacidades, estigma e mortes prematuras (WHO, 2016).

A diferença de como mulheres e homens experienciam as doenças infecciosas, apontam caminhos importantes para epidemiologia. É preciso saber sob a ótica de gênero, dentre outras particularidades, como se dá a exposição aos vetores e patógenos, as diferenças de risco de contaminação, pois ocupam os espaços sociais de formas diferentes, como exemplo estão o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (WHO, 2017).

Além disso e não menos importante, existem as diferenças biológicas entre os sexos. As mulheres grávidas, por exemplo, têm um risco maior de serem picadas pelo inseto vetor da malária e desenvolver formas mais graves da doença, devido às alterações no seu sistema imune (AVERY, 2001; WHO, 2017). A malária pode ser responsável por muitos partos prematuros e nascidos mortos (WHO, 2017).

Na África, foi evidenciado que 13,0 a 19,0% das mulheres já iniciaram o pré-natal infectadas pelo *Plasmodium*, principalmente as que viviam em regiões rurais e remotas. Além disso, observou-se que crianças e adolescentes apresentaram taxa de detecção de 77,0% (MANEGO *et al.*, 2017).

Da mesma forma, a mulher com hanseníase pode vivenciar uma gestação de alto risco e desenvolver reações hansênicas graves (AVERY, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O *T.Cruzi*, causador da doença de Chagas, pode ser transmitido por via placentária ao feto, por volta do segundo e terceiro trimestre, causando a Chagas congênita. É importante compreender a carga de transmissão do *T.Cruzi* em mulheres para eliminar a Chagas congênita, principalmente em regiões endêmicas (GEBREKRISTOS e BUE-KENS, 2014).

Sabe-se que as mulheres têm mais risco de se contaminar pelo tracoma, diante do contato mais íntimo com as crianças que são a principal fonte de transmissão. Esta doença pode levar a cicatrizes na conjuntiva e complicações visuais mais tarde (WHO, 2010).

Outra questão que envolve as doenças negligenciadas é que muitas são incapacitantes, estigmatizantes e podem causar alterações na aparência física. Diante um de padrão de beleza estabelecido pela sociedade, esta condição leva a frequente discriminação social da mulher (GONÇALVES *et al.*, 2018; SILVA e BARSAGLINI, 2019).

Conviver com o corpo manchado e com incapacidades físicas, como é o caso da hanseníase, causa profundos impactos na mulher, como isolamento social, frustração, angústia e outros problemas de ordem emocional e psíquicos (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Em algumas condições, com a cronificação da doença, as mulheres precisam ainda desconstruir o conceito de cura, pois por muito tempo terão que conviver com marcas, dormências, fraquezas e modificações corporais (SILVA e BARSAGLINI, 2019).

Apesar disso, as mulheres tendem a realizar diagnósticos mais precoces e com menos complicações que os homens, uma vez que prestam mais atenção em seus corpos e procuram o serviço de saúde com mais frequência (RIBEIRO e LANA, 2015).

Entretanto, um estudo na Bahia mostrou um resultado contrário a esta afirmação, pois observou que houve uma tendência de queda da taxa de detecção da hanseníase em mulheres, mas as acometidas pela

doença apresentaram as formas transmissíveis e com maior possibilidade de desenvolverem incapacidades físicas (SOUZA *et al.*, 2018).

Talvez uma explicação para este fato, seja porque em algumas comunidades onde o papel da mulher é majoritariamente cuidar dos filhos e da casa, os cuidados pessoais acabam ficando em segundo plano. Estudo de SILVA e BARSAGLINI (2011) demonstrou que algumas mulheres utilizaram soluções caseiras para tratar a mancha de hanseníase, pois alegaram não poder parar os afazeres domésticos ou trabalho para procurar a unidade de saúde, atrasando o diagnóstico.

As deformidades causadas pelas DTN nas mulheres podem também causar impacto na estrutura familiar, nas relações sociais e de trabalho. Não é incomum o divórcio, abandono, a exclusão social e a perda de renda. É preciso aconselhamento psicológico para estas mulheres (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Ademais, as DTN não são as únicas condições que acometem as mulheres. Estas precisam conviver com outras doenças crônicas que requerem acompanhamento pelo serviço de saúde (SILVA e BARSAGLINI, 2019).

POLITICAS E AÇÕES DE CONTROLE DAS DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS – EXPERIÊNCIA DO BRASIL

Foi a partir da criação da Atenção Primária à Saúde (APS) junto ao SUS, com a implantação do Programa de saúde da Família (PSF) em 1994 e, posteriormente, Estratégia de Saúde da Família (ESF), que o governo conseguiu expandir e ampliar o alcance de suas políticas de saúde para a população, dentre estas, as direcionadas para as doenças negligenciadas. Houve um aumento da taxa de cobertura nos chamados vazios assistenciais, resultando em uma maior assistência em saúde, sobretudo das populações mais carentes e acometidas por essas doenças (CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Um programa de suma importância para a saúde pública no Brasil foi o Programa de Combate da Doença de Chagas, que começou

a se esboçar na década de 50 com ações de combate da transmissão da doença no ambiente domiciliar. O programa obteve sucesso e conseguiu a diminuição de transmissão vetorial domiciliar. Atualmente, ele vem enfrentando desafios para a sua manutenção em determinados locais do país (VILLELA *et al.*, 2009; SILVA 2018).

Graças às ações de combate ao vetor da doença, em 2006 o Brasil ganhou a Certificação da Interrupção da Transmissão da Doença de Chagas pelo principal vetor domiciliado, o *Triatoma. infestans*, concedida pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e OMS. A vigilância epidemiológica foca em diversas ações para o controle da doença como a monitorização da infecção na população humana com inquéritos sorológicos; controle da transmissão vetorial; realização de ações de vigilância sanitária, ambiental, de vetores e reservatórios, entre outras (BRASIL, 2017).

Dentre as políticas e programas desenvolvidos para a esquistossomose destaca-se o Programa de Controle da Esquistossomose que, embora tenha sido criado em 1980, e sofrido adequações ao longo dos anos, como a descentralização de seu controle em 1988 em que os municípios passaram a ser responsáveis sob sua própria vigilância para o controle da Infecção. Atualmente o Ministério da Saúde aborda as comunidades das áreas de maior risco para evitar as complicações da infecção, além de buscar melhorias no saneamento básico dessas localidades (QUITES *et al.*, 2016). Além disso, o governo brasileiro lançou estratégias para o controle da mesma, como a definição de caso de esquistossomose; notificação; a investigação epidemiológica; o inquérito coproscópico; a classificação das áreas de transmissão; as ações de educação em saúde e o tratamento nas localidades endêmicas, com uso de praziquantel via oral (DUBEUX *et al.*, 2019).

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de controle da Dengue, para apoio aos estados e municípios nas ações de prevenção e controle da mesma. O Ministério da Saúde foca em diversas ações como programas de combate ao mosquito, campanhas de informação em diversos meios

de comunicação e ainda um fortalecimento da vigilância epidemiológica para a detecção precoce dos casos (BRASIL, 2018).

Para o controle da dengue existe uma equipe da Unidade Básica de Saúde – UBS composta por profissionais de saúde e Agentes de Combate a Endemias - ACE, que contribuem para o seu controle com ações de prevenção. O ACE tem diversas funções no combate ao vetor da doença, como atuação junto ao domicílio informando a população sobre a dengue, vistoriação dos imóveis para observar se há locais de criadouros do mosquito, entre outras diversas funções. (BRASIL, 2009)

A malária também foi contemplada com ações para o seu controle. Em 2003, a Fundação Nacional de Saúde implantou o Programa Nacional de controle da Malária, que neste mesmo ano, foi transferido para a Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Este programa foca no controle e redução dos casos de malária levando em conta as especificidades locais do Brasil (BRASIL, 2018).

Em 2018, o Brasil conquistou o prêmio intitulado Campeões contra a Malária nas Américas, organizada pela OPAS. O programa desenvolvido em Roraima focou em ações sobre o diagnóstico, tratamento da doença e uso de mosquiteiro e conseguiu a diminuição de cerca de 44% os casos de malária no estado entre 2016 e 2017 (OPAS, 2019).

O Brasil desenvolveu várias ações de políticas públicas para o combate e controle da tuberculose, dentre elas está a publicação do plano estratégico para o controle da tuberculose de 2007 a 2015; inclusão da tuberculose no pacto pela vida em 2006; e em 2007 a publicação do Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como problema de saúde pública (ROCHA, 2015; BRASIL, 2019).

Além disso, existe também o Programa Nacional de Controle da Tuberculose que abrange as esferas municipais, estaduais e federal com o objetivo de facilitar o tratamento medicamentoso dos doentes e ações preventivas para o controle dos agravos da doença. Dentre as ações preconizadas por esse programa, destacam-se a busca sistemática de sintomáticos respiratórios, sobretudo em UBS; notificação da

doença; realização do exame de escarro; participar e realizar o tratamento diretamente observado; garantia dos medicamentos aos doentes; ações de intensificação da vacinação de BCG para os recém-nascidos (GONÇALVES, 2012; SILVA, 2015; BRASIL, 2019).

A leishmaniose visceral também é prioridade do governo brasileiro em ações de controle. O Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral criado em 2006, pelo Ministério da Saúde foca em ações para a redução da transmissão e da morbimortalidade com o controle vetorial e inquéritos soro epidemiológicos caninos, além de promoção de medidas de proteção individual como uso de mosquiteiro com malha fina, telagem de portas e janelas, uso de repelentes, além de outras ações (BRASIL, 2014; WERNECK, 2016).

Em 2010 foi criado o Programa Nacional de Controle da Hanseníase que desenvolve ações que visam orientar a prática em serviço dos profissionais de saúde; fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase; promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores da doença; exames de contato, orientações e aplicação de BCG (BRASIL, 2010; BRASIL, 2016).

Além disso, também em 2014, o Brasil realizou a inclusão das doenças negligenciadas no Programa de Saúde na Escola do governo federal, ação de suma importância para o combate e controle dessas doenças, visto que as crianças fazem parte do grupo de risco (ASSIS; JORGE, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura evidenciou uma lacuna no que tange a estudos que relacionem as DTN e a saúde das mulheres. A maior parte das pesquisas trata o sexo feminino apenas como uma variável de caracterização dos sujeitos e não fazem uma discussão mais profunda.

É preciso avançar nesta abordagem, pois sabe-se que a saúde materno-infantil é um importante indicador de desempenho das políticas públicas de saúde e as DTN ainda constituem um problema de saúde pública em diversos países.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T; ALMEIDA, T.S.O; RAMALHO, S.N.L. Delineamento das doenças tropicais negligenciadas no Brasil e o seu impacto social. **Rev InterScientia**. João Pessoa, v. 1, n. 5 [S.l], p.69-91, nov. 2017.

ASSIS, S; JORGE, A. Ações intersetoriais para o controle das doenças negligenciadas e promoção da saúde: uma análise do Programa Saúde na Escola (PSE) e suas contribuições para o Ensino de Ciências, In: X ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS – **X ENPEC, 2015**, Águas de Lindóia (SP). Anais da área: 7- Educação em saúde e educação em ciências. Águas de Lindóia (SP), 2015. Não paginado.

AVERY R. Immigrant women's health: Infectious diseases - Part 2. **West J Med**, v. 175, n.4, p. 277-279, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil - dados preliminares. **DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pmat10uf.def>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e Parasitárias**. Guia de Bolso. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em : 16 de jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Agente Comunitário de Saúde no controle da dengue**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_comunitario_saude_controle_dengue.pdf. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n. 1, p. 200-202. 2010. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017.pdf. Acesso em 03 de fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual da vigilância e controle da Leishmaniose visceral**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília, **Manual técnico-operacional**. 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/>

pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf. Acesso em: 02 fev. 2020.

Brasil. **Boletim Epidemiológico**. v.49, n. 49, nov. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Combate ao Aedes Aegypti: prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/combate-ao-aedes>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 01 fev. 2020

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. **Doenças**

Negligenciadas. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=37&Itemid=232. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE -OPAS. **Folha informativa – Malária**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5682:folha-informativa-malaria&Itemid=812. Acesso em: 25 nov.2019.

CAVALCANTI, P.C.S; OLIVEIRA NETO, A.V; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105 [s.l.], p.323-336, jun. 2015.

DIAS, L.C et al. Doenças tropicais negligenciadas: uma nova era de desafios e oportunidades. **Rev. Quim. Nova**. São Paulo, v. 36, n. 10, p. 1552-1556, set. 2013.

DUBEUX, L.S. et al. Avaliação do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas para o controle da esquistossomose mansônica em três municípios hiperendêmicos, Pernambuco, Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 28, n. 2 [s.l.], p. 01-15, ago. 2019.

GEBREKRISTOS H.T.; BUEKENS P. Mother-to-Child Transmission of Trypanosoma cruzi. **Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society**, v.3; Supplement 1, p. S36-S40, 2014.

GONÇALVES, M. et al. Trabalho e hanseníase: as mulheres em suas dores, lutas e labutas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 660-667, 2018.

MANEGO, R.Z.; et al. Demography, maternal health and the epidemiology of malaria and other major infectious diseases in the rural department Tsamba-

-Magotsi, Ngounie Province, in central African Gabon. **BMC Public Health**, v. 17, n.130, 2017.

MELAKU, Y.A.; *et al.* Causes of death among females–investigating beyond maternal causes: a community-based longitudinal study. **BMC Research Notes**, v. 7, n. 629, 2014

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde, **Malária**, 2018. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/malaria>. Acesso em : 15 jan 2020.

OLIVEIRA, S.G. *et al.* Gestação e hanseníase: uma associação de risco nos serviços de saúde. **Portal de Revistas SES**, v. 36, n.1, 2011.

OLIVEIRA, R. G. Sentidos das doenças negligenciadas na agenda da saúde global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conselho diretor. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Uso de los sistemas de Información Geográfica en Epidemiología (SIG-EPI). **Boletín Epidemiológico**, v.17, n.1, 1996.

PONTE, C. M. M. *et al.* Distúrbios metabólicos em doenças infecciosas emergentes e negligenciadas. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, p. 9, 2010.

QUITES, H.F.O *et al.* Avaliação das ações de controle da esquistossomose na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol** [online], [s.l.], v. 19, n. 2, p.375-389, jun. 2016.

RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 496-503, jul./set. 2015.

ROCHA, A.J. O impacto social das doenças negligenciadas no brasil e no mundo. 46f. 2012. **Monografia (Graduação em Medicina)** - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

ROCHA, G.S.S *et al.* Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102=311-2015000701483X&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 fev. 2020.

SILVA, E.L.; NICOLETTI, M.A. Controle e tratamento das doenças negligenciadas: visão da situação atual. **Revista Saúde**, São Paulo, v.7, n. 3,4, p. 65-81, 2013.

SILVA, J.P.; RAMOS, S.B; ANDRADE, M. Análise multivariada da esquistossomose no estado de Minas Gerais: análise de componentes principais. **ABCS Health Sci**. Belo Horizonte. v. 43, n. 2, p. 84-90, mar. 2018.

SILVA, L.M.A.; BARSAGLINI, R.A. “A reação é o mais difícil, é pior que hanseíase”: contradições e ambiguidades na experiência de mulheres com reações hansênicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 28, n. 04, 2019.

SOUZA, E. A. *et al.* Leprosy and gender in Brazil: trends in an endemic area of the Northeast region, 2001–2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n.20, 2018.

VILLELA, M.M et al. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 907-917, abr. 2009.

WERNECK, G.L. Controle da leishmaniose visceral no Brasil: o fim de um ciclo? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 32, n. 6, ed. ED010616, jun. 2016.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on the Control of the Leishmaniasis & World Health Organization. (2010). **Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis**. Geneva, mar. 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44412>. Acesso em: 11 fev. 2020.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neglected tropical diseases**. 2017. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/. Acesso em: 17 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**, 172p. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Health, Epidemiology and Genomics. **Infectious disease research and the gender gap**, v.2, e9, p.1-5, 2017.

ATENDIMENTO CLÍNICO À MULHER NO CONTEXTO DAS DIVERSIDADES SEXUAIS (LÉSBICAS E BISSEXUAIS)

Jenniffer Kellen Pimenta Sena Souza¹²

Caroline Reis Gonçalves¹³

Isabela Guedes Paiva¹⁴

Helisamara Mota Guedes¹⁵

INTRODUÇÃO

A ideia deste capítulo de livro surgiu da prática clínica, ao se observar a dificuldade que os profissionais de saúde têm em realizar uma consulta direcionada a mulheres cis lésbicas e bissexuais. Sabe-se das dificuldades que já existem em realizar um atendimento de qualidade a mulheres heterossexuais, estas aumentam quando os referenciais teóricos disponíveis são escassos e não esclarecem as necessidades de adaptações às diversidades.

Desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, princípios e diretrizes como equidade, universalidade e integralidade precisam estar presentes nas ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990). Todavia, há espaço privilegiado aos padrões sexuais binários, criando assim um “não lugar” ou um “lugar deslocado” para aqueles que não se encaixam nesse padrão estabelecido. Portanto, os serviços de saúde são um palco de negação para a acessibilidade à população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT), indo contra essas concepções (FERREIRA; BONAN, 2020).

A fim de quebrar esse demérito, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais, foi um grande marco para essa população, tendo sido instituída pelo Ministério da

¹² Acadêmica de Enfermagem (UFVJM).

¹³ Mestranda em Saúde da Mulher. Ginecologista e Obstetra (UFVJM).

¹⁴ Acadêmica de Medicina (UNIVACÃO).

¹⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional Ensino em Saúde (UFVJM).

Saúde por meio da Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011. Essa política surge então com o objetivo de alcançar direitos e deveres de prevenção e promoção de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2018a; BRASIL, 2011).

No atendimento à saúde da mulher no contexto das diversidades de gênero e de orientações sexuais, percebe-se um atendimento genérico deficiente, influenciado pelo estilo heteronormativo e binário no processo de acolhimento e atendimento pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2018a).

Quando se questiona o porquê do despreparo dos profissionais de saúde para o atendimento e acolhimento desse grupo, muitos procuram justificar que não há uma preparação na academia para essa prática, bem como um baixo interesse pelo estudo e investimento na produção de materiais científicos dirigidos à essa especificidade. Além disso, refutam o Ministério da Saúde por não abordar essa temática em outros manuais e materiais educativos. De fato, isso acontece, porém vale ressaltar que os conteúdos desse Ministério são escritos por profissionais da saúde, partindo deles o interesse ou não de se manterem atualizados quanto às vulnerabilidades vivenciadas por essa minoria. Quanto ao despreparo provindo da academia, é necessário que essas instituições incluam em seus planos pedagógicos essa temática, a fim de futuramente promover uma assistência profissional com ética, respeitosa, humanizada, praticando o cuidado e o acolhimento (ARAÚJO *et al*, 2019).

Este capítulo de livro tem o objetivo de orientar profissionais de saúde na consulta clínica com mulheres lésbicas e bissexuais.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste capítulo foi feito uma revisão narrativa nas bases de dados Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais, na Política Nacional de Atenção Básica e também no Instituto Nacional de Câncer.

Os critérios de inclusão preliminarmente definidos para a seleção dos artigos foram: publicações em português, inglês e espanhol, estar disponíveis gratuitamente no período de 2015 a 2020, temas referentes ao atendimento à saúde da mulher cis bissexual e homossexual, que permitissem promover uma análise crítica e criteriosa do assunto em questão. Ademais, os critérios de inclusão também incluíram serviços de saúde para a população LGBT, acesso ao Sistema Único de Saúde, dificuldades e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, cuidados e orientações à mulher bissexual ou homossexual na idade reprodutiva.

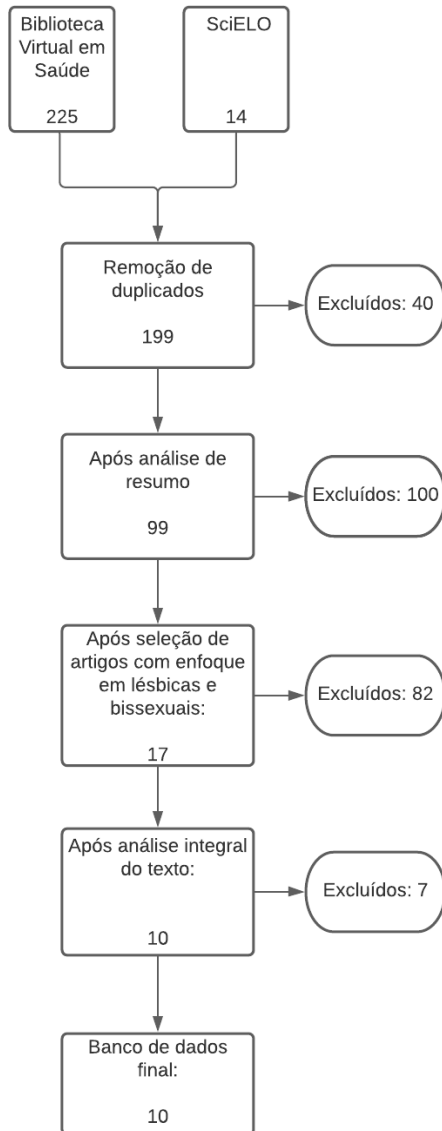
Os critérios de exclusão integram assuntos relacionados a saúde sexual em tempos da pandemia da Covid-19, artigos não disponibilizados gratuitamente e procedimentos específicos aos transexuais.

Na base de dados Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde foram utilizados os descritores “Bisexuais acesso a saúde”, encontrando 186 artigos e destes selecionados 10. “Dissidentes sexuais ginecologia”, encontrando 13 artigos e destes nenhum selecionado. Nos descritores “Homossexuais femininas ginecologia”, “Lésbicas ginecologia” e “Mulheres lésbicas ginecologia”, também foram encontrados 13 artigos em cada um deles e nenhum selecionado, pois os artigos encontrados que despertaram interesse quanto ao tema foram os mesmos selecionados nos descritores anteriores.

Já na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), foram utilizados os mesmos descritores citados anteriormente e somente no “Bisexuais acesso a saúde” que foram encontrados 14 artigos, porém eram artigos duplicados, admitidos e analisados anteriormente.

Após exaustiva leitura foi identificado uma dificuldade de encontrar estudos científicos a respeito do assunto, já que é um tema totalmente marginalizado, com pouco investimento e trabalhos nas academias. Nesse sentido, para enriquecer ainda mais o tema, se fez necessário complementar este texto com o livro “Vem cá vamos conversar sobre a saúde sexual de lésbicas e bissexuais” da autora Larissa Darc.

Caminho metodológico:

**DIFICULDADES DE ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE**

Analizando a produção por ano no intervalo de 2015 a 2020 pôde-se observar que a maioria retrata a dificuldade e a ausência das mulheres cis lésbicas e bissexuais nos atendimentos de saúde, devido ao medo ou pelo fato da primeira vivência nesse ambiente ter sido desfavorável.

Existe uma falta de informação das mulheres sobre como cuidar da sua saúde no que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis (IST) que podem ser transmitidas no sexo lésbico, exames a serem realizados, vacinas, cuidados relacionados a práticas sexuais, entre outros. Como o assunto é vago na literatura, no dia a dia e na abordagem dos profissionais nas Unidades de Saúde, essas mulheres pensam que não há necessidade de cuidado.

Vale ressaltar que tal desconhecimento também é encontrado entre os profissionais da saúde, mas o que não se sabe é se tal atitude é provinda de um real insciência ou desinteresse e preconceito por acolher essas mulheres. A única certeza que se tem é que essa minoria é massacrada nos mais diversos âmbitos. Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, possuem dificuldades de lidar com pessoas que fogem do padrão estabelecido pela sociedade. Isso ocorre desde a abordagem até os métodos de prevenção de doenças (DARC, 2019).

Tudo se inicia a partir do momento em que a ultrassonografia evidencia o formato do órgão genital. A partir de então, expectativas e compromissos são criados, os quais irão acompanhar a vida toda. À medida que as crianças vão crescendo, seus gestos e personalidades são moldadas conforme a cultura pregada na família, escolas e sociedade. Chega a puberdade e junto com ela o desejo de reafirmar sua identidade de gênero e a sua orientação sexual. Aquelas que não se adequam aos padrões sociais e culturalmente esperados entre sexo biológico e gênero, passam a ser consideradas como anormais ou problemáticas, umas das grandes consequências da cisnormatividade (DARC, 2019).

A nossa cultura peca ao reconhecer e valorizar como única forma de expressão sexual a heterossexualidade, as desviantes desse padrão são amplamente marginalizadas, caracterizando a heterossexualidade compulsória (DARC, 2019). Tal ação se perpetua em todos os meios

sociais, inclusive com os profissionais da saúde, os quais são limitados a um atendimento humanizado e muitas vezes ético, em questão à saúde integral a população LGBT (PAULINO; RASERA, TEIXEIRA, 2019).

Minorias sexuais relatam que, após revelarem sua identidade de gênero e/ou orientação sexual, alguns profissionais demonstram desconforto, não sabendo lidar ou até mudando de assunto. Outros são inconvenientes a ponto de perguntarem a respeito de suas práticas sexuais de uma forma que não soma nada para o diagnóstico ou processo de saúde (FERREIRA; BONAN, 2020). Diante disso, as mulheres acabam por optar por não revelar sua orientação sexual ou práticas sexuais, durante a consulta ginecológica. As consequências dessa marginalização se dão por meio de uma baixa procura pelos serviços de saúde, comparado às mulheres heterossexuais, um desconhecimento do seu perfil, enfatiza a violência simbólica, uma maior vulnerabilidade, invisibilidade social e exclusão, dificultando a criação de políticas públicas que possam incluí-las (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018; ARAÚJO et al., 2019).

Esse processo de exclusão, violência simbólica e as vezes até física, devido ao desdém na realização dos exames ginecológicos, diferente do que é preconizado pelas políticas públicas de atenção à saúde da mulher, resulta em discriminação e estigmatização. Como resultado, tem-se barreiras na procura pelo serviço de saúde, as quais contribuem diretamente para a procura de práticas clandestinas que oferecem riscos e elevam os padrões de vulnerabilidade (PEDROSA, 2020; SILVA et al, 2020).

As pessoas crescem em um ambiente que legitima somente a relação heterossexual. Isso fica tão acatado e considerado como um padrão, que tudo que foge desse pensamento pré-estabelecido é considerado errado. Na heterossexualidade compulsória, de todos os fatos que a permeiam, um deles é a pressão social a qual habitua o desejo feminino ao sexo oposto como o mais desejado e o único caminho a ser seguido. No caso das mulheres cis lésbicas e bissexuais, as chances de discriminação são ainda maiores, pois além de sofrerem a opressão

devido a sua orientação sexual, sofrem também devido ao seu gênero, dando voz também ao machismo estrutural (DARC, 2019).

O amparo a essa população foi reforçado ainda mais com a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Essa Política visa colocar em prática a universalidade, equidade e integralidade, ampliando o acesso aos serviços de saúde, garantindo respeito, direitos e fornecimento de serviços com feito e resolutividade das demandas (SANTANA *et al.*, 2020). Entretanto, percebe-se tanto por parte dos usuários, quanto dos profissionais de saúde, um desconhecimento da existência de tal política, assim como direitos, garantias e diretrizes ofertadas pelo SUS (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019).

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DEFICITÁRIA

De acordo com um estudo realizado numa capital da Região do Nordeste com 14 médicos vinculados à Unidade Básica de Saúde, pode-se concluir que é um desafio implantar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT na prática, pois as Diretrizes Curriculares de Medicina devem inserir no projeto pedagógico a obrigatoriedade desse assunto, uma vez que ele se encontra presente somente em pós graduação, cursos de capacitação, seminários e congressos. São raros os profissionais que se capacitam e buscam se informar a respeito (NEGREIROS *et al.*, 2019). Aconselha-se que se crie um novo ensino-saúde que descortine uma academia com formandos capazes de dialogarem sobre a sexualidade sem paradigmas e preconceitos (PEDROSA, 2020).

ASPECTOS A SEREM ABORDADOS NA CONSULTA A MULHER

É necessária uma mudança rápida e precisa do olhar clínico para as minorias sexuais. Não se trata de privilégio e sim de discernimento. Da mesma forma, é impossível generalizar o tratamento para a saúde sexual de mulheres. É preciso ter uma atenção para individualidade e assim, tornar-se mais preciso diagnósticos e tratamentos (DARC, 2019). É indispensável moldar os serviços de saúde pensando nessa população,

com a intenção de um primeiro contato praticado com acolhimento, uma integralidade do serviço, tratar a longitudinalidade da mulher em todos os seus ciclos de vida e promover uma coordenação do cuidado (PEDROSA, 2020; BRASIL, 2012). É fundamental uma adoção da sensibilização por parte do médico, enfermeiro e demais membros da equipe de saúde, passando crédito para o paciente em questão, dando abertura para falas e respeitando o seu espaço e o seu tempo. A postura que o profissional de saúde adquire irá ditar todo o processo de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, de modo geral (DARC, 2019).

A abordagem do profissional de saúde tem que iniciar com uma conversa franca, sem barreiras e sem pressupor a orientação sexual da paciente. Deve-se começar perguntando nome, idade, orientação sexual e se há parceiro ou parceira fixos. É importante sempre procurar saber se a paciente está tranquila, confortável com a consulta e com o possível exame ginecológico. É necessário que ela se sinta acolhida e não rejeitada. Existem grandes erros cometidos pelos especialistas da saúde, como abordar a mulher perguntando se faz o uso de métodos contraceptivos, pergunta desnecessária para a mulher lésbica. Muitos consideram virgens mulheres cis lésbicas e bissexuais, e por isso, raramente as encaminham para exames invasivos. Além de conduzir exames de maneira ofensiva, desrespeitosa e forçada. Todas essas atitudes resultam em um não encorajamento dessas mulheres de revelarem suas questões sexuais, mantendo muitas vezes oculta ou omitindo, a fim de garantir um atendimento de qualidade (PEDROSA, 2020).

As vulnerabilidades vivenciadas por essa minoria afetam a saúde física e mental. As IST são um dos maiores problemas de saúde pública mundial e se agravam ainda mais nesse grupo, devido a todo esse processo de exclusão, já que muitas se recusam ou afastam dos sistemas de saúde devido ao receio ou não acolhimento nessas unidades pelos profissionais. Dentre as IST mais comuns entre as mulheres cis lésbicas e bissexuais, estão a sífilis, HPV, herpes genital, hepatite B, HIV, gonorreia e clamídia. A vaginose bacteriana não faz parte desse grupo de infecções, porém é muito comum entre elas. Grande parte dessas mulheres acreditam que as IST são exclusivas de relações heterossexuais,

onde haja a penetração, ficando imunes a adquirirem essas patologias (ARAÚJO, 2019).

Esse desconhecimento é muito presente também entre as adolescentes. De acordo com um estudo realizado na Universidade de Colúmbia em 2018 com 160 adolescentes entre 14 e 18 anos, muitas relataram não saber da possibilidade de pegar IST no sexo lésbico (DARC, 2019). Em contrapartida, não há tantas pesquisas e tecnologias favoráveis de prevenção às ISTs entre lésbicas e bissexuais, contribuindo significativamente essa agravante (ARAÚJO, 2019). O que algumas utilizam para se prevenir, são métodos limitantes, não pensados para elas. Essas mulheres precisam que se crie algo oficial e aprovado pelo Ministério da Saúde que contribua para a diminuição das ISTs e promover a prática de um sexo seguro (DARC, 2019).

Necessita-se que os profissionais da área pratiquem a promoção e prevenção de doenças voltadas para essa população marginalizada, com orientações e conversas a respeito das ISTs. O câncer de colo do útero, é causado pela persistência de um vírus, o Papilomavírus Humano, mais conhecido como HPV, que é transmitido por relações sexuais (INCA, 2020a). De acordo com o INCA, há uma estimativa de 16.710 novos casos de câncer de colo do útero para 2020. Isentando-se o câncer de pele não melanoma, é o terceiro tumor maligno mais comum nas mulheres e a quarta causa de óbitos de câncer por elas no Brasil (INCA, 2020b). Como as mulheres durante o ato sexual lésbico não possuem uma prevenção efetiva, torna-se ainda mais necessário reforçar a vacinação contra o HPV. Essa vacina é distribuída pelo SUS para meninas entre 9 e 14 anos e meninos entre 11 e 14 anos. Para os portadores de HIV, essa faixa etária amplia para 9 a 26 anos (INCA, 2020c).

Além disso, o exame Papanicolau, pode contribuir para a detecção precoce do câncer. Promovendo um acolhimento mais humanizado e respeitoso para as lésbicas e bissexuais, a realização dele se torna mais ampla e a prevenção maior. Na coleta citopatológica de colo de útero, caso a mulher não tenha tido penetração ou se isso já ocorreu há um tempo, pode-se oferecer o espéculo menor e solicitar que a própria

paciente introduza-o. O profissional deve sempre se manter atento ao conforto oferecido para a mulher (DARC, 2019). A periodicidade é de um exame a cada três anos, se os dois anteriores deram resultado negativo para a faixa de 25 a 64 anos (INCA, 2018).

A mulher deve sempre estar atenta ao seu corpo para identificar alterações e anomalias. É necessário entendê-lo, conhecê-lo e praticar o autoconhecimento. A busca e o conhecimento podem começar com atitudes simples, como a utilização de espelhos para a observação da região íntima, a fim de ajudar no reconhecimento de mudanças, melhorar a autoestima e a vida sexual (DARC, 2019). Caso ocorra qualquer anormalidade, a mulher deve ser capaz de detectá-la, ficando atenta as fases do ciclo menstrual, surgimento de lesões, verrugas, feridas, leucorreias, dentre outros. Procurar um profissional de saúde diante destas alterações/dúvidas.

Diante da precariedade de métodos de prevenção, algumas pequenas atitudes podem ser tomadas pelas parceiras sexuais, a fim de amenizar a transmissão das doenças comuns entre o sexo lésbico. Dentre elas, podemos citar a lavagem das mãos antes e depois da relação, evitar retirar cutículas, corte das unhas para evitar o acúmulo de sujidades, a qual diminui a probabilidade de ocorrer lesões na região vaginal e liberar fluidos que são as principais fontes de transmissão de doenças (DARC, 2019).

Caso cada parceira não tenha seu brinquedo erótico de uso próprio, utilizar a camisinha externa (optamos por esta nomenclatura ao invés de camisinha masculina) no compartilhamento a cada vez que mudar de usuária. Após o sexo o brinquedo deve ser higienizado com água e sabão. Já no sexo oral, adaptar a camisinha externa (recortar e colocar sobre o local) ou utilizar o *dental dam* (folha de látex usada por dentistas para isolar campo operatório). Tal prática é relatada como pouco utilizada e limitante, porém deve ser evidenciada até que se disponibilize métodos com eficácia e eficiência comprovadas (DARC, 2019). O preservativo interno (optamos por esta nomenclatura não invés

de preservativo feminino) pode ser utilizado para o sexo oral e também para o sexo anal.

Para a prática sexual que envolve dedo, vagina e ânus podem ser utilizado como prevenção de IST as luvas, preservativos externos nos dedos e dedeiras de látex descartáveis.

Não podemos deixar de citar sobre o exame clínico das mamas que deve ser feito pelo médico ou enfermeiro como método de rastreio. A mamografia é realizada em mulheres de risco habitual na faixa etária de 50 a 69 anos.

É interessante também na consulta abordar para os transtornos de ansiedade e depressão já comuns a todas as mulheres e mais incidentes nas lésbicas e bissexuais. Outro tema importante diz respeito a investigação sobre violências sofridas. O profissional deve estar atento a violência física, violência psicológica, violência sexual, violência econômica e violência no trabalho.

Como evidenciado durante toda a análise da literatura, essa é uma realidade pouco dialogada, percebida e com consequências sérias à saúde da mulher. A ausência da prática das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a incapacidade dos profissionais de saúde para um atendimento equitativo tornam cada vez mais essa minoria sexual invisibilizada e frágil. Elas passam por uma luta diária de reconhecimento, respeito, inclusão, cidadania, enfrentamento de preconceitos e discriminação, que trazem grandes consequências tanto para a saúde mental, quanto para a física. A visão dos profissionais da equipe saúde da família, infelizmente, está associada à arrogância diante da diversidade sexual no ambiente da saúde, o que traz uma reflexão: como mudar a realidade de milhares de pessoas no ambiente de saúde, onde se espera um acolhimento e encontra-se rejeição? (OLIVEIRA *et al*, 2018b; DARC, 2019).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, evidencia-se que o acesso da mulher lésbica e bissexual aos serviços de saúde é marcado por preconceito e diferença

de tratamento. Faz-se necessária uma comunicação empática, e o desejo de promover uma consulta clínica direcionado às peculiaridades da diversidade sexual.

Vale ressaltar a necessidade de abordar na consulta clínica a realização da coleta de citologia de colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos, exame clínico das mamas, atualização do cartão de vacina, orientações quanto a prática sexual (cortar unhas, lavar mãos, cuidados com brinquedos eróticos), transtornos de ansiedade e depressão, violência e o agendamento do próximo retorno.

O atendimento deve ser praticado com acolhimento, preocupando-se com o bem estar e conforto da paciente. Além do mais, é imprescindível a transparência e informações quanto às IST, meios de prevenção e promoção de saúde. Espera-se que, em um futuro próximo, seja desenvolvido instrumento prático e eficaz de prevenção das ISTs voltado para lésbicas e bissexuais.

Ainda no espectro da produção científica na temática de sexualidade, se faz imperativo lembrar também das diversidades de gênero e que além das mulheres cis lésbicas e bissexuais, os homens trans e pessoas não binárias podem compartilhar o arcabouço biológico vulva-vagina. Optou-se por não abordar as especificidades desses grupos, mas registramos aqui esse ponto, para que a cada dia se produza também conteúdo de qualidade no cuidado à toda a população LGBT.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. M *et al.* O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Rev enferm UERJ**, v.27, e34262, 2019.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil: Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 2, de 6 de dezembro de 2011**. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

DARC, L. **Vem cá vamos conversar sobre a saúde sexual de lésbicas e bissexuais**. Dita Livros: São Paulo, 2019.

FERREIRA, B. O.; BONAN, C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTQ. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1765-1778, 2020.

FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.31, n.1, p.1-10, 2018.

INCA. Ministério da Saúde. **Câncer do colo do útero**. Inca: Brasil, 2020a.

INCA. Ministério da Saúde. **Câncer do colo do útero - versão para Profissionais de Saúde**. Inca: Brasil, 2018.

INCA. Ministério da Saúde. **Estatísticas de câncer**. Inca: Brasil, 2020b.

INCA. Ministério da Saúde. **Quem pode ser vacinado pelo HPV?** Inca: Brasil, 2020c.

NEGREIROS, F. R. N *et al.* Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Rev. bras. educ. med.**, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019.

NOGUEIRA, F.J.S.; ARAGÃO, T. A. P. Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ: O que ocorre na prática sob o prisma de usuários(as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesquisa**, v.12, n.3, p.463-470, 2019.

OLIVEIRA, G. S *et al.* Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/ transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. **Rev Rene**: João Pessoa, 2018a.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. **Rev enferm UFPE on line**, v.12, n.10, p. 2598-609, 2018b.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), v.23, e180279, 2019.

SANTANA, A.D.S *et al.* Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. **Rev enferm UFPE on line**, v.14, p.1-12, 2020.

SILVA, A.C.A *et al.* Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBTQ) no Paraná, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 24, e190568, 2020.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES: AÇÃO DE EXTENSÃO SOB A PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Ana Cecília Lima Godin Silva¹⁶

Heloisa Helena Barroso¹⁷

Cíntia Maria Rodrigues¹⁸

Maristela Oliveira Lara¹⁹

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase da vida caracterizada por inúmeras e intensas transformações, em que cada gestante poderá reagir de uma maneira particular (Zanatta et al., 2017). Aguiar et al. (2013), descreve a gestação como um evento fisiológico normal que propicia diversas modificações ao organismo da mulher desde a concepção até o puerpério. Essas modificações ocorrem devido às respostas adaptativas, em que o corpo exterioriza sinais e sintomas com intensidade variada de mulher pra mulher. As principais mudanças incluem: mudanças hormonais levando à presença de náuseas, vômitos, ganho de peso, edema; mudanças corporais: dispneia, lombalgia, pirose, e as mudanças corporais: como a presença de estrias, manchas, como o cloasma, alterações posturais, aumento das mamas e presença de sensibilidade, surgimento da linha nigra e dos tubérculos de Montgomery, escurecimento da vulva e da aréola, bem como mudanças emocionais, devido oscilações de humor, ansiedade e insegurança.

Entretanto, essas transformações, que geram mudanças físicas, emocionais e biopsicossociais, demandam um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e envolvem, também, o apoio dos familiares (Rezende & Souza, 2012). Esse acompanhamento se faz

¹⁶ Enfermeira graduada (UFVJM) E-mail: cici.dtna@hotmail.com

¹⁷ Mestre em Ensino em Saúde (UFVJM). Enfermeira. E-mail: heloisahbarroso@gamil.com

¹⁸ Mestre em Ciências Fisiológicas da Sociedade Brasileira de Fisiologia (SBFis) (UFVJM). Enfermeira. E-mail: cinrodriguesm@gmail.com

¹⁹ Doutora em Saúde Pública (UFMG). Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem (UFVJM). E-mail: maryslara@hotmail.com

necessário durante todo o período da gestação, abrangendo desde o diagnóstico da gestação até o puerpério, e pode ser realizado principalmente através das consultas de pré-natal e grupos de educação em saúde.

Considerando todas as transformações, é de suma importância a figura do Enfermeiro que presta assistência à gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, fornecendo orientações e explicações que permitam ao cliente desmistificar conceitos e ajudar em cada período, baseando-se nos conhecimentos técnico-científicos (Francisquini et al., 2011).

A educação em saúde é uma estratégia na qual ocorre a promoção da saúde para a gestante e sua família que está se formando com o objetivo de fornecer subsídios para que a gestante e o acompanhante possam refletir sobre as diversas visões e condutas adotadas

no processo gravídico-puerperal, e para que os mesmos tenham autonomia para manter, rever e redirecionar as que julgar necessárias, assumindo, desta forma, o protagonismo deste processo (Zampieri et al., 2010).

Através das ações de educação em saúde as gestantes têm a oportunidade de adquirir autonomia e conhecimento sobre as informações relacionadas ao período em que se encontram, logo é imprescindível que as gestantes, e sua rede de apoio como o companheiro, familiares e amigos tenham contato com ações educativas na ESF durante todo o período gestacional e puerperal (Ministério da Saúde, 2012).

Segundo Melo et al. (2015), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o local de referência para possibilitar o apoio necessário tanto à gestante quanto aos seus familiares, a fim de prestar orientações à essas mulheres, realizar uma assistência de qualidade e o acompanhamento/tratamento caso haja alguma morbidade. A ESF é o local adequado para realização do pré-natal com o objetivo de realizar ações de assistência à saúde da mulher de forma integral, ao planejamento familiar, gestação, parto e puerpério, além de ser um local que permite que a gestante se expresse seus sentimentos e preocupações para fortalecimento do vínculo.

O atendimento domiciliar é uma estratégia que possibilita abordagens específicas e/ou favorece as gestantes envolvidas tirar dúvidas que talvez não fariam a vontade em reuniões de grupo. É uma ação que faz parte do processo de trabalho do enfermeiro, que muitas vezes deverá procurar estratégias variadas para atender e cativar sua população adscrita (Resolução Cofen nº 0464/2014, 2014).

Por meio do atendimento domiciliar é possível que haja a construção do vínculo entre o usuário e o Enfermeiro, facilitando assim, a realização das ações educativas, tendo em vista a proximidade existente quando este profissional adentra o domicílio, e no caso da gestante, essa pode se sentir mais segura em falar sobre os assuntos que deseja, além de ficarem mais à vontade.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi relatar as experiências de uma acadêmica do último ano de graduação em enfermagem, na realização de ações de educação em saúde para as gestantes, através de uma nova abordagem com orientações por meio do atendimento domiciliar.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência, fundamentado por discente e docentes, em sobre vivências da educação em saúde domiciliar de gestantes, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais.

A população alvo foram 17 gestantes, independentemente da idade gestacional, cadastradas na ESF Jardim Imperial, no período de Maio a Outubro de 2019, como pré-requisito do último ano para conclusão do curso. Incluiu-se no relato apenas gestantes pertencentes à área de abrangência da ESF Jardim Imperial, em qualquer faixa etária, independente da idade gestacional, que consentiram em receber atendimento domiciliar previamente agendado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Gestantes não cadastradas à ESF Jardim Imperial, bem como as que são cadastradas (adscritas) e que se recusaram à receber o atendimento domiciliar, foram excluídas.

O cenário do projeto foi a Estratégia de Saúde da Família Jardim Imperial, que é uma Unidade Básica de Saúde Pública (UBS) do tipo I, localizada na zona urbana de Diamantina- MG. A unidade possui como área de abrangência os bairros Jardim Imperial, Pedra Grande e Cidade Nova, e as comuninades Pinheiro e Córrego Fundo, loclizadas na zona rural. O atendimento ao público compreende entre as sete horas da manhã às dezessete horas, de segunda à sexta feira.

A ESF Jardim Imperial em questão, foi alocada à esta ação devido a demanda de consultas de pré-natal a serem realizadas na unidade, vivenciadas pela proponente desta ação, que faz parte da área adscrita desta estratégia. Previmente a realização, buscou-se informações e conhecer o quantitativo de gestantes dessa estratégia, através da análise do livro de Registro de dados. Esse livro possui os cartões espelho das gestantes, contendo as informações sobre o pré-natal.

Após essa análise prévia, foi possível direcionar o tema a ser trabalhado no primeiro contato com as gestantes, traçando estratégias de abordagem domiciliar. Cabe ressaltar que o atendimento foi agendado pelas ACS, de acordo com as rotinas da unidade, disponibilidade da discente e da gestante, por meio de contatos telefônicos e também durante o atendimento domiciliar e de rotina.

As 17 visitas ocorreram no âmbito domiciliar, tendo em vista a aceitação da população alvo por este local e também uma melhor comodidade para a gestante. A duração destas foram de aproximadamente 30 a 40 minutos, de forma a não permitir com que o atendimento fosse exaustivo. O roteiro da visita sempre era o seguinte, primeiramente era realizado a apresentação da responsável pelo encontro, que identificava-se como acadêmica da UFVJM, portando crachá de identificação e vestimenta branca. Logo após, solicitava-se que a gestante se apresentasse com nome, idade, quantidade de filhos, bem como o compartilhamento de seus sentimentos em relação ao tema, à gestação e ao parto, a fim de que se criasse um vínculo. Após as apresentações pessoais, era informado a gestante o tema a ser trabalhado, os tópicos, e os principais aspectos relevantes acerca do tema que eram trabalhados

de forma dialogada, com linguagem clara e de fácil entendimento. A retirada de dúvidas sempre era realizada ao longo de cada encontro, para que assim, o momento ocorresse de forma dinâmica e interativa.

No primeiro contato as ACS participavam ativamente, opinando a respeito do tema a ser trabalhado, visto que as mesmas mantinham um vínculo maior com essa população. Nos contatos subsequentes, os temas trabalhados eram definidos de acordo com a especificidade de cada caso. Durante a ação domiciliar, as informações eram repassadas às gestantes através de uma abordagem dinâmica de fácil entendimento por meio de slides e vídeos em notebook; imagens e jogos de perguntas e respostas impressos que instigavam a participação dessas mulheres.

Dentre os assuntos preconizados pelo Ministério da Saúde, (2012) para a realização das ações educativas durante a gestação, abordou-se a importância da realização do pré-natal, prática de atividade física na gestação, orientação nutricional, desenvolvimento da gestação (etapas), modificações corporais e emocionais, sintomas comuns na gestação e orientações para as queixas mais frequentes, sinais de alerta, orientações e incentivo para o aleitamento materno, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, preparação para o parto, sinais e sintomas do parto, orientações e incentivo para o parto normal, benefícios Legais que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante, importância da participação do pai durante a gestação e o parto, planejamento familiar, cuidados após o parto com a mulher e com o recém-nascido.

Os registros da ação possibilitaram a elaboração de um relatório detalhado, com diversas informações e dúvidas, que puderam ser reportadas a Enfermeira e ACS da ESF, para que assim consigam trabalhar nas especificidades de cada gestante da sua área, visto que as informações contidas nele nortearam o fechamento dessa atividade.

O projeto foi submetido à PROEXC – Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFVJM, no Edital 003/2018, através do parecer do nº 327242.1864.103570.01052019, aprovado pela Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS) e pela Coordenação da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina.

Os encontros para a realização de educação em saúde para abordagem dos temas preconizados ocorreram por meio dos atendimentos domiciliares.

Inicialmente, a ideia era que os encontros acontecessem na ESF com o intuito das informações serem repassadas às gestantes por meio de um grupo educativo, uma vez que as gestantes agendadas chegavam à unidade para consulta às 7h da manhã, e os atendimentos médicos e de Enfermagem para abordagem do pré-natal aconteciam a partir desse horário, com duração média de 45 minutos. Nessa estratégia seria possível criar momentos de educação em saúde e roda de conversa com as mesmas, contudo essa estratégia foi falha, visto que muitas iriam para consulta com horário marcado, entre outras situações particulares de cada, que não permitiam estarem presentes nas educações em saúde.

Após a identificação desse fator dificultador, foram utilizadas várias tentativas para captar as gestantes novamente à unidade para participarem do momento educativo em grupo. Dentre as ações destacaram-se: convite impresso individual e coletivo anexado à unidade, anúncio do sorteio de brindes durante os encontros e atividades diferenciadas como: confecção de capa para caderneta da criança e de lembrancinhas para chá de bebê e maternidade. Além disso, a acadêmica responsável por este trabalho manifestou disponibilidade em intercalar horários, dias e turnos, de acordo com a disponibilidade deste público.

Essas intervenções foram ineficazes, visto que as gestantes permaneceram ausentes nos encontros. Devido à esse fator os atendimentos destinados à continuidade deste trabalho foram realizados de forma individualizada no âmbito domiciliar, conforme agendamento descrito anteriormente na metodologia deste trabalho.

Tendo em vista a importância da realização de ações de educação em saúde, durante o desenvolvimento do projeto, essas ações foram realizadas através de atendimentos domiciliares, diálogo sobre temas relacionados à gestação, utilização de imagens e vídeos, jogo

de perguntas e dinâmicas voltadas para as gestantes, pois durante a gestação, estas se encontram em meio a diversas transformações e modificações, que inclusive, variam de gestação para gestação. Portanto, as gestantes necessitam de informações e orientações de um profissional da saúde com conhecimento científico e qualificação. Essas informações implicam num maior controle emocional da gestante em todo o período gestacional além de minimizar anseios, estresses e outras complicações advindas do nervosismo e insegurança, bem como, aproximar a ESF da UFVJM.

Dessa forma, a estratégia domiciliar veio como uma nova perspectiva de educação em saúde domiciliar, afim de acolher essas gestantes e suas individualidades. O resultado avaliado dessa ação de extensão foi satisfatória mesmo com as limitações das mesmas em participarem dos grupos, no entanto, com o andamento das atividades o rendimento dessas ações passou a ser pouco produtiva em virtude da ausência delas às consultas de pré-natal devido ausência do profissional médico. Foi percebido que as gestantes demonstraram um interesse maior nos temas abordados nos atendimentos domiciliares do que nos coletivos, pois os fatores dificultadores explanados anteriormente no atendimento em grupo eram abolidos no atendimento individual, visto que o mesmo era agendado de acordo com a disponibilidade da gestante, logo ela apresentava maior atenção e dedicação à este momento.

Dos assuntos preconizados pelo Ministério da Saúde (2012), nota-se que as gestantes despertaram mais interesse nos temas inerentes à sintomas comuns na gestação e orientações para as queixas mais frequentes; etapas do desenvolvimento da gestação; sinais de alerta; orientações e incentivo para o aleitamento materno; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; preparação para o parto; sinais e sintomas do parto; orientações e incentivo para o parto normal e cuidados após o parto com a mulher e com o recém-nascido. Esse fato ficou evidente devido maior interesse das gestantes quando esses assuntos eram abordados, sempre surgiam dúvidas e

contribuições das mesmas para o desfecho deste trabalho devido interação e participação ativa delas.

Destaca-se que nem todos os temas preconizados foram trabalhados com as gestantes, pois cada uma apresentava uma demanda individualizada, com diferentes idades gestacionais e diferentes dúvidas sobre a gestação, além da incompatibilidade de tempo para atender toda essa demanda de forma completa pela proponente deste trabalho e pelas próprias gestantes. Algumas gestantes receberam informações de vários temas durante este período, devido à multifatores como: experiências anteriores, facilidade de entendimento e maior disponibilidade de tempo para o atendimento. Com algumas gestantes não foi possível trabalhar tantos temas, principalmente devido a interesse específico em alguns assuntos, dificuldade de entendimento ou proximidade do parto. As primigestas demonstraram mais dúvidas em relação às multigestas. No entanto, as multigestas também apresentaram dúvidas, visto que cada gestação promove mudanças e experiências únicas.

No início da realização da ação, estavam cadastradas na ESF um total de 31 gestantes. Destas, 6 tiveram seus partos ocorridos no mês de início das atividades, 2 sofreram aborto espontâneo e 2 foram descastradas da unidade pois mudaram de endereço.

Das 17 gestantes participantes, 2 eram primigestas e 12 multigestas. Em relação ao período gestacional, 3 gestantes estavam no 1º trimestre, 5 no 2º trimestre e 9 no 3º trimestre.

Ao final da ação, permaneceram apenas 15 gestantes que demonstraram interesse na ação, 2 apenas 2 não demonstraram interesse. Destas gestantes participantes, 2 mostraram resistência às informações transmitidas, mesmo após várias explicações bem como formas diferentes de transmitir essas informações. Durante a conversa, foi possível identificar que essa resistência frente a transmissão de informações provavelmente era decorrente de algum trauma ou experiência ruim em gestações anteriores e também relacionado à aspectos socioculturais.

As ações ocorreram através da fala dialogada e interativa, e o tema foi trabalhado pontuando os aspectos mais relevantes e pertinentes a individualidade de cada uma.

Silva et al., (2018), afirma que as atividades educativas em grupos, além do ambiente promotor de cidadania, promove interação com o meio social e cultural, é uma atividade que auxilia o crescimento profissional, tornando o processo de aprendizagem mais dinâmico. No entanto, como mencionado anteriormente, não foi possível a realização dos encontros em grupos, mas sim, individual, devido à não adesão das mulheres nos grupos de gestantes planejados para acontecerem na unidade de saúde.

No que diz respeito à participação da equipe de saúde, as ACS participaram de todo processo, de forma ativa, afim de promover um vínculo da aluna com as gestantes.

De acordo com Wild et al., (2014), no pré-natal, a gestante deve ser orientada a fim de que possa vivenciar a gestação e a parturição de maneira positiva, reduzindo sua ansiedade e os mitos que perpetuam entre as gestantes. Essas orientações visam auxiliar a gestante no processo gestacional, buscando um maior conhecimento destas gestantes acerca de todas as mudanças que ocorrem.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), é imprescindível que as gestantes e seus companheiros/familiares/amigos tenham a oportunidade de vivenciarem atividades de educativas, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais.

A presente ação, vai de encontro às ações propostas pelo Ministério da Saúde (2012), que diz que para ocorrer uma assistência pré-natal efetiva, em relação ao trabalho desempenhado, destaca-se garantir a realização de práticas educativas, abordando principalmente: (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; (b) a identificação de sinais de alarme na gestação e o reconhecimento do trabalho de parto; (c) os cuidados com o recém-nascido; (d) a importância do acompanhamento pré-natal, a consulta

de puerpério e do planejamento familiar; (e) os direitos da gestante e do pai; (f) os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e (g) o uso de medicações na gestação. Tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias etc.

Assim, o trabalho foi de encontro tanto à metodologia (realizado na forma individual) quanto aos assuntos primordiais a serem trabalhados, pois dentre os assuntos propostos pelo Ministério da Saúde supracitado, a maioria deles foram trabalhados, com exceção do tema relacionado aos riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas. Durante o atendimento, sempre foi levado em consideração a Idade Gestacional, adequando os temas inerentes à cada período, bem como as demandas de dúvidas espontâneas.

Mesmo diante à essas situações, houve a troca de informações, mas sempre respeitando à vontade da gestante, suas crenças, anseios e decisões. Sempre prevaleceu a empatia e a postura de educador em saúde. Durante as visitas houve muita troca de saberes, em cada encontro observou-se a presença mútua de dúvidas, bem como o esclarecimento das mesmas ao final de cada encontro.

Um atendimento muito marcante foi em um domicílio, onde a mãe em seu 12º dia pós- parto, não tinha tido coragem de dar o banho em sua filha recém-nascida e nem em sua outra filha de 4 anos antes dos 6 meses. Após a conversa e uma troca de informações e sentimentos, foi iniciado o banho da criança e a mãe decidiu dar continuidade e terminar. Foi nítida a emoção que a mãe sentiu ao dar o banho em um bebê com tão pouco dias de vida. Além disso, ela também realizou a limpeza e curativo do coto umbilical, ação que ela tinha muito receio. Isso evidencia o quanto a mulher às vezes necessita somente de uma informação transmitida por um profissional/educador que lhe transmita segurança para que ela tenha autonomia em seu autocuidado e com o bebê.

Foi possível perceber que a maioria das gestantes multigestas demonstraram “ não ter dúvidas” apesar de tê-las visto que em suas

falas elas comparavam a gestação com as anteriores, supondo que iria ocorrer da mesma maneira. Isso foi esclarecido nos encontros em que ocorreram esse tipo de situação, explicando à gestante a individualidade de cada gestação e também de cada mulher.

Constatou-se também a presença de comparações com outras gestantes, acompanhadas de ansiosos e angústias, devido à semelhanças e/ou diferenças entre uma ou mais gestantes do seu círculo social. Um exemplo, foi de 1 gestante que aos 9 meses tinha a barriga menor em relação à de uma gestante com a mesma idade gestacional. Ela demonstrava medo e insegurança de seu bebê não ter o tamanho adequado e não estar se desenvolvendo bem, mesmo com o acompanhamento regular do pré-natal e até mesmo após a realização de ultrassonografia e medida da altura uterina x idade gestacional sem alterações. No final da conversa as gestantes entendiam, porém, os ansiosos algumas vezes permaneciam. Nesses casos foi necessário paciência e perseverança na transmissão das informações, bem como a empatia.

Uma circunstância que chamou a atenção foi o fato das gestantes chegarem ao final da gestação com presença de dúvidas que deveriam ser sanadas ao longo da gestação, como por exemplo: o que é o tampão, diferença de contrações de treinamento *Braxton Hicks* e contrações de trabalho de parto, cuidado com o coto umbilical, medidas abolidas durante o trabalho de parto como a episiotomia, a lavagem intestinal e a manobra de *Kristteler*. Isso evidenciou o quanto as mulheres ainda possuem dúvidas relacionadas aos avanços na saúde feminina, mesmo com a forte influência dos meios informativos atuais.

No que diz respeito aos atendimentos com a presença do ACS, percebeu-se o quanto a gestante demonstrou mais segurança e interesse pelas orientações. Isso se deve ao fato do vínculo já estabelecido previamente na unidade de saúde. Nos depoimentos durante os atendimentos, que as orientações prestadas pela discente e algumas das vezes, pelos ACS, foram adequadas e possibilitaram a compreensão da sintomatologia apresentada, sendo indicadas intervenções pertinentes para cada manifestação, além de transmitirem uma

tranquilidade e segurança frente à mudanças ocorridas, contudo, nem todas as intervenções possíveis foram recomendadas às gestantes (Aguilar et al., 2013).

Assim, é possível sugerir que intervenções de enfermagem, sob uma nova perspectiva, afim de captar a população nas ações educativas, tem potencial de contribuir na assistência em saúde das gestantes, podendo proporcionar bem estar do binômio mãe - filho (Aguilar et al., 2013).

Apesar de 2, das 17 gestantes não aderirem totalmente às informações prestadas, foi possível obter um resultado positivo em relação ao desenvolvimento das atividades de educação em saúde. Isso se deve ao fato da relevância das informações prestadas, bem como nas mudanças que estas ações implicaram na vida das gestantes. Através dos atendimentos domiciliares foi possível realizar as orientações e perceber claramente o quanto a gestante se sente insegura durante a gestação e possui dúvidas em relação a esse período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conteúdos abordados durante os atendimentos domiciliares objetivaram um compartilhamento das vivências e experiências que as gestantes passam durante a gestação, além da criação/fortalecimento do vínculo com a equipe, bem como o esclarecimento de dúvidas e ações promotoras da saúde. O Enfermeiro tem papel fundamental nos processos educativos, visto que é um profissional capacitado técnico- cientificamente como também por estar em contato direto com a gestante.

A ação evidenciou a importância da realização de atividades educativas com as gestantes durante o pré-natal. Logo se faz necessária a perseverança e a persistência da equipe de saúde em relação à realização de atividades que visam a construção de conhecimento e o compartilhamento de informações inerentes à gestação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ricardo Saraiva; ARAÚJO, Maria Aparecida Batista de; COSTA, Maria Aparecida, AGUIAR, Nicole (2013). **Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação.** *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 527-531. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483649281016>.

ALFING, Cleide Estela dos Santos. **O enfermeiro na atenção à mulher no pré-natal: a realidade em estratégias saúde da família** (Dissertação de mestrado). Universidade de Cruz Alta- Unijuí, Rio Grande do Sul, 2016. Recuperado de: <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/01/cleide-estela-dos-santos-alfing-o-enfermeiro-na-atencao-a-mulher-no-pre-natal-a-realidade-em-estrategias-saude-da-familia.pdf>

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 0464/2014.** Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília, Brasil, 2014. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html

FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues; HIGARASHI, Ieda Harumi; SERAFIM, Delse, e BERCINI, Luciana Olga. **Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas.** *Cienc Cuid Saude*, 9(4):743-751. 2010. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i4.13826>

Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986 (1986). **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília, Brasil. Recuperado de: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

MELO, Débora França de; et al. **Atuação educativa do profissional enfermeiro na assistência ao pré-natal.** *Ciências Biológicas e da Saúde | Maceió | v. 2 | n.3 | p. 57-66 | Maio 2015* | periodicos.set.edu.br. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitbiossaude/article/view/2048/1265>

Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco - Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32.** Brasília, Brasil, 2012. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

REZENDE, Ceny Longhi; SOUZA, José Carlos. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher.** *Psicol inf.*, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 45- 69, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>.

RIOS, Cláudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 477-486, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>

SILVA, Marcélia Alexandrina Chaves da; CHAVES, Marcilene Alexandrina; SILVA, Rita do Socorro Uchôa da. **Grupo de gestante pingo de gente: uma experiência exitosa.** *South American Journal of Basic Education, Technical and Technological.* V.5 N.1, pág. 270-276, 2018 Recuperado de: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/1658/1057>

WILD, Camila Fernandes; SILVEIRA, Andressa da; FAVERO, Natalia Barrionuevo. **Ações educativas com o grupo de gestantes usuárias da atenção básica: um relato de experiência.** *Biblioteca Lascasas*, 10(2), 2015. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0776.pdf>.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters; CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira; REGIS, Maria Isabel e BRASIL, Cássia. **Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade.** *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 719- 727, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400015>

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato e ALVES, Amanda Pansard (2017). **A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe.** *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-16. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt.

LAQUEADURA TUBÁRIA COMO MÉTODO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA REVISÃO

Thaís Aparecida Alves Sanguinete²⁰

Lucilene Soares Miranda²¹

Helisamara Mota Guedes²²

INTRODUÇÃO

No Brasil, é a partir da Constituição Federal de 1988 que emerge a Lei 9263/96 que discorre sobre orientações, penalidades e outras providências organizando a forma como os métodos contraceptivos são utilizados nas práticas de planejamento das famílias. Nela, é direito do homem e da mulher decidir sobre o número de filhos, e o melhor momento para concebê-los (BRASIL, 1996).

Dessa forma, os métodos contraceptivos têm grande importância para os casais permitindo uma vida sexual segura e satisfatória a fim de evitar uma gravidez não planejada e garantir liberdade para decidirem quando reproduzir (ALVES, 2014).

Percebe-se que ainda prevalece no Brasil a cultura de que a mulher é a responsável pela limitação da quantidade de filhos nas famílias, pois a utilização de pílula anticoncepcional e laqueadura tubária representavam, juntas, 56,5% do total de métodos contraceptivos utilizados (BRASIL, 2009).

A esterilização definitiva é um método anticoncepcional muito procurado, sendo que a laqueadura tubária é o mais usado em todo o mundo, estima-se que mais de 200 milhões de mulheres em idade reprodutiva têm se submetido a esse procedimento (SCHEPENS et al., 2011). O Brasil é considerado um dos países com maiores índices de laqueadura (NICOLAU, 2011).

²⁰ Mestranda do Programa Ensino em Saúde (UFVJM). Graduada em Enfermagem.

²¹ Doutora em Ciência de Alimentos, professora adjunta do Departamento de Nutrição e do Mestrado Profissional Ensino em Saúde (UFVJM).

²² Doutora em Enfermagem, professora adjunta do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional Ensino em Saúde (UFVJM).

Este método tem como mecanismo de ação a obstrução do lúmen tubário impedindo a migração dos espermatozoides em direção ao óvulo, fazendo com que a fecundação não ocorra (MAGALHÃES, 2014).

Apesar de ser um método muito utilizado e popular existem numerosos estudos publicados, recentemente, a respeito de complicações associadas à esterilização tubária em decurso do ato cirúrgico e dos impactos culturais, psicológicos e conjugais que envolvem o procedimento (BONATTI, 2018; SANCHEZ, 2016; FONTENELE, 2014; SANTOS, 2014; DIAS, 2009).

Este capítulo objetiva relatar o histórico do planejamento familiar, laqueadura tubária no Brasil, o impacto na vida reprodutiva e familiar, a luz da literatura científica.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que procura analisar o que a literatura aborda sobre o tema laqueadura tubária. A revisão narrativa tem um papel fundamental para a educação continuada pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (COSTA, 2015). A busca de dados ocorreu de junho a setembro de 2020, tendo como modalidade textual artigos científicos indexados pelas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Capes Periódicos, Google Scholar, entre os anos de 1983 a 2020, a fim de identificar a utilização do procedimento no Brasil, nos idiomas português e inglês.

Foi utilizado os seguintes descritores isolados e em associação: esterilização tubária, laqueadura, saúde da mulher, anticoncepção e planejamento familiar. O resultado preliminar da busca contou com 230 artigos. Optou-se como critérios de inclusão, estudos na íntegra, publicados no período citado, e que tratasse da temática proposta neste estudo, sendo excluídas publicações duplicadas, presentes em mais de uma base de dados bem como aquelas que não apresentavam relação com o assunto proposto. Dessa forma, 52 artigos foram excluídos por se encontrarem em duplicata, 87 por estarem inadequados ao tema em

questão, 73 após análise dos resumos. Resultando desta forma, em 18 trabalhos que foram lidos na íntegra e incluídos no estudo.

Visando facilitar a análise do conteúdo dos trabalhos filtrados após a etapa de seleção, os objetivos dos estudos foram agrupados em 03 temas principais. Vale destacar que esses temas não foram definidos *a priori*. Ao contrário, eles emergiram naturalmente durante as análises e, por serem recorrentes, optou-se por agrupá-los a fim de nortear os resultados e discussão.

BREVE HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O Ministério da Saúde sugere que seja utilizado o conceito de planejamento reprodutivo como substituição ao planejamento familiar. É um conceito mais recente e reforça o pressuposto de que as pessoas devam ter assegurado os seus direitos sexuais e reprodutivos, independente do desejo de constituir famílias (BRASIL, 2018). Porém como a coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva utilizaremos a nomenclatura planejamento familiar se restringindo ao melhor momento do casal em ter filhos, quantidade ideal de filhos e espaçamento entre eles.

O controle do número de filhos foi uma das primeiras metas do planejamento familiar no Brasil e tinha como objetivo evitar altas taxas de fecundidade. Os problemas como a mortalidade infantil, aborto, famílias numerosas e consequentemente mais pobres demandaram uma política de saúde (PINTO, 1987).

Assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, adotou a política de ampliar o acesso da população aos meios de contracepção com informação e livre escolha. Esse direito foi amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção (BRASIL, 1988).

O planejamento familiar foi criado com o intuito de ampliar o acesso de mulheres, homens, adolescentes e casais às informações relacionados aos métodos contraceptivos e a maneira de utilização dos mesmos. Os dados estatísticos sobre a prevalência do uso de métodos contraceptivos no Brasil (PNDS, 1996) mostram que 76% das mulheres brasileiras em relação afetiva, com idade entre 15 a 44 anos, utilizavam métodos contraceptivos, sendo 40,1% para esterilização feminina, 2,8% para a vasectomia, e 20% para a pílula. Na PNDS do ano de 2006 verificou-se uma mudança, ao identificar que 80,6% das mulheres em relação afetiva, com idade entre 15 a 44 anos, utilizavam algum método para evitar gravidez. Dessas, 29,1% realizaram laqueadura tubária, 5,1% dos parceiros se submeteram à vasectomia e 27,4% utilizavam pílulas.

BREVE HISTÓRICO DA LAQUEADURA TUBÁRIA

A laqueadura é um método de esterilização cirúrgica feminina, indicada às mulheres que não desejam ter filhos. É tido como seguro e irreversível, e o risco de voltar a engravidar é de menos de 1%. Consiste em cortar cirurgicamente as trompas, impedindo que o óvulo chegue ao útero e seja fecundado (FONTANELLE, 2014).

Esse procedimento surgiu como método contraceptivo, em meados do século XIX, através de experimentos realizados em coelhos e, mais tarde, em 1881, quando uma americana teve suas tubas uterinas amarradas por já haver se submetido a duas cesáreas (MOLINA, 1999).

A laqueadura se tornou um tema polêmico emergente sofrendo muitas críticas e até a década de 60 sua utilização se manteve limitada. Com o passar dos anos se tornou mais conhecida e se espalhou pelo mundo (FORREST, 1993; OLIVEIRA, 2019). Os anos de 1980 e 1990 foram marcados pela propagação da laqueadura como principal método contraceptivo no Brasil. As análises feitas a partir das informações da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMiPF) realizada em 1986 e da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996) permitiram o acompanhamento da evolução do uso contraceptivo nacional e o que se observa entre 1986 e 1996 é um

aumento substancial da laqueadura tubária, que passa de 28% para 40% das mulheres entre 15 e 49 anos.

A laqueadura tubária não era custeada pelo sistema público nem pelos planos privados de saúde, o mecanismo para cobrir os custos ou acobertar a intervenção era acoplá-la a uma cesariana ou registrar a realização de outro procedimento, tal como a colpoperineoplastia, pago pelo SUS (MERRICK e BERQUÓ, 1983; CAETANO e POTTER, 2004).

Em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº144 e, posteriormente, da Portaria nº 048 incluiu a laqueadura tubária no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a esterilização nas seguintes situações: Ter capacidade civil plena e no mínimo 25 anos de idade e dois filhos vivos. Em ambas as situações, deve-se apresentar a autorização do parceiro com a respectiva assinatura. Somente são autorizadas laqueaduras pós-parto em casos de indicação médica devendo em situação normal aguardar 42 dias após o parto para realização da laqueadura, com intuito de impedir a realização de partos cesáreos desnecessários. Além disso, toda pessoa que solicite a esterilização cirúrgica deve passar por um período de aconselhamento de 60 dias entre a manifestação do desejo e o ato cirúrgico, o qual deverá receber informações sobre o procedimento e suas implicações, bem como sobre os métodos reversíveis (SANTOS, 2014).

Apesar das exigências apresentadas pela lei a laqueadura é apontado em diversos estudos com maior realização por meio do Sistema Único de Saúde, (CAETANO, 2014; VIEIRA, 2011, SANTOS, 2020) o que não se sabe ao certo é se o sistema está sendo capaz de suprir toda a demanda pelo procedimento. A PNDS realizada em 2006 demonstrou uma diminuição da proporção de mulheres de 15 a 49 anos que realizaram a laqueadura, passando de 40,1% para 29,1%. Ainda assim a laqueadura permanece entre os métodos contraceptivos mais utilizados entre mulheres brasileiras. Além do fato das exigências apresentadas pela lei ter contribuído para essa diminuição outro fator que também pode ter colaborado é o aumento da realização de vasectomias que pulou de

2,8% para 5,1% o que demonstra um maior envolvimento do homem no que tange os meios de contracepção (GUTERRES, 2017).

LAQUEADURA E O IMPACTO NA VIDA REPRODUTIVA E FAMILIAR

Como se sabe, a vida reprodutiva da mulher é um complexo que envolve aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais que se interinfluenciam. Historicamente, o papel social da mulher está associado à maternidade. Apesar das inúmeras mudanças ocorridas ao longo dos séculos, da participação cada vez maior das mulheres nas esferas econômica, política e social, ainda a maternidade é concebida como tarefa primordial à essência do feminino (PATIAS; BUAES, 2010).

A laqueadura, atualmente, é o método contraceptivo mais conhecido e desejado, sendo considerada a opção mais segura e eficaz (JAYAKRISHNAN; BAHETI, 2011). Porém a irreversibilidade do método pode, inclusive, originar problemas emocionais e conjugais (BORDAHL, 1984). As complicações da laqueadura tubária têm sido observadas por alguns autores e negadas por outros (DIAS, 1998; SANTOS 2014; FONTENELE, 2014).

A respeito das consequências do uso desse método na vida das mulheres, a principal ênfase, vem sendo posta, por um lado, na discussão da chamada síndrome pós laqueadura, com destaque para os distúrbios menstruais, e por outro lado, na questão do arrependimento.

A expressão síndrome pós-laqueadura tem sido utilizada para designar um conjunto de sintomas, que aparecem depois da esterilização feminina, caracterizados como desarmonia do ciclo menstrual (metrorragia, sangramento intermenstrual, “spotting” e amenorréia), algia pélvica, dismenorréia, dispareunia, tensão pré-menstrual, mudança no comportamento sexual (diminuição da libido) e manifestações psicológicas. A hipótese mais popular acerca da etiologia desses sintomas, apresentada na maioria dos trabalhos sobre o assunto, é a de que eles seriam consequência do dano vascular produzido na cirurgia, levando a comprometimento ou destruição do suprimento sanguíneo do ová-

rio, alteração da inervação das trompas, torção ovariana e aderências pélvicas (FONTANELE, 2014; DIAS, 1998, DIAS, 2009).

Um estudo realizado com 130 mulheres, entre 19 e 49 anos, submetidas à laqueadura tubária por videolaparoscópica observou que independentemente da técnica, houve repercussão em relação ao aumento do fluxo menstrual e de sintomas pré-menstruais, principalmente em mulheres com idade < 35 anos, tendo também influenciado negativamente na atividade sexual (DIAS, 2009).

Os estudos sobre a síndrome pós-laqueadura ainda são inconsistentes e contraditórios, dificultando a conclusões definitivas sobre o assunto.

Outra consequência apontada na literatura a respeito da laqueadura é o arrependimento. Dentre os fatores de risco que contribuem para o arrependimento pós- laqueadura estão a realização do procedimento em mulheres com idade inferior a 25 anos, com informação deficiente sobre o procedimento e outros métodos anticoncepcionais. Vários estudos têm relatado que a idade é a variável mais fortemente correlacionada com a prevalência da laqueadura e arrependimento, quanto menor a idade em que a paciente se submete à laqueadura, maiores serão as possibilidades de arrependimento, visto que tais mulheres ainda possuem grande parte de suas vidas reprodutivas pela frente, estando mais suscetíveis a transformações em seu estilo de vida (SILVA, 2003; FAÚNDES, 2001; CUNHA, 2007).

Outro fator muito apontado na literatura que motiva as mulheres a procurar pela reversão do procedimento foi se encontrar em um novo relacionamento o que fatalmente levam-nas ao desejo de novos filhos, frutos da nova relação. Com objetivo de responder às expectativas familiares em torno do novo casal em termos de descendência consanguínea (FONTANELE, 2014; CUNHA, 2007, FRANCO, 2020). Machado et. al, (2005) afirma em seu estudo que as mulheres que trocam de parceiro têm uma chance quarenta vezes maior de solicitar reversão quando comparadas àquelas que não trocam.

Essa condição também corrobora para outro fator de risco em questão que gira em torno do número ideal de filhos, não ter atingido a quantidade de filhos desejada contribui para os índices de arrependimento, um estudo que correlacionou o arrependimento com a variável filhos demonstrou que os motivos do desejo de reversão das pacientes investigadas foi um novo matrimônio ou relacionamento que apresentou frequência de 80,6% o crescimento dos filhos em 8,2% e quando houve histórico de morte de um dos filhos em 5,1% , o que impulsionou o desejo de novas gestações.

A reversão da laqueadura tubária é um processo caro e nem sempre bem sucedido. Portanto, é importante entender os fatores presentes no momento do pedido de esterilização que possam estar associados com um futuro arrependimento.

Além do arrependimento como consequência da laqueadura na vida das mulheres, tem-se evidenciado desde a década de 90 uma preocupação em decurso ao comportamento sexual da mulher frente ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) (MARCOLINO, 1995), isso porque estudos que investigam o comportamento sexual de mulheres esterilizadas e não esterilizadas observaram que as mulheres esterilizadas mais do que as outras, por não se sentirem em risco de engravidar, não vêem a necessidade de usar preservativo ficando mais expostas a contrair DST/AIDS. Além disso, outras mulheres apontam dificuldade em convencer o parceiro a utilizar o preservativo depois de operadas, passando a sentir-se sob as suspeitas do companheiro quando solicita a utilização do mesmo, já que estava afastado o risco de uma gravidez indesejada (PACAGNELLA, 2007; NICOLAU, 2011).

CONCLUSÃO

As ações do planejamento familiar são imprescindíveis para promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher, auxiliando-a na escolha do método contraceptivo que melhor atenda suas necessidades dentro do seu contexto de vida.

Dentre os métodos contraceptivos oferecidos pelo planejamento familiar a laqueadura quando bem orientada, e utilizada no momento adequado, possibilita inúmeras vantagens a mulheres, sua regularização com o passar dos anos tornou-se ganho para sociedade sendo garantida pela constituição federal e oferecida de forma gratuita por meio do SUS. Porém, é importante reforçar os obstáculos que permeiam sua utilização, principalmente em relação às consequências que a envolve. Deve-se reforçar a necessidade das mulheres serem bem informadas sobre os procedimentos cirúrgicos que desejam aceder: seja à laqueadura, seja a tratamentos na área das novas tecnologias reprodutivas. O acesso às informações pode promover melhor familiaridade com os termos e mais segurança ante as escolhas além de minimizar as chances de arrependimento após o procedimento.

As ações de aconselhamento, orientação, avaliação clínica e acompanhamento de saúde são imprescindíveis, para oferecer o método contraceptivo apropriado a cada mulher, em cada fase de seu ciclo de vida e em condições específicas de parceria sexual (ocasional, estável, múltiplas) adequando essa escolha para cada contexto cultural particular. É esta abordagem que as consultas clínicas devem fazer nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A, M. Trajetória do Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Mulher e a Criança (1975-1992). Século XXI, **Revista de Ciência Sociais**. v. 4, p. 180-216. dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/17042>. Acesso em: 28 Set. 2020.
- BONATTI, A.F. et al. Fatores associados ao tipo de gestação não planejada na estratégia de saúde da família. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, p. 871-876, 2018. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Fatores+Associados+ao+Tipo+de+Gesta%C3%A7%C3%A3o+n%C3%A3o+Planejada+na+Estrat%C3%A9gia+de+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia&btnG=. Acesso em: 28 Set. 2020
- BORDAHL, P.E. As consequências sociais e ginecológicas a longo prazo da esterilização tubária. Uma investigação de acompanhamento pessoal de seis anos. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**. v. 63, n. 6, pág. 487-495, 1984.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 226, parágrafo 7, Cap 7: Da Família, Da Criança, Do Adolescente e Do Idoso. Brasília (DF); Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR77/08Capitulo8.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 28 Set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Planejamento Reprodutivo:** o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-o-que-ha-de-novo-e-alem-do-planejamento-familiar/> Acesso em: 20 de setembro de 2020

CAETANO, A. J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 31, n. 2, p. 309-331, dez. 2014

CAETANO, A. J; POTTER, J. E. Politics and female sterilization in Northeast Brazil: politics and female sterilization in Northeast Brazil. Population and Development Review, V. 30, N 1, p. 79-108, 2004.

COSTA, P. H. A. et al. Unravelling the skein of care networks on drugs: a narrative review of the literature. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, fev. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200395&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020.

CUNHA, A. C. R; WANDERLEY, M.S; GARRAFA, V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 5, p. 230-234, Mai 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Ago. 2020.

DIAS, D. S. Repercussões clínicas e psíquicas da laqueadura tubária videolaparoscópica. 2009. 112 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/99247>>. Acesso em: 15 Ago. 2020.

DIAS, R. et al. Síndrome pós-laqueadura: repercussões clínicas e psíquicas da pós-laqueadura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 4, p. 199-205, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Ago. 2020.

FAÚNDES, A. Planejamento familiar no Brasil. **J Febrasgo**. V. 8, n. 3, p.4-5, 2001.

FONTENELE, C.V.; TANAKA, A.C.A. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 558-571, Jun 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200558&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Set. 2020.

FORREST, J. D.; FORDYCE, R. R. Women's contraceptive attitudes and use in 1992. **Family Planning Perspectives**, v. 25, n. 4, p. 175-179, 1993.

FRANCO, É. J. et al. Educação em saúde no aconselhamento contraceptivo para esterilização cirúrgica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2082-2082, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2082>. Acesso em: 20 Ago. 2020.

GUTERRES, D.M.B. Realização da laqueadura vasectomia no planejamento reprodutivo no município de São Luís/ MA. Monografia (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

JAYAKRISHNAN, K.; BAHETI, S.N. Laparoscopic tubal sterilization reversal and fertility outcomes. **Journal of human reproductive sciences**, v. 4, n. 3, p. 125, 2011.

MACHADO, K. M. M.; LUDERMIR, A. B; COSTA, A. M. Mudanças na estrutura familiar e arrependimento após a esterilização tubária. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, pág. 1768-1777, dezembro de 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600024&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 de Set 2020.

MAGALHÃES, F.B. OLIVEIRA, G.M.R. OSAKU, L.Y. ANDRADE, R.P. Laqueadura tubária como causa de infertilidade – avaliação em um hospital universitário. **Rev. Med. UFPR** v.1, n. 2 p.54-62, Jun 2014.

MARCOLINO, C; SCHOR, N. Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico. **Journal of Human Growth and Development**, v. 5, n. 1-2, 1995. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38154> Acesso em: 20 Ago.2020

MERRICK, T. W.; BERQUÓ, E. The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility. Washington D.C.: **National Academy Press**, 1983.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz;1999.468 p.p127- 45.

NICOLAU, A. I. O. et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 55-61, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2020.

NICOLAU, A. I. O. et al. Perfil sexual de mulheres esterilizadas: comportamentos e vulnerabilidades. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p. 253-260, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975002.pdf>. Acesso em: 22 set 2020.

OLIVEIRA, A. M.; RODRIGUES, H. W. Blessed be the fruit: resquícios de um viés controlista em ações sobre cirurgia de laqueadura no Judiciário de Santa Catarina (2015-2016). **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 1, e1906, 2019. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/79432>. Acesso em: 26 set. 2020.

PACAGNELLA, R. Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo: 2007.

PATIAS, N. D; BUAES, C. S. Não tem filhos? Por quê? **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 10, n. 1, p. 121-133, 2010.

PINTO I.A. Planejamento familiar: generalidades, aspectos demográficos, políticos e sociais. In: Halbe H, organizador. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Editora Roca; v. 1. p. 309-407, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017>, Acessado em: 17 Set. 2020.

SANCHEZ, N. M.R. Importância da prevenção da gravidez não planejada e do planejamento familiar na estratégia de saúde da família de São Pedro, município Jequitinhonha/Minas Gerais. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6135>. Acesso em: 22 Set 2020.

SANTOS, A. M. et al. Arrependimento da realização da esterilização tubária em gestação de alto risco. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 49-68, jan. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020.

SANTOS, D. R. et al. Crescimento da vasectomia no Sistema Único de Saúde entre 2009 a 2018: um estudo retrospectivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, p. e2822-e2822, Mar 2020. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Crescimento+da+vasectomia+no+Sistema+%C3%A9+Anico+de+Sa%C3%BAde+entre+2009+a+2018%3A+um+estudo+retrospectivo.+&btnG=. Acesso em: 03 Ago. 2020.

SCHEPENS, J. J. et al. Pregnancy outcomes and prognostic factors from tubal sterilization reversal by sutureless laparoscopical re-anastomosis: a retrospective cohort study. **Human reproduction**, v. 26, n. 2, p. 354-359, 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/26/2/354/594618>. Acesso em: 20 set 2020.

SILVA, M.V.F. **Esterilização tubária: interesses, satisfações e arrependimentos** entre profissionais de saúde de um município do sul da Bahia [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

VIEIRA E.M; SOUZA L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do sistema único de saúde em um município paulista. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 14, n. 4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2011.v14n4/556-564/>. Acesso em: 26 Set 2020

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: USO DE TECNOLOGIAS SOCIAIS PARA O EMPODERAMENTO

Sandra Aiache Menta²³
Milena Menezes Amorim²⁴

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno múltiplo, que na origem do seu vocábulo, advindo do latim *vis* - que significa “força”, refere-se às noções de constrangimento e do uso da superioridade física sobre o outro; já para quem a estuda, diz respeito a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, posse e de aniquilamento do outro e seus bens (MINAYO, 2006). A Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, terceiros, ou contra um grupo ou comunidade, resultando ou tendo possibilidade de resultar em lesão corporal, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação e/ou morte. Desse modo, inclui-se no conceito atos de negligência e/ou omissão, além de atos resultantes de relações de poder, como ameaças e intimidações (OMS, 2002).

A violência doméstica por sua vez, “configura-se como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006, p. 02). Bandeira (2014) afirma que a violência de gênero surge a partir da relação de contraste entre homem e mulher, de modo que “[...] não se refere a atitudes e pensamentos de aniquilação do outro, que venha a ser uma pessoa considerada igual ou que é vista nas mesmas condições de existência e valor que o seu perpetrador” (Bandeira, 2014, p. 450), ela é na verdade “[...] motivada pelas expressões de desi-

²³ Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional (UFS). Email:sandramenta@gmail.com

²⁴ Terapeuta Ocupacional (UFS)

gualdades baseadas na condição de sexo, a qual começa no universo familiar, onde as relações de gênero se constituem no protótipo de relações hierárquicas” (BANDEIRA, 2014, p. 450).

No Brasil, em 2018, 263.067 mulheres sofreram lesão corporal dolosa, decorrente de violência doméstica, cerca de um registro a cada 2 minutos, um crescimento de 0,8% dos casos. Já no Estado de Sergipe, foram 5.121 vítimas nesse mesmo ano, segundo os dados retirados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019. Apesar de serem números alarmantes, não expressam o quantitativo real de vítimas, já que a maioria delas não denunciam e, portanto, não entram na estatística.

Em 2006, após um longo tramite na Justiça brasileira, houve a aprovação da Lei nº 11.340/06, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, ficando conhecida como Lei Maria da Penha. Após a aprovação dessa lei, foi possível esclarecer o conceito e os tipos de violência, sendo esses divididos em violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial.

A violência de gênero, em sua forma mais brutal e fatal, pode apresentar como desfecho o feminicídio, que corresponde ao homicídio de uma mulher em razão da condição do sexo feminino. Devido ao crescente número de casos de feminicídio, foi necessária a criação da Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015, que altera o artigo 121 do Código Penal Brasileiro, prevendo o feminicídio como homicídio qualificado e o artigo 1º da lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o mesmo no rol dos crimes hediondos (BRASIL, 2015). Considera-se que quando o crime envolve a violência doméstica a ser analisada de acordo com a Lei Maria da Penha, a principal motivação refere-se ao fato de a vítima pertencer ao sexo feminino, ou ainda ao menosprezo e/ou discriminação à condição da mulher (BRASIL, 2015). Apesar dessa Lei estar em vigor atualmente, ainda há no Brasil, um aumento de casos, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019), 1.206 mulheres foram vítimas desse crime no Brasil no ano de 2018, onde em 88,8% dos casos o autor foi o companheiro ou ex-companheiro.

Sabe-se que a feminilidade e a masculinidade são socialmente construídas. São criadas demandas culturais a partir do sexo biológico, indicando os papéis que deverão ser desempenhados por cada gênero, assim como a relação que deverá ser estabelecida entre eles, gerando relações assimétricas e desiguais, permeadas pelo poder e dominação masculina para com as mulheres (NADER & CAMINOTI, 2014).

O poder, em seus diversos contextos e interfaces, foi e continua sendo do homem devido a sociedade patriarcal. A partir do Século XX, com o ganho de força do movimento feminista, as relações simbolicamente construídas foram abaladas nas suas estruturas, por causa do surgimento de uma face social feminina que rejeitava as noções já solidificadas dos conceitos de superioridade masculina e inferioridade feminina (ALMEIDA, 2011).

Atualmente, compreende-se a violência contra mulher como fruto da desigualdade de gênero, e segundo Morais & Rodrigues (2016), o combate a tal prática requer mudanças justamente nas relações de poder, na dinâmica da relação homem-mulher e para que seja alcançada a igualdade, as mulheres precisam ter acesso ao poder por meio do empoderamento. Esse por sua vez, é “todo o acréscimo de poder que, ‘induzido’ ou ‘conquistado’, permite aos indivíduos ou unidades familiares aumentar a eficácia do seu exercício de cidadania.” (Friedman, 1996 apud Morais & Rodrigues, 2016, p. 99).

O empoderamento, como aponta Morais & Rodrigues (2016), necessita de agentes externos que atuem como catalisadores, propulsores ou mediadores, para que se desenvolva. Além disso, esse não é apenas um fim em si próprio, este é visto como um instrumento para o desenvolvimento de soluções para diversos problemas sociais. Durante o processo de empoderamento, o primeiro passo está na conscientização da mulher através de informação sobre seus direitos, através do trabalho com a autopercepção e autoestima, para que mesma seja capaz de questionar a situação de subordinação a qual o gênero feminino é submetido.

Tecnologia Social (TS), tem como definição um “conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida” (INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL, 2004). A TS é eficaz na resolução de problemas sociais, tem sustentabilidade ambiental e provoca transformação social, é ainda uma abordagem complementar à inovação social, definida como “[...] uma solução aos problemas crônicos que não podem ser resolvidos por intermédio da lógica atual que vigora em nossa sociedade, tais como a escassez de recursos e os problemas socioambientais, sendo necessária uma ruptura de paradigma” (FRANZONI & SILVA, 2016, p. 355).

Considerando a TS como “técnicas e metodologias”, “produtos e processos”, e que como outras tecnologias, também possuem um modo próprio de pensar e agir, o Instituto de Tecnologia Social (2007), traz uma divisão em determinados aspectos ou implicações que toda tecnologia possui. São eles: compromisso com a transformação social; criação de um espaço de descoberta de demandas e necessidades sociais; relevância e eficácia social; sustentabilidade socioambiental e econômica; inovação; organização e sistematização; acessibilidade e apropriação das tecnologias; processo pedagógico para todos os envolvidos; difusão e ação educativa; processos participativos de planejamento, acompanhamento e avaliação; implica a construção cidadã do processo democrático (INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL, 2007).

Assim, este capítulo tem como objetivo identificar e descrever tecnologias sociais produzidas e aplicadas pela Terapia Ocupacional para o empoderamento de mulheres em situação de violência e assim, descrever os procedimentos e as estratégias realizados no processo terapêutico ocupacional no grupo de apoio. Nesse sentido, faz-se necessário a descrição do grupo de apoio onde são utilizadas as TS desenvolvidas e descritas abaixo.

GRUPO DE APOIO À MULHERES AGREDIDAS

Na procura por uma resolutividade da situação de violência, as mulheres percorrem o que a Política Nacional de Enfretamento a Violência contra as Mulheres chama de “rota crítica”. Essa trajetória é caracterizada por idas e vindas da mulher nos serviços, muitas vezes ocorrendo em círculos, fazendo com que o caminho seja repetido sem resultar em uma solução, causando um desgaste emocional na mesma (BRASIL, 2011).

O grupo apresenta um diferencial, justamente, por evitar que a mulher em situação de violência tenha que percorrer a rota crítica, oferecendo resolutividade logo no primeiro momento após a mediação de conflitos. Após a chegada no grupo, as mulheres são inseridas nos serviços que compõem as políticas sociais locais, bem como para a assistência jurídica, para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), os quais realizam acompanhamento de toda a família e as inclui em programas, como o Bolsa Família. Estes serviços estão integrados a rede de atendimento à mulher em situação de violência e devem proporcionar o atendimento e acolhimento necessários para a superação da violência (MELO & MENTA, 2013).

O Grupo de Apoio à Mulheres Agredidas – GAMA, faz parte de um Programa de Combate a Violência de Gênero que foi idealizado e criado em 2012, por uma terapeuta ocupacional, professora da Universidade Federal de Sergipe – UFS em conjunto com a titular da Delegacia de Apoio a Grupos Vulneráveis – DAGV, da Cidade de Lagarto/Se. O GAMA foi incorporado como campo de Estágio Obrigatório de graduação em Terapia Ocupacional em 2015 e fundamenta-se na Lei Maria da Penha, tendo como objetivo primordial o combate à violência de gênero, visando o empoderamento de mulheres em situação de violência. O grupo possui uma metodologia própria constituída por três eixos temáticos, são eles: autoconhecimento, informação e manutenção. Esses eixos têm como objetivos sensibilizar em busca de oportunidades de um recomeçar; possibilitar a intervenção no desenvolvimento de oportunidades e na

consolidação da autonomia; proporcionar estratégias que conduzam a uma vivência progressivamente sem violência; respectivamente.

Os eixos de autoconhecimento e informação ocorrem em doze encontros, sendo divididos por temática e de acordo com essas, foram desenvolvidas tecnologias sociais usadas pela terapia ocupacional, cuja algumas descrições encontram-se na sequência do texto. As temáticas do eixo autoconhecimento são: Percepção corporal (autoestima); Saúde da mulher (promoção, prevenção e cuidados); Relações afetivas na família; Família real e ideal; Cotidiano, papéis ocupacionais e habilidades; Espiritualidade e Resiliência; Protagonismo, empreendedorismo. Já no eixo de informação são trabalhados os temas Políticas Sociais e Lei Maria da Penha, direito civil, para que as participantes tenham a oportunidade de conhecer seus direitos enquanto mulheres, possibilitando o empoderamento social e político.

Ao terminar todos os encontros, há o eixo de manutenção onde as mulheres podem permanecer no grupo e/ou encaminhadas para o ambulatório psicossocial de terapia ocupacional da universidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A percepção corporal é formada por dois aspectos fundamentais: o esquema corporal e a imagem corporal. O esquema corporal diz respeito à concepção neurológica, formado pelas relações espaciais entre os segmentos físicos que permitem ao indivíduo estar consciente do seu corpo no tempo, enquanto a imagem corporal está relacionada ao psicológico, ou seja, a todas as formas que o sujeito experimenta e conceitua do seu próprio corpo, tratando-se de uma construção mental a partir de impressões subjetivas e juízos de valores, que é moldada por experiências pessoais, relações sociais e cultura (FONSECA et al, 2012).

Segundo Thompson (1996) apud Saikali et al., (2004), o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

Perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; *Subjetivo*, que envolve aspectos como satisfação com a aparência,

o nível de preocupação e ansiedade a ela associada; *Comportamental*, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal. (Thompson, 1996 apud Saikali, 2004, p. 164. Grifo das autoras.)

As vivências do sujeito interferem diretamente na sua percepção corporal, que pode se tornar distorcida e negativa, prejudicando a autoestima do sujeito. Segundo um estudo feito por GUIMARÃES et al. (2018), a autoestima é um dos fatores mais impactados pela situação de violência de gênero, principalmente devido a depreciação da autoimagem decorrente de insultos advindos do agressor.

O foco desse encontro é a autoestima, mas para que essa seja trabalhada, é necessário que olhemos primeiro para a percepção corporal, e para como a mulher em situação de violência de gênero se enxerga, percebe-se, visto que estão ambos os constructos estão intimamente ligados. A autoestima “é um dos fatores mais afetados como consequência do impacto que a violência causa na vida da mulher que a vivência, principalmente pela depreciação da autoimagem resultante dos insultos advindos dos parceiros” (GUIMARÃES et. al, 2018, p. 1995).

Iniciou-se com a utilização de dinâmica e atividade expressiva dirigida. Dessa forma, o grupo foi dividido em duplas, que foram orientadas a começar com o desenho acerca da sua visão sobre o outro. Tal objetivo é posto como ponto de partida para o momento que se segue: o da discussão acerca de como essas mulheres se vêem, possibilitando, assim, que haja uma construção da imagem corporal real e de si mesma, pois mulheres em situação de violência experimentam anos de destruição de sua imagem corporal conduzida pelas ofensas e desqualificações do parceiro agressor, que impõem características negativas, fragilidades e defeitos ao seu corpo e ao seu caráter (FERRAZ & LABRONICI, 2015).

O desenho feito pelo outro e as características que lhes foram atribuídas não necessariamente referem-se à imagem do corpo real. Dessa forma, através de perguntas disparadoras, levou-se as mulheres a refletirem sobre o que são e o que desejam ser. Posteriormente o protagonismo da mulher assumiu lugar central, a partir de questões

em que elas se expressaram acerca de sua percepção sobre si, ou sobre como gostaria de se ver. Nesse momento tornou-se possível perceber a dificuldade que a maioria das mulheres apresentaram, ao definir-se, em dizer como de fato se enxergam, corroborando com Souza et al (2018), quando afirmam que mulheres que sofreram violência de gênero, têm a representação mental do seu corpo prejudicada, ocorrendo uma depreciação da autoimagem e da autoestima, que de uma certa forma, repercute de maneira negativa na identidade pessoal dessa mulher. Ao final, as participantes puderam compartilhar sua opinião e percepção acerca do encontro, no qual foi iniciado o processo de empoderamento psicológico.

O trabalho com a temática relações afetivas é voltado às relações familiares e suas dinâmicas, além dos laços afetivos nos quais estão envolvidas. Sabe-se que nas “últimas décadas o conceito de família tem vindo a adquirir um âmbito muito mais vasto, porque novas tendências, novas configurações familiares têm permitido novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros [...]” (DIAS, 2011, p. 140). Dessa forma, existem as famílias divorciadas, recasadas, união estável, com casais homoafetivos, monoparental, ampliada, dentre outras; e mesmo com tal diversidade as famílias não deixam de ser um sistema, um processo de integração e interação dos seus membros (DIAS, 2011).

Para entender a construção dos laços afetivos, é necessário trazer em primeiro lugar o conceito de afetos. Estes são entendidos como:

Sinônimos de sentimentos, entretanto, eles correspondem às unidades específicas e próprias, que se configuram no plano da afetividade e, portanto, no homem como um todo, afetando toda a sua vida e levando-o a experimentar um modo próprio e único de se relacionar com o mundo (Nogueira, 2013, p. 17).

Os laços afetivos são entendidos, de acordo com Nogueira (2013) como os “níveis de relacionamento, os elos ou vínculos criados no campo afetivo que as pessoas mantêm em seu meio de convivência, quer seja com outras pessoas, eventos ou objetos” (p. 17-18), podendo estes serem mais fortes quanto maior for o grau de importância e ressonância que o evento provocará nos sentimentos da pessoa com relação ao outro.

Utilizou-se uma atividade expressiva com o carvão, por ser um material primitivo e comum a todas, deixando-as confortáveis e livres para a manipulação. Além disso, esse recurso possibilitou uma melhor expressão e envolvimento das mulheres na atividade. Os materiais foram distribuídos para que elas desenhassem três das pessoas mais importantes da sua infância/adolescência. Nesse momento as pessoas e relações que surgiram nos desenhos são variadas, o lugar ausente do pai e/ou mãe, composição familiar distinta da tradicional, relações conflituosas com determinados parentes, dentre outras. Em seguida o foco passou para as três ou mais pessoas marcantes e importantes da vida adulta, sendo estas, desde pessoas que apresente-se como rede de apoio na vida dessas mulheres, como filhos, pais e amigos, até mesmo o agressor representado algumas vezes como figura principal que deixou marcas doloridas, as quais repercutem de maneira negativa no cotidiano das participantes, ainda nos dias atuais.

Ao considerarmos a ocupação parte da identidade do sujeito podemos afirmar que os papéis ocupacionais podem ser citados como parte indispensável na construção da identidade social dos sujeitos (OLIVEIRA, 2015). Estes por sua vez, são definidos como “conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade e moldados pela cultura e contexto” (AOTA, 2015, p. 08). Podem ainda fornecer orientações e identificações de atividades relacionadas a ocupações com as quais o cliente envolve-se (AOTA, 2015). Já as habilidades de desempenho são “ações dirigidas a objetivos observáveis como pequenas unidades de envolvimento em ocupações da vida” (AOTA, 2015, p.07), consideradas também como a capacidade demonstrada pelo sujeito, como por exemplo capacidade prática, de regulação emocional, cognitivas, dentre outras (AOTA, 2015).

O conceito de cotidiano é trazido por Guimarães (2002) pelo prisma da representação social do dia-a-dia, ou seja, ao falar de cotidiano, leva-se a pensar diretamente em ações que dizem respeito à rotina dos sujeitos, a tudo que é realizado empiricamente, repetidamente, vivendo o dia-a-dia de uma maneira quase banal. Segundo Salles & Matsukura (2016, p. 65), “é no cotidiano que todas as características da persona-

lidade, da individualidade e as habilidades de todas as pessoas são postas em funcionamento em todos os sentidos, ainda que nem todas as capacidades sejam utilizadas com toda a sua intensidade”.

Assim, o ser humano em seu cotidiano desempenha diversos papéis ocupacionais, os quais interferem e são interferidos uns pelos outros. As mulheres participantes do grupo, tem seu cotidiano marcado pela violência de gênero e muitas vezes são obrigadas a desempenharem papéis que não desejam, ou até mesmo são impedidas de desenvolverem os que gostam. Dessa forma, iniciou-se o encontro com um resgate dos papéis ocupacionais desempenhados pelas mulheres, aqueles que a sociedade espera que sejam desempenhados pelo gênero feminino e como todos eles interferem no cotidiano.

Muitas vezes, mulheres em situação de violência tem seus papéis restritos aqueles que o parceiro permite, sendo os mais comuns o de mãe e dona do lar, além disso, suas habilidades são questionadas e depreciadas, conforme as palavras negativas deferidas pelo agressor. Então faz-se necessário levá-las a refletir sobre as habilidades que possuem e como essas podem ser usadas para desempenhar diversos papéis, principalmente aqueles que geram renda e independência financeira.

Após falarmos de habilidades e papéis ocupacionais, surgiu a necessidade de falarmos sobre protagonismo e empreendedorismo, sempre fazendo a conexão com a temática da semana anterior. Nesse ponto dos encontros, para as mulheres que estão desde o início do eixo de autoconhecimento, espera-se que elas já estejam fortes e empoderadas o suficiente para começar a enxergar as potencialidades e habilidades que possuem, para daí gerar renda, conquistando uma independência financeira. Ao serem lembradas as habilidades e papéis ocupacionais debatidos na semana anterior, causa surpresa nas demais, em decorrência da diversidade, complexidade e potencial que cada uma possui. Dessa forma, discutiu-se sobre a possibilidade das habilidades já existentes e intrínsecas naquelas mulheres servirem para a realização de trabalhos remunerados, sendo esses informais ou formais. Pois, em um sentido de autopercepção e reconhecimento de competências, as participantes

conseguem perceber e criar oportunidades para a geração de renda. E a partir disso, existe a probabilidade de mudança na condição de vida e independência da mulher, levando assim ao empoderamento social, político e psicológico.

O protagonismo não necessariamente está atrelado ao empreendedorismo, mas esse último pode proporcionar as mulheres em situação de violência um sentido de protagonista da sua própria vida. Durante este encontro pôde-se observar que as mulheres já haviam iniciado um planejamento baseado na temática anterior, e uma parte relatou a evolução do mesmo. Muitos serviços de atenção a mulheres em situação de violência oferecem programas de geração de renda que “estão voltados para atividades marcadamente femininas, isto é, que reproduzem os estereótipos de gênero e resultam da divisão social do trabalho entre os sexos” (COSTA et al, 2012, p. 24). Assim com este encontro busca-se romper com esse padrão de estereótipos de gênero, mostrando possibilidades diversas através das habilidades já existentes nas participantes.

Nesse sentido, através do empoderamento das mulheres em situação de violência, o grupo conseguiu ofertar uma atenção que visou ir ao encontro das necessidades dessas mulheres, de serem autônomas no direito de viver com dignidade, e de reconstruírem seu cotidiano sem a violência. Através do resgate de possibilidades de produção da própria renda, regate da autoestima, do sentido de existência, e abrindo caminhos e possibilidades para a reconstrução da sua vida (MELO & MENTA, 2013).

Vive-se em uma sociedade que, legítima a partir de dispositivos que operam na ordem da cultura, a violência cotidiana, podendo ser percebido, por exemplo, na naturalização do controle sexual, comportamental, material e/ou financeiro das mulheres por parte de seus companheiros, sendo reproduzidos quando incorporados como comportamentos naturais do homem a infidelidade, o autoritarismo e/ou a agressividade nos relacionamentos, dificultando assim, a percepção das mulheres acerca do ciclo de violência vivido (OLIVEIRA & FERIGATO, 2019).

CONSIDERAÇÕES

Pode-se constatar que por meio das tecnologias sociais desenvolvidas e aplicadas no GAMA, é possível proporcionar uma mediação no processo de empoderamento, tanto psicológico, quanto social e político, das mulheres em situação de violência, apresentando, na maioria das vezes, resolutividade para casos de violência de gênero no município, pois ao fortalecer a mulher, esta consegue romper com o ciclo ao qual está imersa e ressignificar seu cotidiano, passando a viver em um contexto em que os aspectos ligados à violência foram minimizados. Acredita-se que o próprio GAMA, pode ser considerado uma tecnologia social, devido a sua inovação, metodologia própria, baixo custo e facilidade em ser reproduzido.

Torna-se evidente, também, que a intersectorialidade é indispensável no combate à violência de gênero, tornando imprescindível o contato estreito entre a Secretaria de Segurança Pública do Estado e o Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade, realizando um trabalho em conjunto e assegurando a eficácia do grupo, pois o mesmo, nessa formatação, proporciona uma atenção com abordagem integral inserindo imediatamente essas mulheres nas políticas públicas existentes e também direciona gestores e terapeutas ocupacionais a reprodução desta tecnologia social como forma de combate a violência de gênero.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. S. (2011). As relações de poder nas desigualdades de gênero na educação e na sociedade. *Série-Estudos - Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB*. 1(31), 165-181.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (2019). *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*. Rio de Janeiro: Fórum de Segurança Pública.

<http://www.observatoriodeseguranca.org/download/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2019/>

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL - AOTA. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 26(3), 1-49.

BANDEIRA, L. M. (2014). Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*. 29(2), 449-469.

BRASIL. (2006). Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Brasília, DF.

BRASIL. (2015). Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015. Brasília, DF.

BRASIL. (2011). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres.

COSTA, D. M.; AZEVEDO, P.; SOUZA, R. (Org.). (2012). *Políticas públicas, empreendedorismo e mulheres: olhares que se encontram*. Rio de Janeiro: IBAM.

DIAS, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Rev. Gestão e Desenvolvimento*. 19, 139-156.

FONSECA, C. C.; VECCHI, R. L.; GAMA, E. F. (2012). A influência da dança de salão na percepção corporal. *Revista de Educação Física*. 18(1), 200-207.

FERRAZ, M. I. R. & LABRONICI, L. M. (2015). Fragmentos de corporeidades femininas vítimas de violência conjugal: uma aproximação fenomenológica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 842-849.

FRANZONI, G. B.; SILVA, T. N. (2016). Inovação Social e Tecnologia Social. *Desenvolvimento em Questão*, 14(37), 353-386.

GUIMARÃES, R. C. S.; SOARES, M. C. S.; SANTOS, R. C.; MOURA, J. P.; FREIRE, T. V. V.; DIAS, M. D. (2018). Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuid.* 9(1), 1988-1997.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL BRASIL. (2004). *Caderno de Debate – Tecnologia Social no Brasil*. São Paulo: ITS.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL. (2007). *Conhecimento e Cidadania 1: Tecnologia Social*. São Paulo: ITS.

MELO, K. M. M.; MENTA, S. A. (2013). Rompendo com o silêncio: A mulher em situação de violência doméstica e a caracterização de um serviço que compõe a “rota crítica”. *Caderno Espaço Feminino*. 26(1), 223-239.

MINAYO, M. C. S. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

MORAIS, M.O.; RODRIGUES, T. F. (2016). Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. *Revista de Ciências Humanas*. 16(1), 89-103.

MOURA, A. (2017). Aprofundamento do conceito de protagonismo usado pelo Serta. In: LOVATO, A.; YIRULA, C. P.; FRAZIM, R. (org). *Protagonismo: A potência de ação da comunidade escolar*. (pp.76-81) São Paulo.

NADER, M. B.; CAMINOTI, J. M. (2014). Gênero e poder: a construção da masculinidade e o exercício do poder masculino na esfera doméstica. In *Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh*. Rio de Janeiro: ANPUH. Recuperado em 12 de outubro de 2019, de http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400262820_ARQUIVO_Generoepoderaconstrucaodamasculinidadeeexerciciodopodermasculinonaesferadomestica.pdf

NOGUEIRA, O. L. (2013). *A fragilidade dos laços afetivos na Sociedade Contemporânea e seus impactos na vida das pessoas* (Monografia de Especialização) Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Existencial e Gestáltica, Belo Horizonte.

OLIVEIRA, M. T.; FERIGATO, S. H. (2019). A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 27 (3), 508-521.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. (2002). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra: World Health Organization. WHO.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. (2004). Imagem Corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* 31(4), 164-166.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 24, n. 4, p. 801-810, 2016.

SOUZA, A. P. L.; LIRA, M. O. S. C.; CARVALHO, M. F. A. A.; VIEIRA, M. C. A.; CAMPOS, F. V. A.; BARBOSA, K. M. G.; JUSTINO, T. M. V. (2018). Imagem corporal de mulheres que sofreram violência física. *ver enferm UFPE on-line*. 12(9), 2276-82.

TELES, M. A. A. (2010). O Protagonismo das Vítimas de Violência Doméstica e Familiar. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. 86(n), 381-392.

O TRABALHO DA DOULA EM UMA MATERNIDADE DO VALE DO JEQUITINHONHA – MG: COMPREENSÃO SOB DIFERENTES PONTOS DE VISTA

Patrícia de Oliveira Lima²⁵
Roberto Allan Ribeiro Silva²⁶
João Luiz de Miranda²⁷

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a atenção à saúde da mulher vem avançando com a introdução de programas de assistência humanizada, que incentivam o parto natural, a adaptação ao ambiente hospitalar e a continuidade do cuidado da parturiente no decurso de toda a vivência do parto, com a perspectiva de integração dos profissionais de saúde e o empoderamento da mulher como usuária (MARQUES, 2015)

A presença de um acompanhante à parturiente durante toda a transição do parto é garantida pela lei nº 11.108, um marco da humanização na maternidade, a partir da qual a atenção obstétrica experimenta uma transição entre o enfoque nos aparatos científicos e tecnológicos e o reconhecimento de que a assistência à parturiente envolve mais que apenas os aspectos físicos, envolvendo também o psicológico, o social, o espiritual e o emocional (SILVA *et al.*, 2012).

O ingresso de doulas no cenário de parto vem demonstrando na literatura como um elo equipe/gestante, favorecendo o protagonismo da parturiente e corroborando com uma assistência humanizada e acolhedora (SILVA *et al.*, 2012). No Brasil, a inserção das doulas, voluntárias ou não, dentro das maternidades, ocorreu sem a participação

²⁵ Enfermeira. Mestra em Ensino em Saúde (UFVJM).

²⁶ Enfermeiro. Mestrando do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde (UFVJM).

²⁷ Doutor em Ciências Odontológicas. Professor permanente do programa de pós-graduação em Ensino em Saúde (UFVJM).

dos profissionais atuantes no cenário do parto e, muitas vezes sem o entendimento do seu escopo de atuação (HERCULANO et al. 2018).

De acordo com Barbosa *et al.* (2018) este contexto abriu margem para resistência e possíveis conflitos dentro das equipes de saúde, considerando que o trabalho das doulas pode gerar disputa entre os diferentes paradigmas assistências, desafiando o modelo obstétrico tradicional ainda predominante em detrimento do protagonismo da mulher.

O Ministério da Saúde define doula como uma acompanhante, com ou sem treinamento específico que presta constante apoio à gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, não necessitando de formação técnica na área da saúde (FERREIRA *et al.* 2014). Seu objetivo é esclarecer a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselhar as posições mais confortáveis durante as contrações, utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, promover técnicas de respiração e relaxamento, proporcionar contato físico e oferecer apoio psicológico (FERREIRA et al. 2014; BRASIL, 2016).

Os acompanhantes da parturiente, companheiro, mãe, irmã entre outros, estão emocionalmente envolvidos por isso o apoio oferecido por eles não pode ser substituído ou confundido com o trabalho desempenhado pelas doulas que muitas vezes ajuda os acompanhantes a apoiar a mulher nesse momento de grande vulnerabilidade e repleto de transformações (BARBOSA, 2018).

O apoio social e físico da doula durante o trabalho de parto mostra, também, uma redução de custos. Uma pesquisa realizada internacionalmente mostrou que mulheres que receberam apoio das doulas apresentaram menores taxas de parto prematuro e cesárea (KOZHIMANNIL *et al.*, 2016). Além disto, representam uma economia em relação ao custo-benefício, já que a cesárea custa mais caro do que o parto normal (STEEL *et al.*, 2015).

Bohren et al. (2017) em uma metanálise sobre o apoio contínuo para mulheres durante o parto descobriram que, por meio do fornecimento de suporte de parto contínuo, vários benefícios foram obtidos: reduz a necessidade de intervenções médicas, depressão pós-parto

e admissões neonatais. Outra metanálise apontaram os benefícios do suporte da doula, demonstrando que as mulheres acompanhadas aumentam duas vezes a chance de ter parto vaginal, comparadas ao grupo que não recebeu este suporte, além de apresentarem melhoria no pós-parto, avaliados por meio de características físicas e emocionais (PUGIN *et al.*, 2008).

No entanto, independentemente de todos os benefícios, o suporte contínuo ao parto não é implementado universalmente, provavelmente devido a uma alta taxa de utilização de intervenções médicas, como anestesia peridural em ambientes hospitalares (LUNDA, MINNIE e BENADÉ, 2018).

O presente estudo tem como cenário uma maternidade do Vale do Jequitinhonha que, em parceria com uma Universidade Federal, inseriu doulas voluntárias, que são acadêmicas de cursos da saúde, visando traçar caminhos para humanizar a assistência à mulher durante o processo de parturição. Considerando que a presença da doula visa alcançar a humanização da assistência à mulher durante o processo de nascimento do seu bebê, o objetivo desse estudo foi analisar a compreensão dos envolvidos no momento da parturição das gestantes sobre a inserção da doula nesse contexto.

Esta pesquisa descritiva de abordagem qualitativa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 1104982. Usando critério de saturação, foram realizadas 19 entrevistas com profissionais de saúde, puérperas e doulas. A técnica de análise foi a análise de conteúdo, fundamentada na análise temática de Bardin, por meio de gravação e transcrição das entrevistas, pré-análise com leitura superficial e organização inicial do material; leitura com profundidade e exploração; codificação dos dados; tratamento dos dados e interpretação (BARDIN, 2011).

Com o intuito de categorizar os resultados, foram atribuídos letras e números aos trechos dos depoimentos apresentados. A letra E representou a categoria de membros da equipe, a letra D a categoria das doulas e a letra P a categoria das puérperas.

DESENVOLVIMENTO

Foram entrevistados 19 participantes, sendo quatro puérperas que estavam internadas na maternidade, entre 24h e 72h de pós-parto e tiveram acompanhamento de doula durante seu trabalho de parto. Não houve restrição quanto ser primíparas (tiveram o primeiro parto) ou múltiparas (tiveram mais de um parto), adolescentes (se menores de idade, os responsáveis permitiram a participação delas na pesquisa) ou adultas, analfabetas ou alfabetizadas e sem distinção de raça, religião e tipo de internação; dez profissionais da saúde da maternidade que vivenciaram pelo menos um trabalho de parto das gestantes com a presença de uma doula (três médicos obstetras, três enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem) e de um total de dez voluntárias acadêmicas, foram entrevistadas cinco doulas que pertenciam ao quadro de estudantes de uma instituição de ensino de graduação dos cursos de enfermagem, fisioterapia e nutrição.

Durante as entrevistas doze, dos dezenove entrevistados, desconheciam o que é uma doula e quais suas funções, antes de presenciar uma doula em atuação. Esse resultado demonstra que é um tema novo e pouco discutido na região, apesar de que em outras regiões a presença das doulas em maternidades já se faz fortemente atuante. Essa realidade também é evidenciada por Silva et al. (2012), que ao realizarem trabalho sobre as doulas das cidades de Fortaleza (CE) e de Campinas (SP), concluíram que muito precisa ser feito para que o papel da doula seja reconhecido e validado em diferentes segmentos da sociedade.

Quanto a análise das entrevistas, foi possível apreender as seguintes categorias: 1. Presença da doula durante o trabalho de parto das gestantes e seus significados; 2. Acompanhamento da doula durante o trabalho de parto das gestantes e suas melhorias; 3. A influência da doulagem na formação acadêmica.

1. Presença da doula durante o trabalho de parto das gestantes e seus significados

Pode-se perceber nas entrevistas uma relação estreita entre o acompanhamento das doulas e os significados de acolhimento, acompanhamento, apoio e humanização, conforme a seguir:

[...] a gestante tem mais segurança porque tem uma pessoa ali do lado dela o tempo todo (E3).

[...] ela ficou comigo, me deu apoio, segurou minha mão, foi ótimo (P1).

Então o trabalho da doula vem para fazer esse trabalho mais de humanização, da segurança, conforto, passar carinho para a gestante e também para o familiar (E8).

Para mim esse significado da Doula é para poder ajudar ela a fazer o que ela sente vontade de fazer, dar apoio. Questão de humanização mesmo (D2).

Em relação a humanização, pode-se perceber uma relação estreita aos significados atribuídos ao acolhimento. Os entrevistados resumem o acolhimento, o acompanhamento, o apoio como questão de humanização.

Então o trabalho da doula vem para fazer esse trabalho mais de humanização, da segurança, conforto, passar carinho para a gestante e também para o familiar (E8).

Para mim esse significado da Doula é para poder ajudar ela a fazer o que ela sente vontade de fazer, dar apoio. Questão de humanização mesmo D2.

A humanização é uma característica apontada pelos entrevistados em que todos os profissionais deveriam ter ao lidar com seus pacientes. Diante disso, surge outro ponto a ser analisado. Como a humanização tem sido trabalhada nas disciplinas curriculares e na formação profissional dos acadêmicos. De acordo com Silva et al. (2011), é necessário investimento sobre o tema humanização no cuidado, principalmente no campo do ensino e na formação profissional, tendo em vista a importância que ele ocupa na esfera da política pública, economia, cultura, ética e na formação profissional (SILVA *et al.*, 2011).

Observou-se que a presença da doula nos pré-partos oferece um conforto para a equipe, por ter uma pessoa o tempo todo ao lado das gestantes, orientando-as quanto às atividades não farmacológicas de alívio da dor e, que na possibilidade de qualquer intercorrência, a doula seria um elo entre a equipe e a gestante.

O que eu percebo é uma tranquilidade para gestante porque você tem uma pessoa que está acompanhando ela o tempo todo e é uma tranquilidade para equipe. Você sabe que tem alguém que você poderá ir lá periodicamente e que qualquer problema vai poder estar te chamando e tudo (E1).

Na verdade, a equipe por mais que ela esteja inteirada do trabalho de parto, ela não tem disponibilidade e tempo para acompanhar todo o trabalho de parto (E5).

2. Acompanhamento da doula durante o trabalho de parto das gestantes e suas melhorias

Nas entrevistas com as puérperas, pode-se observar que todas negaram necessidades de melhorias nesse quesito.

Até então, comigo foi tudo excelente. Não acho que deve ter melhora alguma (P3).

Na minha opinião foi ótima, foi mais do que melhor. Não reparei nada que ficou faltando (P4).

Contudo, os membros da equipe e das doulas relataram a falta de recursos físicos e humanos, como detalhado nas falas a seguir:

A questão física e de material. Só tem uma bola, não tem uma banheira, não tem banquinho próprio para o parto (D3).

Eu acho questão de espaço mesmo. Tumultuado (E7).

Este estudo corroborando com Silva et al. (2016), identifica que muitas doulas apontam que o principal obstáculo que encontram é a própria deficiência na estrutura dos hospitais para a realização das suas atividades, o que, segundo elas, acarretam a invisibilidade dos seus trabalhos.

A maternidade em estudo possui chuveiro e bola em número reduzido em relação a demanda de atendimentos para o trabalho da equipe assistencial e das doulas nas práticas de alívio da dor de forma não farmacológica. A maternidade tem em média cento e vinte partos/mês, sendo que em vários dias é notório mais de três mulheres em trabalho de parto ao mesmo tempo.

Vale ressaltar, que a falta desses materiais impossibilita o desenvolvimento de algumas das atividades direcionadas ao trabalho de parto, realizando, portanto, outras formas de aliviar a dor como a deambulação, a musicoterapia, a troca de posições, a respiração ou até mesmo a quietude e o silêncio de acordo com cada vínculo estabelecido.

Destaca-se nos relatos das doulas a falta de valorização do seu trabalho por parte dos membros do hospital. Esse fato também foi observado no estudo realizado por Silva et al. (2016), onde as dificuldades evidenciadas no campo de atuação da doula estão relacionadas à falta de conhecimento de ambas as partes (profissionais e parturientes), sobre o trabalho da doula, resultando na desvalorização da tarefa realizada por elas.

Eu acho que deveria haver um incentivo maior por parte do hospital da participação das doulas. E enfim, acho que deveria ter uma valorização maior (D4).

O fato de as doulas do cenário de estudo serem voluntárias e em sua maioria composta por universitárias foi visto como desvantagem já que prejudica a assiduidade e periodicidade frente a priorização para as atividades acadêmicas conforme apontado pela equipe assistencial, através das suas entrevistas indicou:

Eu acho que poderia ter doulas mais frequentes. Elas ajudam bem. O ponto negativo é quando não tem doulas (E1).

Em relação as doulas mais assiduidade e vir mais vezes. Porque eu fiz o curso, mas por questão de tempo eu não consegui exercer (E6).

Eu acho que a inserção de doulas em todos os plantões. Pelo menos uma. Eu acho que dessa forma, a gente chegaria num ponto bom do vínculo com a gestante

no trabalho de parto. Então a inserção das doulas em todos os plantões seria essencial (E10).

Apesar da desvalorização percebida pelas doulas as equipes desejam que elas estejam presentes em todo momento da assistência na maternidade, destacando algumas vezes como estratégia essencial para a efetivação do vínculo e da segurança. De acordo com Silva et al. (2012), a presença de um acompanhante para a mulher no pré-parto e no parto, reduz significativamente o sofrimento da parturiente, as dores e o uso de procedimentos desnecessários.

3. A influência da doulagem na formação acadêmica

Essa categoria surgiu pelo fato das doulas serem acadêmicas e vem descortinar fatores interligados ao ensino em saúde. Percebe-se nas publicações da área uma escassez de informação sobre a formação acadêmica das doulas, até porque as doulas identificadas não pertenciam a classe de estudantes e sim a uma classe de mulheres mais experientes, que muitas vezes relembra a figura de uma mãe.

Os relatos das doulas trouxeram reflexões sobre o curso e a influência de se exercer a doulagem para a formação acadêmica. Exercer o papel de doula foi fundamental para estreitar a relação entre a teoria vivenciada nas dependências da instituição de ensino e em um dos cenários de prática.

Ser doula me ensinou muito. Isso contribui até hoje com minha formação acadêmica porque eu aprendi a ter empatia, aprendi a ser humana, aprendi a respeitar a opinião, respeitar a vida das pessoas, a vida particular delas (D2).

De acordo com Silva et al. (2016), refletir sobre a assistência humanizada é pensar, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher, na integralidade de práticas benéficas à saúde do binômio mãe/filho, no respeito aos direitos das usuárias, na valorização do conhecimento popular e na amplitude de modalidades terapêuticas que podem ser associadas a assistência convencional. Nas falas das entrevistadas, a assistência humanizada refere-se ao desenvolvimento de características

inerentes a um profissional da área da saúde, contendo: empatia, escuta acolhedora, respeito às crenças e culturas de cada indivíduo.

Pode-se destacar que o curso de doula e a doulagem, realizado pelas voluntárias, foi visto como uma ferramenta para minimizar ainda mais essa complexidade, fortalecendo a práxis da humanização na formação acadêmica.

A gente tem que ter esse companheirismo com o paciente. Estabelecer essa confiança entre paciente e profissional. Você ver que a humanização é essencial para um bom trabalho em saúde (D4).

Para mim a doulagem tem um significado de amor, humanização, companheirismo. Eu vou levar isso para toda minha formação e para minha profissão (D3).

Pelos relatos, exercer o papel de doula foi fundamental para estreitar a relação entre a teoria vivenciada nas dependências da instituição de ensino e a prática de estar perto do paciente e conseguir exercer o papel teórico-prático. Conforme Freitas et al. (2016), as atividades docentes em saúde são carentes de formação direcionada para o exercício da prática. Os professores associam essa deficiência relatando dificuldades nos espaços de formação que não comportam toda a discussão e instrumentalização necessárias aos saberes docentes fundamentais e ao favorecimento do processo de ensino-aprendizagem em saúde.

A trajetória profissional de algumas doulas foi determinada após desenvolverem o trabalho voluntário na maternidade. A escolha de uma especialização em obstetrícia, de trabalhar com gestantes e/ou de continuar desenvolvendo pesquisas e extensões relacionadas a essa temática foi abordada nas entrevistas quando perguntadas sobre a influência da doulagem na sua própria formação acadêmica.

Para mim ser doula foi o início da minha descoberta na academia. Desde o curso eu tive a certeza que aquilo ali era a área que eu queria trabalhar (D2).

Para mim a doulagem tem um significado de amor, humanização, companheirismo. Eu vou levar isso para toda minha formação e para minha profissão (D3).

A criação de espaços humanizados de ensino-aprendizagem é complexa e determinada por numerosos fatores que envolvem o modelo técnico-assistencial e pedagógico (SILVA *et al.* 2012; PUGIN *et al.*, 2008). As percepções de humanização, em sua maioria, limitam-se ao conceito sintoma, principalmente em momentos de impotência perante os sofrimentos decorrentes da dominância do social ou mesmo do tecnicismo. Garcia *et al.* (2012) Dentre as estratégias pedagógicas estudadas por este, destaca-se a diversificação de disciplinas correspondentes, principalmente às áreas da Saúde Coletiva, Saúde da Família, Pediatria e Clínica, e de cenários (enfermarias, ambulatórios e atenção básica), os quais possibilitaram relações mais estreitas entre docentes, equipes profissionais, discentes e pacientes.

Sendo assim, pode-se destacar que o curso de doula, realizado pelas voluntárias e a doulagem é uma ferramenta que pode minimizar ainda mais essa complexidade, fortalecendo a práxis da humanização na formação acadêmica.

Exercer as atividades de doulas, portanto, pode ser considerada uma estratégia pedagógica, que possibilita vivenciar as experiências de humanização do parto, adotando metodologias ativas e de reformulações curriculares estruturais, pois dependendo dos conhecimentos e das experiências desses alunos, surgem onipotências, impotências e construções de possíveis potências para a humanização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, através dos relatos analisados, pode-se analisar a compreensão das puérperas, das doulas e da equipe assistencial sobre a presença da doula durante o trabalho de parto na maternidade de um hospital do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, além de identificar a influência do exercício da doulagem para a formação das doulas acadêmicas.

O trabalho da doula revelou significados inerentes a uma assistência humanizada e acolhedora, traçando assim, um caminho para que as equipes assistenciais das maternidades, juntamente com os gestores e

demais envolvidos nos processos de atendimento às gestantes, reflitam sobre a relevância da presença das doulas nesses cenários.

Em síntese, foi possível com o estudo reconhecer a doula como parte do cuidado humanizado proporcionado às gestantes em trabalho de parto, parto e pós-parto, além de prover subsídios para a reflexão do seu trabalho.

Considera-se como limitação do estudo o fato das entrevistas terem sido realizadas apenas com as doulas acadêmicas, pois era a equipe atuante no momento da pesquisa. Este desenho permitiu compreender uma particularidade da região, por outro lado subentende-se que o relato das doulas não acadêmicas poderiam trazer dados diferentes.

Para a formação acadêmica, a prática da doulagem foi notória e exerceu grande influência. É revelador que esta prática possa ser vista como uma estratégia de ensino, em que objetivará trabalhar o conteúdo a humanização no percurso de formação do ensino em saúde.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M.B.B.; HERCULANO, T.B.; BRILHANTE, M.A.A.; SAMPAIO, J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde em Debate*, 42(117): 420-29, 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 70 ed. Lisboa; 2011.
- BOHREN, M.A.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R.K.; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: MS. 2016. [Acesso em 10 de mar de 2016]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- FERREIRA, A.R.J.; BARROS, N.F.; CARVALHO, I.C.; SILVA, R.M. A Doula na Assistência ao Parto e Nascimento. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: MS. 2014 [Acesso em 24 de mar de 2015]. 4: 202- 15p. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf
- FREITAS, D.A.; SANTOS, E.M.S.; LIMA, L.V.S.; MIRANDA, L.N.; *et al.* Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20 (57): 437-448, 2016.

GARCIA, M.A.A.; FERREIRA, F.P.; FERRONATO, F.A. Experiências de humanização por estudantes de medicina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10 (1): 87-106, 2012.

HERCULANO, T.B.; SAMPAIO, J.; BRILHANTE, M.A.A.; BARBOSA, M.B.B. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. *Saúde em Debate*, 42(118): 702-13, 2018.

KOZHIMANNIL, K.B.; HARDEMAN, R.R.; ALARID-ESCUDERO, F.; VOGELSANG, C.A.; *et al.* Modeling the Cost-Effectiveness of Doula Care Associated with Reductions in Preterm Birth and Cesarean Delivery. *Birth*, 43 (1): 20-7, 2016.

LUNDA, P., MINNIE, C.S.; BENADÉ, P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (167), 2018.

MARQUES, C.P.C. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015 [Acesso em 24 de mar de 2016]. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wpcontent/uploads/2019/12/isbn_redes02.pdf

PUGIN, E.P.; KOPPLIN, I.E.; LARRAÍN, C.C.; GALLEGGO, J.V.; *et al.* Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73 (4): 250-56, 2008.

SILVA, F.D.; CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Escola Anna Nery*, 15(2): 306-313, 2011.

SILVA, R.M.; JORGE, H.M.F.; MATSUE, R.Y.; FERREIRA JUNIOR, A.R.; *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde e Sociedade*, 25(1), 108-120, 2016.

SILVA, R.M.; BARROS, N.F.; JORGE, H.M.F.; MELO, L.P.T.; *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência Saúde Coletiva*, 17 (10): 2783-94, 2012.

STEEL, A.; FRAWLEY, J.; DIESEL, B.A.H. Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 23 (3): 225-41, 2015.

Nota: parte da pesquisa já foi publicada na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil vol.19 no.3 Recife Jul./Sept. 2019.

A SAÚDE DA MULHER: TRANSIÇÃO EPIDEMIOLOGICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS

Maria Carolina Santos²⁸

Roberto Allan Ribeiro Silva²⁹

George Sobrinho Silva³⁰

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem apresentando uma mudança na composição e no perfil sanitário da sua população e concomitantemente mudanças no padrão de adoecimento caracterizando a transição epidemiológica que tem seguido o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos onde as doenças crônicas só passaram a assumir papel dominante após o controle das doenças transmissíveis (SHRAMM *et al.*, 2004).

A transição epidemiológica brasileira é marcada por disparidades dos indicadores de saúde, com polarizações de tipo de agravo à saúde, geográfica e polarização social que se manifesta pelos desníveis nos indicadores de mortalidade e morbidade entre diferentes grupos populacionais, dentro do mesmo território (ARAÚJO, 2012).

Para acompanhar as necessidades impostas pelas mudanças nas condições de saúde é preciso transformar também as políticas, não apenas as políticas de atenção sanitária, mas as públicas de modo geral, precisam enfrentar os desafios desses vários grupos populacionais (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016).

Um grupo que apresenta características próprias de transformação são as mulheres que além de passar por este processo de transição epidemiológica experimentou outras mudanças profundas de aspecto social, com novas condições de trabalho, estilo de vida e comportamento,

²⁸ Acadêmica do curso de enfermagem (UFVJM).

²⁹ Mestrando do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde (UFVJM). Enfermeiro.

³⁰ Doutor em Ciências da Saúde. Professor do curso de enfermagem (UFVJM).

isso influenciou na alteração do perfil de adoecimento e mortalidade deste grupo (SOUZA e SIVIEIRO, 2015).

O processo de incorporação da questão de gênero na agenda governamental brasileira não se deu de forma linear foi resultado, em larga medida, por reivindicações de grupos sociais como o feminismo pela criação de mecanismos institucionais de políticas para as mulheres, nos níveis nacional e subnacional (FARAH *et al.*, 2018).

Sendo assim, este trabalho tem o objetivo de detalhar as nuances da transição epidemiológica na população feminina brasileira e o contexto em que as políticas públicas de saúde para atender a essas mudanças foram construídas.

A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLOGIA E A SAÚDE DA MULHER: TRANSFORMAÇÕES E PRINCIPAIS ACOMETIMENTOS

A transição epidemiológica é definida como mudanças complexas no modelo de saúde/doença e na intervenção de fatores sociais, econômicos e demográficos. A transição epidemiológica brasileira iniciou na década de 1940 e está ocorrendo até os dias atuais, sendo o país classificado por alguns estudiosos, como estágio intermediário na transição (PEREIRA, 2015).

Neste sentido, ocorreram no país mudanças significativas nos índices de mortalidade, de maneira tal que os indicadores demográficos passaram por intensas transformações. Os principais fatores que demonstram essa mudança são: declínio da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento de causas crônicas; a diminuição do número de óbitos e aumento da expectativa de vida; diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade geral por doenças infectocontagiosas, dentre outras (TAVARES, LOVATE e ANDRADE, 2018).

No Brasil os estudos sobre transição epidemiológica são norteados por duas linhas de raciocínio. De um lado, o enfoque socioeconômico, dizem respeito às melhorias no padrão de vida, na alimentação e melhorias no nível educacional do país. Por outro lado, o avanço da

medicina e as ações para melhoria da saúde pública como forma de diminuir a mortalidade. Nesse sentido, as duas perspectivas se completam e auxiliam no entendimento sobre o declínio da mortalidade no país (ANDRADE & AIDAR, 2016).

Outro fator que exerceu forte influência na forma como a transição epidemiológica aconteceu no país tem a ver com a sua grande extensão territorial. Isso fez com que a transição acontecesse de forma desigual em suas diferentes regiões. Ocorrendo assim, a heterogeneidade estrutural, marcada pelas diferenças regionais na evolução da transição. Desta forma, denota-se que a região Sul e Sudeste se encontram em um estágio mais avançado da transição, enquanto a região centro-oeste está no nível intermediário e as regiões norte e nordeste encontram-se atrasadas perante as outras. A diferenciação da transição epidemiológica ocorre também dentro de regiões de um mesmo estado, fator pelo qual se faz ainda mais importante o estudo em questão (TAVARES, LOVATE e ANDRADE, 2018).

Merece destacar também que a transição aconteceu de forma diferenciada entre homens e mulheres. Para a saúde das mulheres, foco desta pesquisa, além das referências gerais da transição epidemiológica, é possível identificar fatores que impactaram nas transformações das formas de adoecer e morrer deste grupo. Com o avanço dos anos houve alterações nos padrões de vida das mulheres ocidentais, tais como a redução do número de filhos a entrada no mercado de trabalho, o aumento do nível de escolaridade entre outros fatores, os quais vêm contribuindo para a redução do tempo de sobrevida feminina (SOUZA e SIVIEIRO, 2015). Aliado a isso, destaca-se ainda as transformações sociais, como o avanço do feminismo, a partir da década de 1970. Nesse cenário, o movimento feminista foi responsável por uma transição comportamental, com relação à liberdade de escolha sexual, reprodutiva e a inserção no mercado de trabalho, de maneira a favorecer que as mulheres se tornassem provedoras da própria renda (SARTI, 2004).

Após a maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, foi possível observar também uma maior procura aos serviços de saúde,

devido às novas morbidades e aos novos riscos no ambiente laboral (SARTI, 2004). As mudanças que ocorreram devido às novas condições de trabalho, estilo de vida e o comportamento, são divergentes das que ocorriam em outros períodos. Anteriormente as causas de mortalidade eram principalmente em decorrência de causas maternas, definidas como morte no período gravídico-puerperal (SCARTON *et al.*, 2020).

No decorrer do século XX, várias foram as mudanças que aconteceram no perfil epidemiológico de mortalidade feminina no Brasil. Do início do século até o final da década de 60 predominavam as doenças infecciosas como causa principal de mortalidade no grupo feminino. Após esse período passou a haver predomínio de mortalidade por doença arterial coronariana (DAC), sendo esta última ainda predominante no século XXI. Apesar do predomínio da DAC ressalta-se o aumento gradativo da mortalidade por neoplasias e causas externas (PRATA, 1992 *apud* SOARES *et al.*, 2010). Nesse contexto, as alterações no perfil epidemiológico se devem a priori pelas mudanças concomitantes da expectativa de vida da população e da diminuição da taxa de fecundidade, trazendo à tona no século XXI um perfil de pessoas mais velhas com um grupo menor de jovens (LEBRÃO, 2007)

Com a transição epidemiologia os fatores que passaram a prevalecer no grupo de mulheres em idade fértil, de acordo com Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2018, foram aqueles relacionados primeiramente as neoplasias, seguidos respectivamente das doenças do aparelho circulatório e das causas externas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2018).

Apesar dos fatores gerais, merece destacar que graças aos movimentos feministas, por lutar pela igualdade nos direitos e justiça social, uma série de acometimentos a mulher, antes negligenciados pelas políticas públicas começaram a ter maior destaque. A violência contra mulher torna-se cada vez mais evidente e noticiada através das mídias sociais, no entanto, nem sempre o cenário foi o mesmo. No Brasil a primeira legislação voltada exclusivamente para o combate da violência e discriminação foi em 2007 através da criação da Lei Maria da Penha,

a lei prevê ações judiciais e penalidades cabíveis para o combate da violência doméstica/ familiar (SILVA, 2018).

Outros importantes tipos de violência estão presentes no cotidiano de diversas mulheres. A violência obstétrica é caracterizada por atos agressivos e desumanos praticados por profissionais de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto e o puerpério. Muitas vezes, nota-se que às vítimas, por falta de informação medo ou vergonha não realizam às denúncias. Desta forma, visando diminuir o número de casos foi criado em 2005 a Lei do Acompanhante, com o objetivo de a mulher ter um acompanhante da sua escolha durante o processo de parto (SILVA, 2018). A violência sexual é definida como qualquer ato que vise forçar a acompanhar/participar de relações sexuais mediante ao uso de força, ameaça ou intimidação. Os casos de estupro no Brasil afetam diretamente milhares de mulheres, de todas as classes sociais, idades e cor. As marcas deixadas não são somente físicas, mas também atingem psicologicamente, podendo ter o estupro como resultado a gravidez indesejada, e consequentemente o aborto (SILVA, 2018).

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Nas primeiras décadas do século XX, as primeiras discussões sobre políticas nacionais da saúde da mulher no Brasil se limitaram a tratar de gravidez e parto além do controle de natalidade no Brasil, sendo, no entanto, as tentativas de discussão do governo criticadas (BRASIL, 2018). A partir de então, no ano de 1975, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), lançado pelo Ministério da Saúde, o qual buscava fortalecer as ações em cuidado do período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. Críticas surgiam com relação ao PSMI, principalmente por parte do movimento feminista, que criticavam o fato do programa se basear apenas na mulher como procriadora, excluindo suas necessidades sexuais e questões de saúde estabelecidas pelas mudanças comportamentais, saúde mental e mercado de trabalho (MONTEIRO & VILELA, 2005).

No final da década de 1970, iniciava-se a discussão sobre a construção pelo Ministério da Saúde de um novo programa voltado para a saúde da mulher que contemplasse em sua totalidade as necessidades femininas. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que apresentava um avanço nas maneiras de abordar a saúde feminina através de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Foram propostas por meio do programa ações importantes no cenário da prevenção e controle do câncer ginecológico, atenção ao pré-natal, prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), entre outros fatores fundamentais para a avaliação integral à saúde da mulher (BRASIL, 1984 *apud* OSSIS, 1998).

No entanto, o PAISM não foi muito efetivo, algumas das ações descritas não obtiveram o sucesso que era esperado, principalmente relacionado com as ações educativas, e a incorporação das novas atividades que eram propostas no programa, com dificuldades de incorporá-las na rotina dos serviços. Outro fator que contribuiu para o insucesso do PAISM foi a permanência do foco principal em ações relacionadas a reprodução, deixando de lado outras demandas que eram necessárias para a saúde da mulher (MONTEIRO & VILELA, 2005).

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu que às ações de saúde são direitos dos cidadãos iniciando-se a partir de então o alicerce para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que implementou o SUS iniciando-se os esforços para a sua estruturação (PAIN *et al.*, 2011). Entretanto, as ações desempenhadas pelo PAISM foram suprimidas, haja vista as novas demandas apresentadas com a criação do SUS.

Em 1994, no Cairo, foi realizada a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento que deixava de focar no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, passando a direcionar a atenção ao desenvolvimento de meios para a ação da mulher, no que concerne a ideia de aprimoramento da qualidade de vida dos

indivíduos e também meios para ampliar o exercício dos direitos humanos (PATRIOTA, 2007). A partir de então começaram a ser articuladas novas ações por parte do Governo Federal em consonância ao aumento da cobertura das ações básicas para a saúde da mulher (MONTEIRO & VILELA, 2005)

A Atenção Primária à Saúde (APS) começou a ser implementada em 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que visava o fortalecimento das ações primárias e a promoção a saúde. Posteriormente foi iniciada a implementação do Programa de Saúde da Família, estratégia do governo para o fortalecimento das ações de prevenção e cuidados mínimos, juntamente com o fortalecimento da APS no país (MONTEIRO & VILELA, 2005).

Durante as últimas décadas várias mudanças ocorreram na organização do sistema de saúde. Nesse contexto obteve relativo destaque as alterações que concernem ao desenvolvimento de programas estratégicos na área da atenção básica (JESUS *et al.*, 2015). Dessa maneira, com o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher começaram a ser ofertadas ações:

“(...) educativas, vacinas; do planejamento reprodutivo a disponibilização dos métodos contraceptivos; pré-natal, parto ao puerpério; incentivo a hábitos saudáveis aos exames preventivos; cuidados da saúde da adolescente aos cuidados à saúde da mulher idosa.”
(BRASIL, 2019, p. 01)

Em 1992, intensificaram diversos movimentos feministas e de organizações internacionais para articular o conceito de saúde reprodutiva, direitos reprodutivos e sexuais da mulher. No cenário Nacional, ocorreram debates sobre o controle demográfico que ocorriam no Brasil no mesmo ano, através da Conferência Mundial do Meio Ambiente (COSTA, 2009).

Em 2001, nove anos após a Conferência Mundial do Meio Ambiente, era criada pelo Ministério da Saúde a Norma Operacional da Saúde (NOAS), que conferia aos municípios parte das responsabilidades no cenário da atenção primária à saúde. No que concerne

à saúde da mulher a NOAS, estabelece garantia de ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e a prevenção do câncer de colo uterino, além de garantir também ações em saúde para casos mais complexos (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DA BAHIA, 2016).

Buscando integrar os princípios norteadores desenvolvidos até 2004, juntamente com os avanços nos vários campos da saúde sexual e reprodutiva, na melhoria da atenção obstétrica e neonatal, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DA BAHIA, 2016). Este documento também aborda sobre a prevenção, tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), a abordagem do câncer ginecológico e das doenças crônicas não transmissíveis. Ademais, realizou-se ações para outros grupos na política como: mulheres no climatério, mulheres negras, mulheres idosas, indígenas, Mulheres Lésbicas, Gays, Travestis, Bissexuais, Transexuais (LGBT), trabalhadoras do campo, deficientes, mulheres com transtorno mental e mulheres em situação de prisão (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DA BAHIA, 2016).

Por fim no ano de 2011, foi realizada a reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, permeada com o auxílio de diversos setores da sociedade, integrando uma nova visão sobre o conceito de saúde feminina focada na humanização e qualidade do atendimento (BRASIL, 2011).

Todavia, a saúde da mulher apresenta desafios que necessitam ser trabalhados para a melhoria da longevidade feminina no país. Diversas mulheres adoecem e morrem por causas evitáveis, em consequência da falta de acesso a serviços de saúde e pela falta de informação. Alguns pontos ainda necessitam ser melhor explorados no que tange às ações desenvolvidas na política, e no que concerne às condições que afetam a saúde das mulheres como: IST's, o exercício da sexualidade e gravidez na adolescência. Além disso, questões como a dificuldade de observação holística das mulheres, a marginalização de orientações sexuais diferen-

tes da heterossexual e o comprometimento da qualidade da prestação de serviços em saúde são pontos muitas vezes negligenciados pelos serviços de saúde, e que necessitam ser trabalhados para obtenção de uma melhora na qualidade de vida e diminuição das mortes evitáveis (SANTANA *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil vivencia um processo de transição epidemiológica marcado por disparidades em seu território, com grande variação de acometimento entre os vários grupos sociais. Mesmo com os reconhecidos avanços vivenciados no Brasil em várias áreas da oferta de serviços públicos e nos indicadores de saúde, há ainda um longo e difícil caminho a percorrer.

As políticas públicas voltadas para saúde da mulher, em grande parte fruto de movimentos sociais, apesar de seus limites, possuem papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores da população feminina.

Alguns pontos ainda necessitam ser melhor explorados no que tange às ações desenvolvidas na política, e no que concerne às condições que afetam a saúde das mulheres, e que necessitam ser trabalhados para obtenção de uma melhora na qualidade de vida e diminuição das mortes evitáveis.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P.G. AIDAR. T. Identificação das etapas do processo de transição epidemiológica a partir de agrupamentos fuzzy: uma aplicação para a população do sexo feminino residente na região sudeste brasileira em 2010. *In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP)*. Foz do Iguaçu, 2016.

ARAUJO, J.D. Epidemiological Polarization in Brazil. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4):533-538, Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. SUS cuida da mulher em todas as fases da vida. Agência de saúde. Março, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45286-sus-cuida-da-mulher-em-todas-as-fases-da-vida>> Acesso em 20 de agosto de 2020

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*.14(4):1073-1083. Brasília, 2009.

FARAH, M.F.S.; *et al.* Gender and public policy: an overview of academic research in Brazil (1983- 2015). *Cadernos EBAPE.BR*, 16(3), 428-443, Rio de Janeiro, 2018.

JESUS, L.R.; *et al.* A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. *Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade*, 10(37)1-11. Rio de Janeiro, 2015.

LEBRÃO, M.R. O envelhecimento no Brasil: Aspecto da transição demográfica e epidemiológica. *Revista de Saúde Coletiva*. 04(17):135-140. São Paulo, 2007.

MIRANDA G.M.D.; MENDES, A.C.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3): 507-519, 2016.

MONTEIRO, S.; VILELA, W. As políticas de saúde para as mulheres e o programa de saúde da família: Atenção a saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. *In: MONTEIRO, S.; VILELA, W. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão*. São Paulo: Arbeit Factory, cap. 1, p. 13-38, 2005.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*.14:25-32. Rio de Janeiro,1998.

PAIN, J.; *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 377(9779):1778-97, 2011.

PATRIOTA, T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). 2007. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/>> Acesso em: 21 de outubro de 2020.

PEREIRA, R.A. O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 6(1): 99-108, 2015.

SANTANA, T.D.B.; *et al.* Avanços e desafios da concretização da política nacional de saúde da mulher: uma revisão da literatura. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(61):135-41, São Caetano do Sul, 2019.

SARTI, C.A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Revista de Estudos Feministas*, 12(2): 35-50, Florianópolis, 2004.

SCARTON, J.; PAULA, S.F.; ANDRADE, G.B.; *et al.* Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(3): 816-22, 2019.

SCHRAMM, J.M.A.; *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908. Brasília, 2004.

Secretaria de Saúde da Bahia. Política Estadual da Atenção Integral à Saúde da Mulher do Estado da Bahia. 1º edição. Salvador, 2016.

SILVA, G.A *et al.* Violência, violências: Um problema singular ou plural? *In: VI Semana da história pontal e V Encontro de Ensino da História*. Uberlândia, 2018.

SOARES, G.P.; *et al.* Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006. *Revista Panamericana Salud Pública*. 28(4):258–66, 2010.

SOUZA, L.G.; SIVIEIRO, P.C. Diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres: Sul de Minas Gerais, 2002 e 2012. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 25-31, Rio de Janeiro, 2015.

TAVARES, J.; LOVATE, T.; ANDRADE, I. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. *GOT, Revista de Geografia e Ordenamento do Território*, v.15, p. 453-79, 2018.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR EM ESCOLARES DE UMA CIDADE DO VALE DO JEQUITINHONHA

Marcela Danielle Pimenta de Barros³¹

Roberto Allan Ribeiro Silva³²

João Luiz de Miranda³³

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, o Brasil vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade em que se observa um declínio na mortalidade por doenças infecciosas e um concomitante aumento na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas. Esse processo chamado *fenômeno de transição epidemiológica* ocorreu em todos os países hoje desenvolvidos onde a população de idosos é cada vez mais expressiva. Em 1930 as doenças cardiovasculares (DCV) eram responsáveis por 11,8 % das mortes do país, em 1996 este percentual era de 27,4% e em 2009 esse coeficiente de mortalidade já corresponde a 31,3%, ou seja, um aumento de 12,4% no risco de morrer por doenças cardiovasculares em um período de 13 anos. No Brasil, as DCNT concentram 72% do total de óbitos, percentual que representa mais de 742 mil mortes por ano. As que mais matam são as doenças cardiovasculares (31,3%), o câncer (16,2%), as doenças respiratórias crônicas (5,8%) e o diabetes mellitus (5,2%) (BRASIL, 2009).

A doença cardiovascular é uma categoria diagnóstica genérica que consiste em várias doenças separadas. A cardiopatia e doença vascular cerebral continuam a ser componentes importantes das doenças cardiovasculares e são responsáveis por mais da metade dos óbitos no Brasil.

³¹ Mestre em Ensino em Saúde (UFVJM). Médica.

³² Enfermeiro. Mestrando em Ensino em Saúde (UFVJM).

³³ Odontólogo. Professor do programa de Mestrado em Ensino em Saúde (UFVJM).

A abordagem utilizada em vários estudos de observação da doença cardiovascular é exemplificada pela análise do estudo de Framingham, uma pesquisa prospectivo e de longa duração que começou em 1948. Este estudo foi um marco na história da pesquisa das doenças cardiovasculares, pois a partir desses estudos realizados nos EUA e em outros países, foi elaborada uma lista consistente dos chamados fatores de risco para o desenvolvimento subsequente de doença cardiovascular (DAWBER, MEADORS e MOORE, 1951).

Os fatores de risco podem ser agrupados em duas categorias amplas: não modificáveis (idade, sexo e história familiar de cardiopatia prematura) e potencialmente modificáveis (obesidade, tabagismo, hipertensão arterial, níveis elevados de colesterol sanguíneo, sedentarismo, diabetes mellitus e fatores psicológicos). Esses fatores podem ser utilizados para identificar com clareza os indivíduos que correm um risco especial de desenvolver doença cardiovascular (KANDEL, MCGEE e GORDON, 1976).

Entre os principais fatores de risco de doença cardiovascular do adulto, cinco já tiveram sua importância comprovada na infância e na adolescência: tabagismo, dislipidemias (lipoproteína de alta densidade ou colesterol total elevados e lipoproteína de baixa densidade baixa), hipertensão, obesidade e sedentarismo. Porém as crianças e adolescentes que apresentam fatores de risco bem estabelecidos, não implicam perigo de risco imediato (KWITEROVICH e GIDDING, 2012).

Considerando as ações de promoção e prevenção que atuam nos fatores de risco modificáveis contribuirão para diminuir a prevalência, o impacto social e econômico das doenças cardiovasculares, apontando a importância de estudos dessa natureza, pois colaborarão para redução do número de óbitos e sequelas provocadas por essas enfermidades.

Portanto, o presente estudo busca identificar os fatores de risco da DCV nas populações infantis como passo preliminar para o estabelecimento de programas preventivos para crianças expostas a este tipo de risco, não só pela expressiva morbimortalidade da condição, mas pelo fato de que a infância é uma oportunidade única para a promoção

da saúde cardiovascular. Os pais devem receber suporte e orientação ativa dos pediatras, já que informações nesta fase podem influenciar o futuro estilo de vida. Acompanhar o crescimento, monitorar a pressão arterial, bem como outros fatores ao longo do tempo, permite identificação precoce de elementos do estilo de vida, que podem contribuir posteriormente como riscos para doenças cardiovasculares.

METODOLOGIA

Estudo transversal de prevalência dos fatores de risco da doença cardiovascular em crianças entre 6 e 11 anos de idade, na cidade de Diamantina no período de setembro de 2012 a setembro de 2013, em uma instituição do ensino fundamental da rede pública estadual da cidade.

O universo amostral deste estudo foi constituído por crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 11 anos, matriculados no turno diurno de uma instituição do ensino fundamental da rede pública estadual, da cidade de Diamantina-MG, totalizando 512 estudantes. As razões para a escolha dos escolares para comporem a amostra foram as seguintes:

- A escola constitui um local de convergência para a população da faixa etária em questão;

- A diretoria, juntamente com corpo docente, representa uma figura de orientação e confiabilidade no imaginário dos pais e alunos, facilitando a sua adesão à pesquisa, à medida que está se apresenta com o aval da administração e professores da escola;

- Pelo caráter educativo com que é investido, e ambiente escolar facilita a assimilação pelo estudante de uma atividade de elevado cunho científico como é a pesquisa;

- Os grandes inquéritos epidemiológicos, referência da maioria das pesquisas em fatores de risco cardiovasculares nessa faixa etária, foram conduzidos em escolares.

Foram excluídos estudantes que estavam em uso de hipoglicemiantes e insulino terapia; que apresentavam qualquer desordem

endócrina previamente diagnosticada ou que já se encontravam em acompanhamento nutricional.

Foi realizado o cálculo do tamanho amostral para estudos de prevalência através da seguinte fórmula: $n = Z_{\alpha}^2 P(1-P) / \epsilon^2$ (LWANGA e LEMESHOW, 1991). Considerou-se uma prevalência de sobrepeso de 4,5%, estimada em um estudo anterior (Silva *et al.*, 2005), um erro de estimativa de 3% e nível de significância de 95%. Verificou-se que o tamanho mínimo amostral deveria ser composto por 183 participantes.

Inicialmente houve uma sensibilização do diretor escolar, professores, pais e estudantes, explicando o objetivo e planejamento da pesquisa e, posteriormente, foi feita a capacitação da equipe colaboradora (residentes de pediatria da UFVJM e uma técnica de enfermagem).

Modificações e adaptações dos principais questionários (AARON *et al.* 1993, OMS – WHO HBSC e PAQ-NHANES), podem servir como modelo para utilização em nosso meio, levando em consideração o meio de deslocamento para a escola, atividades físicas realizadas na escola, atividades fora da escola e tempo de sedentarismo, descrito como o tempo assistindo televisão e que inclui horas vendo televisão, jogando no computador ou videogame e conversando ao telefone.

As medidas antropométricas foram realizadas no concurso de uma balança portátil (marca Mimmo Stylo), com capacidade máxima de 130 Kg e precisão de 50 g e uma régua vertical de alumínio para estatura pela equipe pesquisadora devidamente familiarizada com os procedimentos de avaliação. Os participantes foram avaliados descalços e sem vestimentas. Foi utilizado para diagnosticar sobrepeso e obesidade o IMC (Índice de Quetelet), definido pela fórmula: $IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$. Sendo o peso expresso em quilogramas e altura em metros.

A aferição da pressão arterial foi medida no braço direito com o participante com repouso de 20 minutos com o braço apoiado no nível do precórdio e com o manguito adequado ao tamanho do participante através do método auscultatório, utilizando esfigmomanômetro da marca Premium e estetoscópio da marca Littmann Pediatrcs 3 M. A

pressão arterial sistólica foi o parâmetro utilizado para definição de hipertensão arterial.

Para o diagnóstico considera-se a média de pelo menos três medidas da pressão arterial em situações distintas, sendo a hipertensão definida quando a média das pressões sistólica e/ou diastólica for igual ou superior ao percentil 95 para sexo, estatura e idade. Considera-se pré-hipertensão níveis pressóricos ou iguais acima do percentil 90 e inferiores ao percentil 95 ou iguais ou acima de 120 x 80 mmHg em adolescentes (ainda que estes valores estejam abaixo do percentil 90).

Os dados coletados foram analisados pelo software SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM Inc., USA) versão 20.0. Foram realizadas análises de estatística descritiva. A normalidade e homogeneidade de variância dos dados foram verificadas pelos testes Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene, respectivamente. Realizou-se análise bivariada com o objetivo de verificar se há diferença entre os grupos. Para tal, foi utilizado teste Qui-Quadrado e teste de Kruskal-Wallis com o post-hoc de Mann-Whitney. A associação entre variáveis foi verificada pelo teste de correlação de Spearman. Foi adotado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM sob parecer nº 633467 sendo respeitado todos os preceitos éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Investigações mundiais e nacionais têm demonstrado a importância da pesquisa dos fatores de risco para DCV em crianças e adolescentes, considerando ser esse o período em que os padrões de dieta e estilo de vida encontram-se em estruturação, com implicações no risco da doença na vida adulta, por isso intervenções educativas precoces são relevantes nesse período para manter um estilo de vida saudável na adultícia. No presente estudo foram identificados alguns desses fatores de risco da DCV: excesso de peso, sedentarismo e hábito alimentar não saudável, mostrando a necessidade de planejamento de ações de pre-

venção primária em relação às doenças cardiovasculares no município de Diamantina.

Dos 512 alunos de 6 a 11 anos, matriculados na escola pesquisada, no período de setembro de 2012 a 2013, 194 retornaram com TCLE e com os questionários específicos respondidos para o estudo.

A amostra foi composta por 88 escolares (45,4%) do gênero masculino e 106 escolares (54,6%) do gênero feminino. A média de idade foi de 8,28 anos (DP de 1,43). A maioria dos escolares pertence à classe social B1 (22,2%), B2 (22,2%) e C1 (24,2%) e a escolaridade do chefe de família mais encontrada foi médio completo/superior incompleto (35,6%).

A prevalência da obesidade no Brasil tem seguido a tendência dos países desenvolvidos, sendo que a obesidade adquirida na infância tende a persistir na idade adulta. No presente estudo, os resultados demonstraram uma frequência de sobrepeso de 12,9% e de obesidade de 10,8%, prevalência aumentada em relação ao estudo de Silva et al. (2005), que encontrou um índice de sobrepeso igual a 9,3% e obesidade de 4,5%. Gama et al. (2004) encontraram 10,7% de participantes com sobrepeso e na investigação de Matta e Rocha (1991) a obesidade esteve presente em 4,1%. Gerber e Zielinsky (1992) em Bento Gonçalves, registrou 6,3% de obesidade nos escolares investigados. Globalmente, cerca de 10% das crianças em idade escolar, entre 5 e 17 anos de idade, estão com sobrepeso e obesos (DEOKE, HAJARE e SAOJI, 2012).

Em todos os estudos supracitados, para a classificação de sobrepeso e obesidade foi utilizado o IMC, cujos valores normais variam com a idade e o sexo, e é considerado como melhor alternativa clínica para mensurar a adiposidade. Outros estudos realizados em diversas partes do mundo (GUPTA et al., 2013; DEOKE, HAJARE e SAOJI, 2012; MONIZ et al., 2011; LAMOUNIER, VIEIRA e LEÃO, 2004), demonstraram dados que corroboram com os da presente pesquisa e demais trabalhos realizados no Brasil, no que se refere à prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. Em conjunto, esses dados demonstram que atualmente nessa população estudada, a prevalência de excesso de peso

pode ser considerada alta, mostrando a necessidade de intervenção precoce para mudança de estilo de vida saudável.

Por outro lado, no espectro da avaliação de peso corporal, devemos ressaltar a prevalência de 37,6% de escolares baixo peso, sendo que nas últimas décadas houve um decréscimo da desnutrição mundial com um aumento da prevalência de obesidade em todas as faixas etárias, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, provavelmente pela pesquisa ter sido realizada em uma escola pública e a classe econômica predominante entre B e C. Apesar de Diamantina pertencer ao Alto Jequitinhonha, ainda possui uma prevalência aumentada de desnutrição, necessitando de uma intervenção dos órgãos públicos competentes para diminuir esse agravo social.

Estudos em crianças e adolescentes, apesar de poucos no Brasil, têm demonstrado uma prevalência de sedentarismo de até 89,5%. Neste estudo foi encontrado, considerando inativos e inadequadamente ativos como sedentários, uma prevalência de 65%, valor inferior à tendência nacional, provavelmente pelo fato dos participantes residirem em uma cidade do interior pequena e serrana, facilitando o deslocamento para escola e outras atividades sociais, andando ou de bicicleta, além de, ainda, possuírem o hábito de jogar bola, andar de bicicleta e outros jogos ao ar livre nas praças e/ou na porta do domicílio com mais frequência do que estudantes que moram em cidades metropolitanas, podendo especular que estes são mais inativos, decorrente do tipo de distração predominante (computador, TV, etc) e facilidade de locomoção automotiva. Silva et al. (2005) identificaram 93,5% de sedentários na sua investigação (somatórios de sedentários e muito sedentários).

Com relação ao hábito alimentar, avaliado através do QFA, uma parcela expressiva dos participantes desta amostra apresentou um padrão alimentar inadequado. Neste estudo foi registrado considerando o hábito alimentar saudável, 1,5% levemente saudável, 72,7% moderadamente saudável e apenas 25,8% fortemente saudável. Os resultados obtidos são concordantes com os de outros trabalhos, mesmo com os limites para comparações decorrentes das diferenças metodológicas,

como por exemplo, no estudo de Gama et al. em 2004, que encontrou 80% de hábito alimentar saudável inadequado. Porém, na investigação atual, quanto ao consumo alimentar não saudável (guloseimas, pizzas, refrigerantes, cheetos e etc), 79,4% dos escolares avaliados possui um hábito adequado, ao contrário do estudo de Gama et al. em 2004, que identificou um consumo inadequado de alimentos não saudáveis. Isso pode ser explicado pelo fato da cidade onde o estudo foi realizado, não possuir estabelecimentos como *fast food* e os participantes ainda possuírem o hábito de almoçar e jantar no domicílio, não havendo necessidade de utilizar esses locais de lanches rápidos. Com relação a outros estudos (GUPTA et al., 2013; KELISHADI et al., 2013; RODRIGUES et al., 2013), realizados em diferentes partes do mundo, levando-se em consideração os hábitos alimentares regionais, têm-se verificado aumento dos hábitos alimentares inadequados, como fatores contribuintes para a prevalência da obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes e aumento de risco da DCV.

A história familiar positiva para DCV encontrada na pesquisa realizada foi de 17,6% para IAM e de 26,3% de morte súbita por IAM, enquanto Gerber e Zielinsky (1992) encontraram 38,3%, Maitino (1995) em Bauru registrou 16% e Matta e Rocha (1991) acharam 83% de casos positivos. Essa comparação de resultados da história familiar com outros estudos fica prejudicada em virtude das diferenças metodológicas empregadas. No entanto, o levantamento da história familiar empregado por Gerber e Zielinsky (1992) e Maitino (1995) foi semelhante ao utilizado na presente investigação, considerando história familiar positiva se o pai, mãe, avós e tios de 1º grau sofreram algum evento cardiovascular como IAM, morte súbita por IAM ou AVC antes de 55 anos de idade.

No presente estudo, foi demonstrada uma correlação significativa positiva entre o aumento do IMC associado ao aumento da PAS e PAD ($p < 0,001$). Quanto ao peso corporal, o excesso de peso, é um indicador de risco independente para um grande número de alterações de saúde, inclusive para a hipertensão arterial. É discutido o fato do sobrepeso e da obesidade, possivelmente, desempenharem desde a infância um papel deletério para o sistema cardiovascular. Garcia et al. (2004), desenvolve-

ram um estudo transversal, com avaliação de 672 crianças entre 2 e 11 anos de idade, das quais 14% apresentaram sobrepeso e 3,7% obesidade, evidenciando também que com o aumento do IMC, um significativo aumento da pressão arterial sistólica. Na investigação de Campo, Leite e Almeida (2007) em Fortaleza no período de 2006 a 2007, verificaram presença de sobrepeso de 10% e obesidade de 5% nas crianças, e estas que tinham o IMC alterado, 5 % apresentaram PA superior ao percentil 95, mostrando uma associação entre as variáveis estudadas.

Segundo os dados obtidos na pesquisa realizada na tentativa de correlacionar classe socioeconômica e IMC foi observado que nas classes socioeconômicas mais desfavoráveis foram encontrados valores de IMC acima do percentil 85 ($p < 0,001$), sendo esses valores discordantes em relação a outros estudos que mostraram o contrário, como por exemplo no estudo de Gerber e Zielinsky (1992) que observaram que a frequência de obesidade foi relativamente baixa (6,33%), tanto no subgrupo de renda mais alta (colégios particulares, 3,0%) como no de renda mais baixa (colégios públicos, 3,33%) e na investigação de Silva et al. (2005) houve predominância significativa em estudantes de escolas privadas e nas classes A+B ($p < 0,0001$). É possível especular que os participantes desse presente estudo possuem um consumo de vegetais e frutas reduzido por terem um custo financeiro mais elevado, consumindo mais gordura saturada e animal e quantidade elevada de carboidratos (macarrão e arroz), justificando o excesso de peso, e na amostra avaliada no estudo de Silva et al. (2005), apesar de poderem adquirir alimentação mais saudável (frutas, legumes, vegetais e gordura vegetal), são mais sedentários, pois possuem uma facilidade de locomoção automotiva para a escola e outras atividades, também explicando o excesso de peso, além de permanecerem muitas horas por dia vinculados com computador, jogos eletrônicos e TV.

Foi constatado nesta pesquisa que quanto maior a idade do participante, maiores são as alterações do IMC (sobrepeso e obesidade). Isso corrobora com estudos supracitados, podendo ser explicado pela transição nutricional que o escolar passa durante seu ingresso numa instituição de ensino, mudando gradativamente o hábito alimentar

saudável que possuía na sua residência para alimentação industrializada do lanche ofertado nas lanchonetes das escolas (baixo conteúdo nutricional com alto teor calórico), além da diminuição e desinteresse pelas atividades físicas à medida que a idade avança, aumentando a preferência por atividades sedentárias (computador, celulares, TV, etc.).

Na tentativa de correlacionar na pesquisa o perfil de atividade física com o peso, altura, PA e IMC, não houve diferença estatisticamente significativa entre os diferentes perfis de atividade física (ativos, inadequadamente ativos e inativos) quando se comparou com essas variáveis citadas. Foi notada apenas diferença significativa entre a altura dos diferentes perfis de atividade física, mostrando que os escolares ativos possuem uma estatura maior que os sedentários. Isso pode ser explicado pelo fato de uma atividade física regular estimular o crescimento ósseo.

Por fim, destacamos que os fatores de risco da DCV na infância e na adolescência têm mostrado índices crescentes em todos os continentes. Mesmo considerando que os hábitos culturais e alimentares, bem como as condições socioeconômicas serem muito diferentes entre as várias nações, há que se atentar para o fato de que na maioria dos estudos observou aumento da obesidade e da hipertensão arterial na população infanto-juvenil, correlacionando tais alterações à falta de atividade física regular e hábitos alimentares não saudáveis.

CONCLUSÕES

A análise dos fatores de risco da doença cardiovascular dos 194 escolares, de 6 a 11 anos, do ensino fundamental de uma escola pública de Diamantina-MG, demonstrou percentuais consideráveis nos hábitos alimentares não saudáveis e na ausência de prática de atividades físicas, fatores associados aos de risco das doenças cardiovasculares.

Os resultados desta pesquisa são indicativos de particular atenção dos profissionais de saúde e familiares, com relação à identificação e intervenção precoce nos fatores de risco da DCV já presentes desde a infância. A baixa adesão dos participantes, pode ser consequência do desconhecimento pelos responsáveis legais dos escolares da importân-

cia do assunto, podendo ser amenizado com informações através de jornais populares para sensibilização desse público mais leigo e outro fator é que durante o ano letivo houve muita substituição das professoras devido licenças de saúde e maternidade, diminuindo a cobrança e proporcionando extravio dos questionários. Mas isso não prejudicou estatisticamente a análise dos resultados encontrados pois o número de participantes ultrapassou a amostra mínima calculada.

Por isso a importância de implementar medidas educativas e preventivas nessa faixa etária para diminuir o risco das manifestações clínicas da DCV na fase adulta, já que nesse período ainda são assintomáticas, incentivando um estilo de vida saudável durante a infância para promover uma saúde cardiovascular durante a adultícia, como por exemplo, reforçar um hábito alimentar saudável e estimular atividades físicas e de lazer regulares.

REFERÊNCIAS

AARON, D.J. et al. The epidemiology of leisure physical activity in an adolescent population. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 25, p. 847-853, 1993. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Doenças crônicas não transmissíveis. 2009 Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

CAMPOS, L. A.; LEITE Á. J. M.; ALMEIDA, P. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, 7(2): 183-190, 2007.

DAWBBER, T.R.; MEADORS, G.F.; MOORE, F.E. Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. **Am J Public Health Nations Health**, v. 41, n. 3, p. 279-81, 1951.

DEOKE, A.; HAJARE, S.; SAOJI, A. Prevalence of overweight in high school students with special reference to cardiovascular efficiency. **Glob. J. Health Sci.**, Toronto, v. 4, n. 2, p. 147-152, 2012.

GAMA, S. R.; et. al. Prevalência em crianças de fatores de risco para as doenças cardiovasculares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2239-2245, 2007.

GARCIA, F.D. et al. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 80, n.1, p. 29-34, 2004.

GERBER, Z. R. S.; ZIELINSKY, P. Fatores de risco de aterosclerose na infância: um estudo epidemiológico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 231-236, 1997.

GUPTA, N. et al. Childhood obesity and the metabolic syndrome in developing countries. **Indian J. Pediatr.**, Calcutta, v. 80, Suppl. 1, S28-S37, 2013.

KANNEL, W.B.; MCGEE, D.; GORDON, T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study. **Am. J. Cardiol.**, New York, v. 38, n.1, p. 46-51, 1976.

KELISHADI, R. et al. First report on path analysis for cardiometabolic components in a nationally representative sample of pediatric population in the Middle East and North Africa (MENA): the CASPIAN-III Study. **Ann. Nutr. Metab.**, Basel, v. 62, n. 4, p. 257-265, 2013.

KWITEROVICH, P. O.; GIDDING, S. S. Universal screening of cholesterol in children. **Clin. Cardiol.**, New York, v. 35, n. 11, p. 662-664, 2012.

LAMOUNIER, J. A.; VIEIRA, E. C.; LEÃO, E. Desnutrição versus obesidade: o paradoxo nutricional no Brasil. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 215-216, 2004.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991.

MAITINO, E. M. Fatores de risco da doença coronária em escolares de ensino fundamental e médio. **Salusvita**, Bauru, v. 20, n. 2, p. 43-55, 2001.

MATTA, M. A. A. T.; ROCHA, J. A. Fatores de risco de doença aterosclerótica em crianças e adolescentes. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 5/6, p. 168- 173, 1991.

MONIZ, M. et al. Factores de risco cardiovascular e obesidade infantil. **Acta Med. Port.**, Lisboa, v. 24, Suppl 2, p. 327-332, 2011.

RODRIGUES, A. N. et al. Cardiovascular risk factor investigation: a pediatric issue. **Int. J. Gen. Med.**, Auckland, v. 6, p. 57-66, 2013.

SILVA, M. A. M. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, n. 5, p. 387-392, 2005.

ENCONTROS MULTIDISCIPLINARES COM AS GESTANTES E SEUS FAMILIARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia de Oliveira Lima³⁴

Sirleide Corrêa Rangel³⁵

Geisa Sereno Velloso da Silva³⁶

INTRODUÇÃO

O pré-natal é o acompanhamento da gestante antes da ocorrência do nascimento, a fim de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do filho, estendendo-se após o nascimento pelo acompanhamento puerperal. É fundamental realizar uma completa anamnese, exame físico detalhado, além de abordar sobre seus aspectos psicossociais. É um momento de turbilhão de mudanças, alterações hormonais e emocionais, incluindo novas descobertas, sendo uma oportunidade para os profissionais de saúde aprofundem em estratégias de educação e cuidado em saúde (BRASIL, 2016).

Durante a gestação é interessante que além dos encontros individuais com os diversos profissionais de saúde a gestante e acompanhante tenham a oportunidade de vivenciar a prática educativa coletiva. No espaço grupal as gestantes são estimuladas a falarem sobre seus anseios e dúvidas, as quais nem sempre têm oportunidade de expressar no momento das consultas (SILVA et al, 2018).

Encontros entre profissionais/gestantes, gestantes/gestantes, gestantes/acompanhantes é importante para troca de conhecimentos, redução de ansiedade e medo diante das alterações fisiológicas e psicológicas da gravidez, parto e cuidados com recém-nascido.

³⁴ Doutoranda em Odontologia. Enfermeira Obstetra na Unidade de Atenção à Saúde da Mulher no Hospital Universitário de Juiz de Fora - MG - EBSEERH. Mestre em Ensino em Saúde. Enfermeira Obstétrica.

³⁵ Mestranda em Enfermagem. Enfermeira Obstetra na Unidade de Atenção à Saúde da Mulher no Hospital Universitário de Juiz de Fora - MG - EBSEERH. Enfermeira Obstétrica.

³⁶ Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstetra na Unidade de Atenção à Saúde da Mulher no Hospital Universitário de Juiz de Fora - MG - EBSEERH. Enfermeira Obstétrica.

Os grupos educativos são considerados tecnologias leves que intensificam a relação com os profissionais, fortalecem vínculos por meio de escuta qualificada e participação ativa da gestante, tornando-a corresponsável pelo seu cuidado. É importante que o ambiente grupal seja acolhedor, atrativo e prazeroso e que transmita confiança, cumplicidade e companheirismo. A utilização de ilustrações, objetos, música, a disposição das mulheres em círculo, são aspectos que favorecem a participação e interação dos membros do grupo, e sensação de acolhimento, amorosidade, possibilitando que o conhecimento seja construído coletivamente (SILVA et al, 2018).

No estudo de Silva *et al.* (2018) para desmistificar padrões culturais de medo do parto foram utilizadas técnicas de relaxamento, com exercícios de respiração e automassagem. O grupo foi permeado por um processo dialógico de reflexão e problematização. Além disso, foi utilizada a construção coletiva de um cartaz em que as gestantes expuseram seu conhecimento prévio em relação ao parto normal, suas crenças e medos, o que favoreceu a interação entre elas. A partilha das vivências e experiências enriquece o momento educativo dando uma significação para os assuntos discutidos. Outro ponto abordado foi a utilização de metodologias ativas, tais como: imagens, músicas, dramatização, confecção de cartazes, demonstração com manequins, facilitando a troca de informações e favorecendo o aprendizado (SILVA et al, 2018).

Além das questões de saúde em si, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. Dessa forma, torna-se relevante o acompanhamento e abordagem multidisciplinares.

O trabalho interdisciplinar mostra-se de forma original e flexível frente às temáticas, pois envolve uma complementação de saberes, onde cada profissional acrescenta um pouco da sua vivência e conhecimento na área. Existe uma colaboração entre os profissionais, onde cada encontro resulta em um enriquecimento gerado pelos olhares diferenciados (SILVA et al, 2018).

Outro ponto a ser discutido durante o ciclo gravídico-puerperal é a existência da violência obstétrica. Miranda et al (2019) em seu estudo aborda sobre esse tipo de violência e o impacto sobre as experiências e escolhas de saúde das mulheres, sendo que as formas de prevenir e eliminar devem ser cada vez mais debatidas.

De acordo com Organização Mundial da Saúde – OMS (2014), a violência acometida às mulheres nos serviços de saúde viola os direitos ao cuidado respeitoso, além de se opor ao direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.

Há uma trajetória extensa para que a comunidade possa superar a violência, sendo sugerido por estudos uma legislação específica para o combate, além de mais campanhas informativas governamentais. Outras formas de combate baseiam-se na sensibilização por parte dos profissionais e maior conscientização e preparação das gestantes para que, assim, elas possam reconhecer, denunciar e repudiar esse tipo de prática (SILVA et al, 2020).

Diante disso, surgiu a necessidade de realizar encontros com gestantes e seus acompanhantes atendidos em um pré-natal, ambulatório referência para alto risco, localizado na Zona da Mata mineira.

Esses encontros tinham como objetivos inserir uma nova prática educativa de abordagem multidisciplinar dentro do serviço, fortalecer o cuidado em equipe numa visão de integralidade como preconizado pelo Sistema Único de Saúde –SUS, conscientizar a população assistida sobre a importância do pré-natal, empoderar a mulher e familiar frente à gestação, parto e puerpério, além de promover uma assistência mais acolhedora e humanizada.

DESENVOLVIMENTO

Os grupos de gestantes tiveram como metas:

- Realizar um encontro mensal com as gestantes e seus acompanhantes, de forma contínua, por meio de ciclos que contemplaram 5 encontros.

- Realizar a abordagem de dois temas principais durante os encontros.
- Atingir 80% da capacidade total das inscrições para cada encontro.
- Divulgar os grupos de gestantes e os serviços abrangentes dessa área ofertados pelo serviço.
- Promover educação em saúde.
- Promover o empoderamento frente ao ciclo gravídico puerperal nas gestantes e seus acompanhantes, para que eles fossem os protagonistas da assistência.

CENÁRIO DOS ENCONTROS

Os encontros iniciaram em abril de 2019, sendo uma vez ao mês de forma contínua, delimitando por ciclos que contemplaram 5 encontros em cada ciclo. Ocorreu nas dependências do serviço proponente e o horário para cada encontro foi de 14:30h às 16h.

Os horários foram distribuídos conforme figura abaixo:

Horário	Evento	Responsável
14:30h às 14:45h	Credenciamento e Abertura	Equipe organizadora
14:45h às 15:15h	Apresentação – Tema 1	Equipe multiprofissional
15:15h às 15:45h	Apresentação – Tema 2	Equipe multiprofissional
15:45h às 16h	Encerramento	Equipe organizadora

Autor: autoria própria

EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DOS ENCONTROS

A equipe para organização e realização do evento contou com a participação das categorias profissionais: enfermeiros obstétricos, médicos obstetras, psicólogo, dentista, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo e acadêmicos da Liga acadêmica de Ginecologia da universidade local. Outras categorias foram solicitadas como forma de apoio para o evento (Exemplo: TI, hotelaria, comunicação), quando necessário.

PÚBLICO-ALVO

Os encontros foram destinados às gestantes e seus acompanhantes atendidos no pré-natal do serviço e para gestantes pertencentes ao quadro de colaboradores, servidores e terceirizados da instituição.

CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO

Foram ofertadas 30 vagas para inscrição em cada evento, sendo que 20 foram destinadas às gestantes usuárias do serviço e 10 para gestantes colaboradoras/servidoras/terceirizadas. Caso as vagas destinadas às trabalhadoras da instituição não fossem preenchidas até 10 dias antes do evento, essas vagas eram disponibilizadas às usuárias do pré-natal.

As inscrições foram realizadas no setor de pré-natal com as enfermeiras obstetras, podendo ser presencial ou via telefone.

DIVULGAÇÃO

Os encontros foram divulgados por meio de banner, site, convites impresso e orientações durante as consultas de pré-natal.



Autor: autoria própria

TERMO DE IMAGEM

Os participantes foram convidados a assinar o termo de imagem para divulgações posteriores dos encontros em redes de comunicação da instituição.

CRONOGRAMA

Os encontros ocorrerão em forma de ciclos que contemplarão 5 encontros em cada ciclo, sendo um encontro por mês. Após término de cada ciclo, reiniciava um novo ciclo, mantendo um caráter contínuo. Para cada ciclo foram estabelecidos os seguintes temas conforme figura abaixo:



Autor: autoria própria

PATROCÍNIO

Para aquisição de outros materiais necessários e lanches para a realização dos encontros foi solicitado apoio junto aos representantes laboratoriais da área de ginecologia e obstetrícia. Foi elaborado e enviado uma carta-convite a todos possíveis representantes, possibilitando um espaço para exposição dos seus produtos.

O cronograma e formas de participação de cada empresa foi definido junto a comissão organizadora, após resposta à carta-convite.

Ressalta-se que todo esse processo visou transparência e ética nas atividades realizadas pela equipe.

CONSIDERAÇÕES

Sabemos que experiências exitosas, são aquelas que nos dão visibilidade às iniciativas e mudanças que foram promovidas através das nossas ações e que tiveram impacto positivo na melhoria e na qualidade de vida e saúde de um indivíduo, sociedade e/ou um grupo de pessoas que nos propusemos alcançar. Nesse caso em questão, nos referimos ao grupo de gestantes e seus familiares que executamos pelo segundo ano consecutivo no serviço em questão, no ambulatório de obstetrícia.

O grupo de gestantes foi idealizado inicialmente, com o objetivo de informar a gestante e seus acompanhamentos sobre a gestação, dirimir dúvidas, amenizar os medos existentes, desmistificar as fantasias e especulações alimentadas pelo senso comum pela maior parte da sociedade que de sobremaneira interferem negativamente no cuidado e em nossa prática assistencial.

O processo de gestar é permeado por um turbilhão de emoções, sensações e sentimentos que se confundem com tristeza, euforia, medos, incertezas, anseios e mitos, que são fortalecidos com as opiniões e trocas de experiências daqueles que se encontram mais próximos das gestantes, seus cônjuges e familiares. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido com o grupo de gestantes nos propiciou intervir com sutileza e ao mesmo tempo, veementemente, em todos os saberes do senso comum que se contrapõem ao saber científico em um espaço dinâmico, de trocas e reflexão de conhecimentos que resultou em autonomia do grupo e maior responsabilidade individual pela sua qualidade de vida e saúde.

Foram experiências valiosas e valorosas que tivemos o prazer de vivenciar, evidenciar e sobretudo quantificar no decorrer da realização dos nossos encontros e durante as consultas de rotina e pós-parto.

O grupo de gestantes para nós representa um espaço de saúde, que privilegia a educação, a reflexão, o autocuidado, a construção de novos saberes e a desconstrução dos mitos que envolvem todo o processo de gestar.

Houve também o estreitamento do vínculo entre as gestantes e familiares com os profissionais da saúde o que permitiu maior aproximação entre ambos fortalecendo laços de confiança e adesão às consultas.

As experiências vivenciadas, nos levou a refletir como as atividades grupais e coletivas são importantes para a autonomia e a emancipação dos sujeitos no concernente à sua qualidade de vida e saúde. As trocas de saberes, não somos uma folha de papel em branco, temos que considerar nesse universo de trocas e compartilhamento que trazemos na nossa bagagem aspectos individuais culturais, biológicos, sociais, psíquicos e religiosos que norteiam nossos atos e personalidade.

Apesar da experiência exitosa, houve uma meta que não foi alcançada: Atingir 80% das inscrições disponibilizadas. Essa meta está sendo avaliada e rediscutida tanto em questões de acessibilidade das gestantes e familiares ao serviço, quanto a outros pontos ainda desconhecidos pela equipe organizadora e quanto ao valor de 80% de adesão. Como toda prática, entendemos que a melhoria deve ser avaliada constantemente, visando uma assistência qualificada e humanizada.

Quando nos propomos a trabalhar em grupo devemos considerar todos esses aspectos para que não sejamos fadados ao insucesso e entender que todos eles irão contribuir para a construção do conhecimento.

É importante registrar a satisfação por parte da equipe interdisciplinar envolvida no desenvolvimento do grupo, vivemos momentos primorosos e também nos tornamos mais próximos. Mas, sobretudo entendemos melhor o significado da nossa atuação profissional. Quanto as gestantes e seus familiares estes, nos emocionaram em muitos momentos mostrando o quão haviam desenvolvido seu senso crítico, seu poder de argumentação e protagonista de sua saúde e qualidade de vida. Nos apontaram algumas fragilidades serão reformuladas na elaboração dos

temas para os próximos grupos. Nesse sentido, nós que compomos este grupo só temos uma palavra para expressar nossa satisfação «Gratidão».

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Miranda et al. Violência obstétrica: percepções de enfermeiros. HU Rev. 2019; 45(4):415-20. DOI: 10.34019/1982-8047.2019. v 45.27899.

Silva et al. Grupo operativo com primigestas. Rev Bras Promoção Saúde, Fortaleza, 31(1): 1-11, jan./mar., 2018.

Silva et al. Percepções das mulheres em relação ao cuidado recebido durante o nascimento. International Journal of Development Research, Vol. 10, Issue, 09, pp. 40158-40162, September, 2020.

Organização Mundial da Saúde. A prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto baseada nos recursos. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2014.

ABORDAGEM DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Lucas Fahel Vaz³⁷

Alexandre César Della Garza Ronzani³⁸

INTRODUÇÃO

A violência sexual é definida como “qualquer ato, comentários ou investidas sexuais indesejados voltados contra a sexualidade da mulher por meio de coação, praticados por qualquer pessoa independente de sua relação com a vítima, e em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho” (KRUG;MERCY, 2002, p. 149).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Tratar e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará-ONU) define essa violência “como qualquer ato, baseado no gênero, que causa sofrimento físico, psicológico e sexual, incluindo ameaças e privações de liberdade, seja no âmbito privado ou público” (CIDH, 1994).

De acordo com a Declaração de Viena para Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1979) divulgada pela Assembleia Geral da ONU, toda a esfera desse tipo de agressão é norteadada e permeada pela construção sociocultural de gênero com uma ideação de relações hierárquicas do “papel do masculino” sobre a mulher. Essa complexa associação provavelmente justifica que mulheres abusadas normalmente acumulam mais de um tipo de abuso durante toda a vida.

Embora o desrespeito persistente da autonomia da mulher não seja fenômeno oriunda da atualidade, as discussões políticas e sociais sobre são relativamente recentes destacando, cada vez mais, a gravidade dessas situações (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015, p. 264). Portanto, essa violação dos direitos humanos de proporções mundiais é um grave problema

³⁷ Acadêmico do Curso de Medicina (FCMS/JF).

³⁸ Médico residente em Ginecologia e Obstetrícia (UFJF). Especialista pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

de saúde pública, e um dos mais terríveis tipos de violência, que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias e religião.

Este capítulo tem como objetivo denunciar a violência sexual como um grave problema de saúde pública global inerente à qualquer realidade social, além de ressaltar os respaldos oferecidos às vítimas pelos serviços de assistência, especialmente o da saúde. Demonstrar a aplicabilidade de um atendimento assistencial exitoso é de suma importância para auxiliar no desenvolvimento de uma rede efetiva de abordagem em diversos municípios, visando atendimento eficiente, empático, receptivo e, conseqüentemente, não sobrecarregando o sistema de saúde. Ademais, ao mostrar a realidade brasileira e a esfera cultural norteadora da vitimização da mulher, observa-se a necessidade principal de precaver e evitar esses crimes contando com a educação como a arma para a transformação dessa cultura, responsável pelas estatísticas pavorosas.

RESPALDO LEGISLATIVO

Durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva, a Lei n 12.015, promulgada no dia 7 de agosto de 2009 (Brasil, 2019), modificou alguns artigos no Título VI do Código Penal Brasileiro, numa tentativa de punições mais rigorosas dos crimes sexuais.

Estupro era enquadrado como “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. A conjunção carnal corresponde ao coito vaginal, limitando o estupro ao sexo feminino. Por outro lado, “constranger alguém, mediante a violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal” era depreendido como atentado violento ao pudor. Inclui-se aqui manipulação genital com os dedos, coito anal ou oral, por exemplo.

Antes em artigos separados, ambas as contravenções deixam de ser “crimes contra os costumes” estando presentes juntos, nessa nova resolução, no capítulo “crimes contra a dignidade sexual” (Art. 213). O estupro, portanto, deixa de ser restrito à conjunção carnal, englobando

demais práticas sexuais, com pena de reclusão variando de 6 a 30 anos, caso a conduta resulte em morte da vítima. (BRASIL, 2009)

Se por um lado essa lei teve seus pontos positivos, como extensão da permissibilidade para abortamento humanitário à gestação oriunda de atentado violento ao pudor, por outro lado, caso o agressor mantiver conjunção carnal e, em seguida, praticar com ela outro ato libidinoso, responderá por um só crime (MERLO, 2009).

PANORAMA ESTATÍSTICO NACIONAL

Considerando o déficit dos bancos de dados epidemiológicos e a necessidade de caracterizar com informações mais acuradas as questões de saúde pública, foi instituída a notificação compulsória obrigatória dos crimes de violência sexual. Segundo a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, deve-se notificar às autoridades sanitárias a oportunidade de casos suspeitos e confirmados entendidos como violência contra mulher nos atendimentos públicos ou privados em todo território nacional, com caráter sigiloso. No Brasil, apesar das melhorias significativas dos sistemas de informação e da legislação, a violência contra as mulheres permanece com certa estabilidade estatística aberrante.

A pesquisa Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) aponta que no 14º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, de 2020, aponta 66.120 estupros notificados no país em 2019, passando de 8 estupros na edição de 2015 para 11 estupros por minuto. Excepcionalmente, o primeiro semestre do ano de 2020 apresentou redução de 23,5% em relação ao mesmo período do ano anterior. Esses dados desconsideram o fenômeno da subnotificação (estupros “invisíveis”), que pode alavancar os números potencialmente, já que a minoria dos crimes são denunciados.

De acordo com o texto “Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de Saúde entre 2011 e 2014” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a maioria dos eventos relatados são contra crianças e adolescentes (69,90%), partindo de agressores do convívio próximo às vítimas. Outros estudos que

coadunam dados impactantes, revelam que no mínimo 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil e que, desses casos, as mulheres ocupam quase 90% (CERQUEIRA, 2017, n.p).

Mulheres expostas à situação de violência experimentam risco aumentado de mortalidade, seja direta pela agressão em si, ou indiretamente pelo desenvolvimento de problemas de saúde. Ainda não foi definido o padrão fiel dessas vítimas, mas mulheres brancas e pardas, entre 10 a 29 anos, nordestinas, de municípios pobres, especialmente quando o agressor é parceiro, apresentam elevado risco de mortalidade quando comparado a mulheres não expostas à situações de violência. (SANDOVAL; MARINHO, 2020, n.p).

A notificação sistemática dos casos, divulgação dos números e o conhecimento da gravidade do evento são de suma importância para orientar discussões políticas e intervenções públicas voltados para prevenção da violência, em primeiro lugar, mas também para fornecer subsídios necessários às vítimas.

A CULTURA DO ESTUPRO

Ao considerarmos cultura como o conjunto das práticas sociais vigentes (Hall, 1997), atribuiríamos erroneamente a coautoria do crime à sociedade ou, até mesmo, considerariamos o estuprador como produto do meio. No entanto, para Susan Brownmiller (1975 apud VITO; SHORT, 2009 p.30) não se trata disso. O machismo e misoginia, mecanismos culturais vigentes, naturalizam a sexualidade masculina agressiva e impulsiva. Nesse sentido, a autora defende a existência de uma cultura apoiadora do estupro que perpetua entre as gerações.

Esse construcionismo do “poder” masculino, principalmente na relação sexual de fato, faz com que muitos tenham dificuldade de associar o estupro a episódios sem violência, assim como em validar o crime quando praticado pelo parceiro íntimo. A descredibilização da vítima por profissionais da abordagem inicial, com questionamento do fato, da resistência e dos vestígios de violência, são resultantes dessa cultura do estupro. A partir desse mecanismo de repressão, a notificação

da violência por parte da vítima fica desencorajada, subestimando o panorama estatístico (HERMAN, 1984).

Como se não bastasse a própria vítima, a sociedade culpa a mulher pela violação, devido seu comportamento incitante, inadequado e discrepante da postura passiva definida pelo constructo social do feminino (HERMAN, 1984). A maior parte dos entrevistados em um estudo realizado no Reino Unido no ano de 2010 acreditam que situações como dispor ao ato sexual (73%), beber em excesso (64%), vestir e dançar de forma provocativa (28% e 22%), são condutas “inadequadas” e que, se violentada em seguida, a vítima deveria assumir a responsabilidade do ato.

Pela cultura da violência sexual estar tão impregnada e, de certo modo imperceptível, é necessário desmistificar estereótipos da interface agressor-vítima. Ninguém está livre da possibilidade de ser violentado; ser atraente esteticamente ou “provocante” não aumenta a chance de ser vitimizada. Não resistir não indica consentimento; ausência de marcas de violência não desqualifica o crime. A maioria dessas agressões sexuais são cometidos por alguém de confiança (parceiros e conhecidos) em vítimas vulneráveis (histórico de abuso sexual, problemas de saúde mental ou déficit cognitivo), acessíveis e de confiabilidade a desejar (pessoas com queixas frequentes, por exemplo; ou envolvidas em prostituição) (HERMAN apud FREEMAN, 1984).

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS PARA A VÍTIMA

A mulher violentada acumula, por acumular outras diversas formas de abusos, enfrenta maior risco de desenvolver problemas de saúde, especialmente mentais. Choque, negação, medo do agressor e de humilhação, confusão e culpa são algumas reações imediatas, quando não mascaradas pela vítima, pelas quais muitas deixam de denunciar. (CAMPBELL, 2001).

O que mais chama atenção após o crime é o risco para desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), consequência de longo prazo, marcada por memória invasivas do evento traumático, que conta com pesadelos, flashbacks recorrentes e tentativas fervorosas de evitar

estímulos associados ao evento deflagrador do quadro (comportamentos de evasão). Ademais, no contexto de violência pelo parceiro íntimo, aumenta-se a chance de depressão e tentativa de suicídio, quando em comparação com mulheres não violadas. (WIEDERMAN; SANSONE, 1988).

Segundo Rouyer (1997), a tentativa de ressignificação simbólica do evento traumático sofrido pode resultar em impactos orgânicos e comportamentais no indivíduo violentado, como uma forma de somatização. Indo ao encontro disso, estudos sugerem que pacientes tidos como “somatizadores” apresentam frequentemente história de abuso físico e, até mesmo, sexual.

Uma atenção integral contando com suporte psicossocial, portanto, deve ser destinada à vítima com acompanhamento por tempo indeterminado, já que as taxas de procura de serviço de saúde mental e cuidados preventivos por estas são baixas e as consequências sintomáticas podem demorar anos para aparecer. (ASTBURY, 2006, n.p).

Além do impacto psicológico, outra preocupação imediata é com as lesões genitais que podem complicar, em médio a longo prazo, com hematomas e sangramentos, infecção vaginal e infecção do trato urinário. A relação sexual forçada coloca a mulher sob risco de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente na presença dessas lesões. Por isso, outra atenção deve ser despendida na avaliação cuidadosa dos traumas físicos, tratamento sintomático com alívio da dor, avaliar necessidade de terapias profiláticas, além de encaminhar para serviços especializados de seguimento. (MASON; LODRIC, 2013).

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO RISCO BIOLÓGICO OCUPACIONAL E SEXUAL (PARBOS)

Neste cenário distópico, detalhar o funcionamento de serviços de atendimento às sobreviventes é importante, uma vez que essa experiência pode contribuir para o conhecimento sobre o assunto e inspirar outros municípios que ainda não possuem serviços semelhantes para saúde integral da mulher.

O relato de experiência “Implantação do Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual no Município de Juiz de Fora” escrito por Alexandre Ronzani e colaboradores, detalha o processo de implantação e atuação prática do Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico Ocupacional e Sexual (PARBOS), serviço de atendimento das vítimas no município de Juiz de Fora, em atuação desde 14 de Dezembro de 2005. (RONZANI; ALBUQUERQUE; LOPES, 2020, n.p)

ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Apesar de diferentes realidades, a violência se faz uma variável comum entre todos. Uma rede de atendimento deve ser divulgada para que a população e o próprio setor de saúde saibam encaminhar a demanda de vítimas. Por isso, visando a eficácia de atendimento, foi necessário criar um protocolo, uma rotina de atendimento a ser seguida.

Primeiramente, a porta de entrada de urgência dos casos foi definida. O Hospital de Pronto Socorro Mozart Teixeira (HPS), com atendimento 24h, recebe os encaminhamentos dos setores policiais como a Delegacia de Repressão ao Crime Contra as Mulheres, das Unidades Básicas (UBS), conselhos tutelares, disque-denúncia e, inclusive, por demanda espontânea. Este atendimento inicial independe da paciente querer ou não registrar o Boletim de Ocorrência Policial, podendo ainda ser feito até seis meses da agressão.

Embasado no “Manual de Orientação” da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) - 2004, é orientado sempre o atendimento empático e privativo para que a paciente se sinta acolhida em todas as fases do seguimento, melhorando assim a relação de confiança equipe-paciente e adesão ao acompanhamento por tempo indeterminado. (NETO, 2004, n.p)

Após a entrada no hospital, a vítima é direcionada para a sala de atendimento e o serviço da enfermagem e ginecologia são acionados. Apesar de não essencial, conforme orientação do Ministério da Saúde, pode ser feito o encaminhamento para o suporte da assistência social e da psicologia. (BRASIL, 2005)

O primeiro atendimento deve ser feito como em qualquer situação de emergência e é registrado na ficha de atendimento do hospital, na Ficha Específica do Protocolo para acompanhamento, na Ficha de Notificação Compulsória da Vigilância Epidemiológica (em seguida, deverá ser encaminhada para Vigilância Epidemiológica Municipal que notificará à estadual), no Laudo de Perícia Médico Legal para Conjunção Carnal e Ato Libidinoso (IML), mediante solicitação policial.

De acordo com o art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990), o acolhimento e anamnese feita pelo profissional da saúde devem ser explicativo e ampla, respectivamente, conforme conduta básica de qualquer atendimento. Considerando que a maioria dos agressores são conhecidos da vítima, a presença de um responsável legal é indicada se for julgado necessário. Em caso de crianças ou adolescentes menores de dezoito anos de idade, o conselho tutelar deverá ser notificado de forma compulsória (BRASIL, 1990).

Detalhes colhidos na entrevista inicial direcionada são os que definem as condutas seguintes, como por exemplo o tempo corrido desde a agressão. O atendimento até as primeiras setenta e duas horas é de extrema importância para a profilaxia de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e da gestação indesejada.

As vítimas deverão ser minuciosamente examinadas, descrevendo sistematicamente as lesões genitais, equimoses, escoriações ou qualquer outro sinal de violência que haja no corpo. Os hematomas ou equimoses e lacerações genitais são as lesões mais comumente encontradas, sendo tratadas de acordo com a gravidade. É indicado uma análise cuidadosa com registro escrito ou foto em prontuário médico detalhado, uma vez que este pode servir para efetivar laudo pericial caso não seja mais possível a realização do exame após lavrado o Boletim de Ocorrência Policial. (BRASIL, 2005).

O risco de ocorrência de DST decorrente da agressão depende de diversos fatores, como infectividade dos microorganismos, susceptibilidade da vítima, tipo de exposição sexual (vaginal, anal ou oral), exposição ao sangue e secreções do agressor (es), além da presença de DST

prévia. A grande maioria das infecções decorrentes de violência sexual podem ser prevenidas com profilaxia adequada. Por isso, o Ministério da Saúde recomenda que se avalie laboratorialmente a sorologia para sífilis, hepatite B e hepatite C, no momento do atendimento inicial, três e seis meses de acompanhamento.

Como sugerido pelo Ministério da Saúde, na admissão é feito triagem para Anti HIV (ELISA), Anti-HBs, Anti-HBc Total, HbsAg, Anti- HCV (ELISA), VDRL, além de Beta-HCG (para excluir gestação pré-existente) e hemograma, TGO e TGP (função hepática), Uréia e Creatinina (função renal) e glicemia. Também é recomenda que se faça a profilaxia para gonorréia, sífilis, clamídea, tricomoniase, cancro mole e Hepatite B. O esquema atualmente usado neste serviço é o seguinte: Penicilina G benzatina, com 2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única, intramuscular; Ceftriaxona com 250mg, dose única, intramuscular; Azitromicina com 500mg, 2 comprimidos em dose única, via oral e Hepatite: completar esquema vacinal com Imunoglobulina Hiperimune de 0,06 a 0,08 ml/ Kg de peso. O esquema vacinal para tétano também será completado, se for necessário.

Já para a prevenção do HIV, o esquema antiretroviral de escolha feito no serviço é iniciado, seguido de orientação do retorno agendado com o infectologista dentro de até 15 dias, para reavaliação. As medicações usadas são: Zidovudina 300mg e Lamivudina 150mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas por 28 dias; e Nelfinavir 250mg, 5 comprimidos de 12 em 12 horas também por 28 dias.

A contracepção de emergência deve ser feita independente do período fértil do ciclo da mulher. Este serviço opta pelo uso de Levonorgestrel 0,75 mg dois comprimidos, se até no máximo 72 horas. Quanto maior for o tempo para instituição dessa profilaxia, maiores são as taxas de falha desse método.

Caso as autoridades policiais solicitem a perícia médico-legal, este protocolo prevê que seja feita já no primeiro atendimento no próprio HPS, pois é extremamente importante para tipificar o crime, bem como auxiliar na identificação do agressor. Para isso, são coletados

diversos materiais como secreções suspeitas para pesquisa de sêmem, DNA e Fosfatase Ácida Prostática, além do swab de cavidade oral para diferenciação do DNA da vítima. Materiais estes que ficam sob a custódia do IML e encaminhados para Belo Horizonte para pesquisa criminalística.

O seguimento posterior também será fundamental para o apoio e prevenção das consequências decorrentes da agressão sofrida. O seguimento estipulado se faz por meio de consultas, aconselhamento e testagem, mediante resultado dos exames iniciais, com o infectologista do programa no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) após quinze dias, durante seis meses.

A partir do atendimento inicial, a paciente pode ser encaminhada para acompanhamento ginecológico e serviços de psicologia e assistência social, por tempo a ser determinado pelos profissionais. Tais atendimentos ocorrem no Departamento de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (DSMCA). Contam com consultas periódicas para acompanhamento em ginecologia e também oferecem acompanhamento psicológico se necessário. Se for o caso de atendimento em alguma especialidade médica, poderá ser encaminhada para o Departamento de Clínicas Especializadas (DCE). Já o Serviço de Assistência especializada (SAE) conta com farmácia para fornecimento de antiretrovirais profiláticos e consultas periódicas, se ocorrer soroconversão.

CONSIDERAÇÕES

Ao considerarmos todo o cenário de violência sexual da mulher, é perceptível o quão despreparado o sistema de saúde se encontra marcado, em suma, pelo déficit de políticas públicas direcionadas como também pela desinformação das vítimas sobre seus direitos e setores de assistência disponíveis.

Implantar um serviço de atenção especializada no atendimento das sobreviventes da agressão, como o da cidade de Juiz de Fora, requer formação de uma rede intersetorial técnica para que a admissão seja acolhedora e eficiente na prevenção dos agravos resultantes em curto ou longo prazo. Integrar esses serviços em um mesmo centro de referência

vem demonstrando ser uma maneira de evitar deslocamentos desnecessários e, consequente, chance de revitimização da mulher.

O fluxograma de pré-atendimento aos acidentados descrito tem seguido todas as normas técnicas divulgadas pelo Ministério da Saúde e, com isso, mostrado atendimento de referência em Juiz de Fora e região. De todas os atendimentos nesse sistema, 22% são referentes a queixas sexuais e, destes, 28% são oriundos de outras cidades conveniadas, revelando que as vítimas estão sendo bem assistidas de acordo com a realidade municipal e que faz-se necessário difundir essa sistematização de abordagem para esses outros municípios criarem seus próprios serviços.

Sob a perspectiva da cultura do estupro, a violência passa a ser enquadrada como um fenômeno social embasado na complexa teia de relações construídas em gênero. Ter um sistema de referência para abordagem e orientação às vítimas é sim um grande passo, porém distante do fim da violência. A principal questão é saber como evitar a crescente das estatísticas de agressão sexual. Seguindo esse raciocínio, a sociedade carece de articulações políticas, sociais e educacionais direcionadas à origem desse grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

A Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei – Manual de Orientação da FEBRASGO/Editor Jorge Andalaft Neto – São Paulo: Ponto, 2004.

ASTBURY, J. **Services for victim/survivors of sexual assault: identifying needs, interventions and provision of services in Australia**. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n. 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União. 10 ago. 2009; Seção 1:1-2.

BRASIL, Minist. Da Saúde – **Sec. De Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultan-**

tes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma técnica^{2ª} ed. Atual. e Ampliação – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Lex:* Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em 08 de nov. de 2010.

BRASIL, **LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados

BROWNMILLER, Suzan. **Against our will: men, women and rape.** NewYork: Fawcett Columbine, 1975.

CAMPBELL R. Mental health services for rape survivors. Minnesota: Mincava Electronic Clearing House, 2001, <http://www.mincava.umn.edu/documents/commissioned/campbell/campbell.html> [last accessed 9.08.12].

CERQUEIRA D, Coelho DS. **Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014 (versão preliminar).** Brasília (DF): IPEA; 2017.

CIDH – **Comissão Internacional de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra A Mulher, “Convenção de Belém do Pará”.** Disponível em: Acesso em: 9 out. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. Datafolha Instituto de Pesquisas.** Março, 2017. Disponível em: Acesso em: 22. Out. 2020.

FLORENZANO Urzúa, R.; FULLERTON, U.C.; Acuña, J.; Escalona, C.R. - **Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos / Somatization: theoretical, epidemiological and clinical aspects.** Rev Chil Neuropsiquiatr 40(1): 47-55, 2002.

GUIMARAES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. **VIOLENCIA CONTRA A MULHER: PROBLEMATIZANDO DEFINIÇÕES TEÓRICAS, FILOSÓFICAS E JURÍDICAS.** *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, pág. 256-266, agosto de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200256&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 de outubro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>.

HALL, S. **A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo.** Educação e Realidade, Porto Alegre, n. 2, v. 22, p. 5, 1997.

HERMAN, Dianne F. The rape culture. In: FREEMAN, Jo. (Ed.). *Women: a feminist perspective.* 3. ed. CA: Mayfield, 1984.

KRUG, E. G., Dahlberg, L. L., MERCY, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (Eds.). (2002). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization.

Martins-Costa S, Ramos JGL, Magalhães J, Passos E, Freitas F, organizadores. **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

MASON F, LODRICK Z. **Psychological consequences of sexual assault**. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 2013 Feb;27(1):27-37. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.015. Epub 2012 Nov 24. PMID: 23182852.

MERLO, A. K. F. (2009). **Considerações práticas à Lei 12.015/09 no Título VI do Código Penal**. Revista Direito UNIFACS, 115. Recuperdo em 01 de outubro de 2014, <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/895>

NETO, Jorge Andalaft. **A Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei – Manual de Orientação da FEBRASGO**/Editor São Paulo: Ponto, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. 1979. 20 p. Disponível em:. Acesso em: 30 out. 2020.

RONZANI, Alexandre César Della Garza.; ALBUQUERQUE, Arlene Tenório de; LOPES, Paulo César Ferreira. **Implantação do serviço de atendimento a vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora (relato de experiência)**

ROUYER, Michele. (1997). **As crianças vítimas, consequências a curto e médio prazo** Em M. Gabel (Org.). Crianças vítimas de abuso sexual. (pp. 62-71). São Paulo. Summus.

SANDOVAL GA, Marinho F, DELANEY R, Pinto IV, Lima CMD, Costa RM, Bello-Corrassa R, Pereira VOM, Stevens A. **Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis**. *Public Health*. 2020 Feb;179:45-50. doi: 10.1016/j.puhe.2019.09.019. Epub 2019 Nov 11. PMID: 31726400.

VITO, Daniela de; GILL, Aisha and SHORT, Damien. **A tipificação do estupro como genocídio**. *Sur, Rev. int. direitos human*. [online]. 2009, vol.6, n.10, pp.28-51. ISSN 1983-3342. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000100003>.

Wiederman MW, Sansone RA& Sansone LA. **History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting**. *Violence Vict* 1998; 13: 3.

RECREAÇÃO: FERRAMENTA EDUCATIVA COMO MEDIAÇÃO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Tarcila Ataí de Sousa ³⁹

Sabrina da Luz Rocha Gomes ⁴⁰

Maria da Penha Rodrigues Firmes ⁴¹

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado para proteção integral desse seguimento social, de acordo com o 4º artigo da lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Com a intenção de garantir os direitos da criança e do adolescente tornando, pois, prioridade absoluta da família, da sociedade e do Estado, os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização e à cultura, entre outros (BRASIL, 1990).

Como uma das premissas de maior importância dentro do cenário de proteção a crianças e adolescentes encontra-se o direito à saúde. Neste contexto, o ECA no 11º e em seu 7º artigo, traz respectivamente, a responsabilidade de atendimento integral a saúde de toda criança e adolescente por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) e indica que toda a criança e o adolescente têm direito a saúde, sendo dever do poder público a elaboração de políticas sociais que permitam o real desenvolvimento sadio de meninos e meninas (BRASIL, 1990).

O brincar se torna um mediador desse processo, pois possibilita a criança ter um melhor autoconhecimento, além de vivenciar situações diversas com outras crianças, facilitando o processo de socialização. As atividades lúdicas, no qual o brincar é um elemento importante, potencializam a aproximação ao mundo dos outros, além de possibilitar a construção de relações e de aprender regras, valores e se fazer entender (COLCHESQUI, 2015).

³⁹ Enfermeira graduada (UFVJM). <http://lattes.cnpq.br/8587552630699296>

⁴⁰ Enfermeira graduada (UFVJM). <http://lattes.cnpq.br/5268967406037955>

⁴¹ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem (UFVJM). <http://lattes.cnpq.br/9884839857280450>

Uma ferramenta importante na mediação do conhecimento é o lúdico, pois estimula a criança enquanto trabalha com material concreto, ou seja, tudo que ela pode manusear, refletir e reorganizar. Nesse sentido, a aprendizagem acontece de forma mais fácil e com entusiasmo, pois o aprender, não é visto como uma obrigação para as mesmas (MODESTO & RUBIO, 2014k).

Proporcionar à criança diversas maneiras de brincar, com ou sem objetos, atividades com funções diferentes, e acima de tudo participar, é um importante papel dos pais, familiares e profissionais de saúde envolvidos, conforme Hanauner (2011).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) em Diamantina - MG constitui um serviço modelo no Estado. Considerado um dos espaços mais completos de reabilitação e com uma rede de suporte ampla, oferece serviços para assistência de pacientes advindos de mais de 50 municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde de Araçuaí, de Diamantina, de Minas Novas, de Turmalina e de Capelinha no Vale do Jequitinhonha, bem como de Curvelo e de Guanhães, assistindo crianças, adolescentes e adultos de forma integral e gratuita (CER, 2018).

Durante a coleta de dados, não foram observadas atividades constantes de lazer entre as crianças usuárias do serviço. Neste sentido, foi proposto atividades que abarcassem os pais e crianças, para redução do nível de ansiedade e espera do atendimento.

O objetivo geral foi conhecer o Centro Especializado em Reabilitação IV (CER Diamantina) e as características de sua assistência em relação ao público infantil, e específicos promover e incentivar a participação dos pais/responsáveis e crianças em momentos recreativos e descrever o conhecimento dos familiares acerca do processo e/ou conceito de reabilitação.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de parte de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro Especializado em Reabilitação no município de Diamantina - MG. Instituição que oferece tratamento para

pacientes com deficiência no âmbito do SUS. Contemplando mais de 50 municípios, possui capacidade para atender cerca de 320 pacientes diariamente em uma área de 2.600 m² (CER, 2018).

O Centro Especializado em Reabilitação – CER IV de Diamantina - MG, que compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme portaria GM 793 de 24 de abril de 2012, é uma entidade filantrópica mantida pela Irmandade Nossa Senhora da Saúde (INSS). Credenciada pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, se tornou referência regional na área da reabilitação por possuir uma equipe altamente especializada, composta por quase 100 profissionais, que prestam atendimentos às pessoas com deficiência. Os atendimentos são diários e contemplam mais de trezentos pacientes/dia, ocorrendo de forma multiprofissional e interdisciplinar em ambientes normatizados, dotados de equipamentos modernos que utilizam tecnologia de ponta, garantindo acessibilidade a todos os usuários e buscando promover a reabilitação integral (CER, 2018).

Oliveira (2016) relata que a história do surgimento do CER teve início em junho de 1993 quando uma assistente social e um ortopedista se deslocaram a Belo Horizonte para receber o treinamento, a fim de montar na Policlínica Dr. Lomelino Ramos Couto (Policlínica de Diamantina) o Centro de Concessão de Órtese e Prótese (autorizado posteriormente pela Portaria Ministerial nº116, de 09 de setembro do mesmo ano). A equipe contava ainda com um fisioterapeuta e posteriormente um fonoaudiólogo, que era responsável pela dispensação de aparelhos auditivos. Na época, os pacientes chegavam ao Centro com a prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs) onde eram realizadas somente as medidas e as entregas das mesmas. As OPMs vinham de empresas determinadas e contratadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e todo o quantitativo de pacientes encaminhados, regulado pela Superintendência Regional de Saúde (SRS).

Em 2001, notando a falta do processo de reabilitação para melhora da qualidade de vida desses pacientes, o serviço propôs ao coordenador

estadual do Programa de Concessão a criação de um projeto de reabilitação semelhante na época ao do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), onde os pacientes passariam o dia no serviço, a fim de receber os tratamentos com os profissionais especializados para serem reabilitados em suas deficiências. Como o serviço de ortopedia em Diamantina funcionava no Hospital Nossa Senhora da Saúde (HNSS), a ideia do projeto foi estendida aos integrantes da provedoria do HNSS. Com a mobilização desses profissionais, surgiram projetos para a reabilitação física, a reabilitação auditiva, a oficina ortopédica e o projeto de construção, sendo estes, levados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (OLIVEIRA, 2016).

Com a justificativa de que a população de Diamantina não era suficiente segundo as definições da portaria regulamentadora e do Estado, se comparada às cidades de Minas Gerais até aquele momento credenciadas, esta não foi contemplada. Somente com a intervenção e o apoio político de algumas pessoas e através do Ministro da Previdência, que é diamantinense, foi concedida uma audiência com o Ministro da Saúde para apresentação do projeto e logo, o mesmo informou que faria o repasse de todos os equipamentos para Diamantina. O Secretário de Estado de saúde da época foi conhecer o HNSS, que já possuía a área física destinada para o serviço de reabilitação e todos os equipamentos, mas ainda sem uso pela falta de habilitação, logo se sensibilizou, aumentando o credenciamento de oito para nove serviços em Minas Gerais, sendo o nono na cidade de Diamantina (OLIVEIRA, 2016).

Enfim, o Núcleo de Reabilitação Física surgiu em 2005 e no ano seguinte, Diamantina foi habilitada com o Núcleo de Reabilitação auditiva. No decorrer do seu funcionamento, o tratamento das pessoas com deficiência, até mesmo dos casos mais complexos, era de grande eficácia. O serviço cresceu muito juntamente com a demanda de usuários, e ficando sobrecarregado por não ter um espaço físico suficiente, o HNSS foi contemplado com recursos para ser ampliado e equipado o espaço físico. Nesse período foi solicitada a habilitação do Núcleo como CER (OLIVEIRA, 2016).

Com população estimada de 48.230 mil habitantes e área territorial de 3.891,659 km² (IBGE, 2017), Diamantina foi escolhida porque já contava com serviço de reabilitação estruturado. A abertura do Centro veio possibilitar a qualificação e aumento da oferta de atendimento a pacientes com diversos tipos de deficiência, comportando as demandas da população de Diamantina e região, bem como a operacionalização do sistema de transportes, traçando rotas específicas para minimizar a distância linear, otimizar o acompanhamento e tempo de locomoção, sem custos para o usuário. O CER IV de Diamantina foi um dos primeiros CER IV habilitados do país, sendo o único que não era em uma capital e o primeiro de Minas Gerais, que teve início das atividades em 01 de outubro de 2013, após toda a regularização do contrato com a SES-MG (OLIVEIRA, 2016).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o parecer nº 3.222.319 e CAAE: 99923218.6.0000.5108 de 26 de março de 2019, respeitando as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e utilizou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão adotados foram todas as crianças com idade de 0 a 12 anos inseridas no Centro Especializado em Reabilitação; pais ou responsáveis que se dispuseram a participar e assinaram o TCLE. Sendo necessário que as crianças fossem domiciliadas em Diamantina e municípios circunscritos atendidos pelo CER. Já os critérios de exclusão consistiram nos usuários que não responderam ao convite para participar do estudo; os indivíduos que não se encontravam mais em atendimento no momento da pesquisa/ação.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: inicialmente, com atividades recreativas, como forma de proporcionar um momento lúdico de sensibilização sobre a temática, seguindo do roteiro de entrevista semi-estrutura com a questão norteadora “o que entendem como reabilitação”. As entrevistas foram manuscritas, e as informações sigilosas. Para isto foi disponibilizada uma lista de codinomes (nomes de flores) para que os participantes escolhessem como forma de identificação.

Para complementar a busca de informações sobre a temática foi confeccionado um roteiro de observação livre para registro dos diversos encontros e relações informais do pesquisador e participante durante o trabalho de campo. Neste mesmo trabalho, Minayo (2014) diz que, o trabalho de campo é o momento de aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou suas questões e/ou seu problema, é onde tem a possibilidade de interagir com os sujeitos que conformam a realidade investigada. A observação pode ser considerada parte presencial deste processo na pesquisa qualitativa, sendo uma estratégia no conjunto da investigação e um método em si mesmo.

Os momentos recreativos aconteceram em alguns períodos na forma de grupos e em outros, individualmente, com participação das crianças e familiares. No início, as crianças em idade escolar, ficaram mais receosas e se limitaram a participação (dado que foram usadas técnicas de desenho, modelagem, recorte e colagem); em seguida tivemos o interesse e adesão de todas as faixas etárias, participando em conjunto ou despertando a curiosidade na atividade para fazer em casa e/ou próximo a mãe. Em outros, foi perceptível a cautela e preocupação dos pais com as limitações clínicas da criança, o que a princípio os tornaram mais retraídos.

Imagem 1 – Recreação (Técnica de Colorir)



Fonte: arquivo pessoal, 2019.

No tocante a interação social e conduta comportamental, foram notadas no sentido de terem disposto de um mesmo espaço, compartilhando objetos, saberes e cooperando nas atividades realizadas em grupos. Algumas características comportamentais foram observadas, como o nível de atividade, agitação; sentimentos como alegria, entusiasmo; o nível de atenção e concentração. Algumas crianças ditas (hiper) ativas gerenciaram seus impulsos, naquele momento, ficando mais calmas, concentradas e detendo de atenção no decorrer das tarefas.

Buscou-se inserir aquelas mais tímidas nos grupos, estimulando o despertar da curiosidade e o vivenciar de novas situações. Salientou-se aos pais a importância de estimular a independência dentro de sua realidade, evitando uma superproteção, que no futuro poderá culminar em possíveis desvios comportamentais. De qualquer forma, mantiveram-se atentos, “controlando” a criança pelo olhar.

Quando foram apresentadas a massa de modelar, ficaram entusiasmadas, demonstrando maior interesse em dar continuidade as sessões em grupos. Ao amassar e dar-lhe formas, a pessoa entra em contato com o mundo através de suas mãos, torna-se ativa, atuando em contexto grupal. Tem-se maior possibilidade de trabalhar a resposta aos estímulos e a atenção a comandos, podendo ser igualmente um instrumento pedagógico e terapêutico (OLIVEIRA & ARANTES, 2019). Os pais ensinavam a identificar as figuras, cores e criar formas, de forma integrativa nessa atividade.

Imagem 2 – Recreação (Espaço de Parquinho)



Fonte: arquivo pessoal, 2019.

A brinquedoteca constitui-se em um ambiente físico dotado com brinquedos variados com a finalidade de possibilitar à criança interações por meio do brinquedo e perpetuação de uma cultura lúdica (ROSA, KRAVCHYCHYN e VIEIRA, 2010). Neste contexto, além da brinquedoteca existe um espaço físico atribuído aos momentos de lazer no CER, onde tem um parquinho, mas não são todas as crianças que podem utilizá-lo, uma vez que não observei nenhum funcionário ou estagiário que favorecesse essa ação; as mesmas ficavam só ou com os familiares. O espaço era aberto a todos e a criança tinha liberdade de escolher o brinquedo ou jogos. No entanto os cadeirantes e usuários com deficiências locomotoras não conseguiam acessar os inúmeros brinquedos disponíveis por não serem adaptados a estes.

Como resultado dessa pesquisa espera-se tornar possível a reflexão acerca da importância de direcionar maiores orientações aos responsáveis pelas crianças que fazem tratamento na Instituição, além de promover a integração entre tais proporcionando, portanto, a aquisição de conhecimentos e habilidades para lidar com as dificuldades diárias e tornar os períodos no CER Diamantina mais dinâmicos.

Os familiares foram abordados acerca do que entendiam sobre reabilitação. Demonstraram surpresa, estranhamento (o que os limitaram em responder), ficaram pensativos e sorriam de imediato.

Quadro demonstrativo nº 1- Questão norteadora: o que entendem como reabilitação

Nº de entrevistados	Conceito	Depoimentos
3	Cuidado	<i>“Que pergunta difícil! O que significa a palavra reabilitação...Então! A pessoa sofreu um acidente, por exemplo, e ficou com algumas limitações a partir então ela precisa de cuidados para se recuperar. Isso que eu entendo” (Amarílis).</i> <i>“É o que cuida das crianças especiais né” (Margarida).</i>
1	Recuperação	<i>“Reabilitação é um tratamento de recuperação, levantar algo né, autoestima, o físico, mental” (Açucena).</i>
1	Capacitação	<i>“Talvez se você buscar teoria né... é você capacitar a pessoa para um desenvolvimento em todas as áreas, seja físico, psicológico, social. Preparar para viver em sociedade, dentro das limitações dele” (Cravo).</i>
2	Preparação	<i>“Eu entendo que é uma preparação pra vida autônoma da criança, do paciente né, pra que nas suas limitações ele faça o máximo possível. Uma independência dentro das suas limitações” (Íris).</i> <i>“Reabilitação pra mim é você... É conseguir fazer a pessoa ter uma certa autonomia para ela, para fazer as coisas mais essenciais, igual comer e tomar banho. É preparar a pessoa para ter certa autonomia, para ser mais exata, é um preparo para melhora de vida. Resumindo” (Fuscia).</i>

Nº de entrevistados	Conceito	Depoimentos
8	Melhoria	<i>“Ah, aí CE me apertou, bem abraçado. A cura né! A cura não, porque hoje em dia é só Deus. Melhorar sim” (Dália).</i> <i>“Ah, uma melhora. Uma melhora física para criança desenvolver mais futuramente, ter uma vida mais acessível pras coisas né, normal” (Magnólia).</i>
9	Desenvolvimento	<i>“Reabilitação é pra desenvolver o menino né, a criança. É procurar desenvolver a criança no que ela tem falta” (Begônia Tuberosa)</i> <i>“Reabilitação [...] É eu acho que é quando a pessoa está em um estágio e depois dos acompanhamentos a pessoa melhora né. Desenvolve, na verdade” (Gérbera).</i>
9	Local de ajuda	<i>“Recurso. Eu acho que engloba tudo né, no geral. Tanto motor, quanto coordenador, a fala, coordenação motora né... aí que mais que tem aqui... Tem dentista, aprendizagem que é agora” (Flor de Romãzeira).</i> <i>“Eu acho que é uma forma de ajudar as pessoas que não estão no mesmo mundo psicológico e intelectual que a gente vive. E no mais é só isso mesmo” (Gardenia).</i>
1	Orientação	<i>“Acho que é uma orientação pros meninos que são assim como ele né, deficiente” (Alfazema).</i>

Nº de entrevistados	Conceito	Depoimentos
2	Aprendizado	<i>“Reabilitação pra mim, é que nem no caso dele, nasceu sem movimento nenhum e com o tempo foi aprendendo a ganhar os movimentos que ele nasceu sem. Igual te falei, que não tinha movimento nenhum e aos poucos vai reabilitando” (Genciana).</i> <i>“É como se ele tivesse aprendendo um outro caminho para aprender as coisas. Da forma tradicional, que você ensina outras crianças, com ele não adiantava” (Flor-de-Maio).</i>
2	Incentivo	<i>“Tipo assim é como se fosse um incentivo para pessoa melhorar, ter uma qualidade de vida melhor, se teve algum trauma, recuperar” (Anis).</i> <i>“É incentivar a criança a fazer as coisas e ser o mais independente possível, fazer as coisas sozinha” (Helicônia).</i>
3	Inclusão	<i>“Meios de incluir a pessoa na sociedade buscando independência física ou psicológica” (Cravina).</i> <i>“Nossa, tanta coisa para pensar. É colocar a pessoa de novo no meio da sociedade, porque vivemos hoje numa sociedade preconceituosa e reabilitando ele, ele volta a ser uma pessoa capaz de fazer tudo que ele pode fazer” (Acácia).</i> <i>“Buscar formas de inserir a pessoa na sociedade mesmo, para que ela seja independente. “Acaba sendo uma inclusão né” (Sempre-viva).</i>

Fonte: entrevista às famílias no CER, 2019.

Embora sejam inúmeras as ferramentas para obtenção de informações, assim como os serviços de saúde podem corresponder as fontes

primárias ou principais, esses relatos demonstraram o não conhecimento dos pais, naquele momento, a respeito do processo ou conceito de reabilitação, tendo em vista que ainda encontra-se em construção e é muito amplo. Alguns entrevistados adentraram ao serviço mais recentemente e hoje são realizadas orientações de forma efetiva a cerca desse processo. Por outro lado, outros depoimentos sinalizavam diferentes formas de compreensão, tais como, inclusão, local de ajuda, capacitação, preparação, que se complementam. A evidência desses conceitos mostrou-se como forma de saber, traduzindo a satisfação desses pais/responsáveis frente aos atendimentos do Centro Especializado em reabilitação, Diamantina-MG. Em outros pontos também se divergiram, com o conceito de: incentivo, cuidado, recuperação, baseando em conhecimentos prévios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o CER foi um objetivo parcialmente atingido, uma vez que não foi possível descrever todas as características da assistência prestada, tendo em vista que o serviço é bastante amplo, o que inviabiliza a busca em sua totalidade. O segundo objetivo- promover e incentivar a participação dos pais/responsáveis e crianças em momentos recreativos e o terceiro que foi - descrever o conhecimento dos familiares acerca do processo e/ou conceito de reabilitação, foram plenamente alcançados. Embora sua definição esteja em construção e seja muito ampla, as respostas foram pertinentes ao estudo e demonstraram diversas e produtivas interpretações.

Na coleta de dados, notou-se que os comportamentos são construídos na infância, uma vez que as crianças necessitam de afeto e estímulo dos pais, sendo a família essencial. As ferramentas educativas são mediadoras da transformação social e reabilitação, trazendo influências diretas nesse processo. Não se houve a pretensão de esgotar o estudo nesse momento, foi o início de uma caminhada dentro da dimensão temática (Reabilitação) a qual pretendo dar prosseguimento no futuro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER. Disponível em : <http://cerdiamantina.com.br/Acesso> em: 20 de maio de 2019.

COLCHESQUI, M.N.C. A Importância do Ato de Brincar na Educação Infantil. Revista Científica Eletrônica da Pedagogia, n. 25, a. XIII, jul. 2015.

HANAUNER, F. Riscos e Rabiscos – o desenho na educação infantil. REI – Revista de Educação do Ideau, v. 6, n 13, p. 1 – 13, jan – jul, 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada de Diamantina. 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. Edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MODESTO, M. C.; RUBIO, J. A.S. A importância da Ludicidade na construção do conhecimento. Revista Eletrônica saberes da Educação, 2014. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/5142075-A-importancia-da-ludicidade-na-construcao-do-conhecimento.html>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

OLIVEIRA, J. F. Memorial do Centro Especializado em Reabilitação. Diamantina, 2016.

OLIVEIRA, L. A., ARANTES, M. H. A massa de modelar utilizada como recurso terapêutico no acompanhamento de pessoas com deficiência. In: V Encontro de Pesquisadores em Educação Especial e Inclusão Escolar. Universidade Federal de Uberlândia. Anais [...]. Uberlândia. Disponível em: <https://cursoseempregos.com/regras-abnt-2019-para-trabalho-academico/#Referencias_bibliograficas>. Acesso em 02 de junho de 2019.

ROSA, F. V., KRAVCHYCHYN, H., VIEIRA, M. L. Brinquedoteca: a valorização do lúdico no cotidiano infantil da pré-escola. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 33, ago – dez, 2010.

UCHÔA, A. C., VIEIRA, R. M. V., ROCHA, P. M., ROCHA, N. S. D., MAROTO, R. M. Trabalho em Equipe no Contexto da Reabilitação Infantil. Physis Revista de Saúde Coletiva, v.22, n. 1, p. 385 – 400, Rio de Janeiro, 2012.

RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE O RASTREIO DA ACUIDADE VISUAL COM O AUXÍLIO DA ESCALA DE SNELLEN EM UMA ESCOLA MUNICIPAL DE DIAMANTINA-MG

Daniele Maria Santos⁴²

Felipe Davila Cardoso⁴³

Maria da Penha Rodrigues Firmes⁴⁴

Mirtes Ribeiro⁴⁵

INTRODUÇÃO

A visão é um dos mais importantes sentidos no desenvolvimento físico e cognitivo natural da criança (FERNANDES, 2012). Através do feedback visual a criança aperfeiçoa seu desenvolvimento motor e sua comunicação com o mundo (BRASIL, 2016). As sensações visuais integradas às demais impressões sensoriais constituem o elemento básico para o desenvolvimento da memória, da dedução, de julgamentos de sentimentos e de outras manifestações importantes para o surgimento da inteligência e da personalidade (LAPA, 2016). Segundo Vieira (2018) a avaliação oftalmológica e a atenção aos problemas oculares devem começar na infância, pois a maturação do sistema visual acontece até o oitavo ou décimo ano de vida aproximadamente, sendo que os cinco primeiros anos são os mais importantes. Desse modo, caso não ocorra à correção de algum problema visual antes dessa idade o lobo occipital se adapta ao tipo de visão ao qual está submetido, tornando o quadro de baixa acuidade visual da criança irreversível, pois quando os olhos são privados dos estímulos visuais nos primeiros anos de vida, esta se estaciona ou até mesmo regride, e a criança evolui para um quadro de baixa acuidade visual.

⁴² Acadêmica de Enfermagem (UFVJM).

⁴³ Acadêmico de Enfermagem (UFVJM).

⁴⁴ Enfermeira Docente (UFVJM).

⁴⁵ Enfermeira Docente (UFVJM).

A diversidade regional brasileira e os diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico sugerem a estimativa de um valor médio de prevalência de cegueira infantil para o Brasil entre 0,5 e 0,6 por mil crianças (CBO, 2019).

De acordo com Rocha (2014) cerca de 20% das crianças em idade escolar apresentam algum tipo de distúrbio ocular de causas variadas, vinculadas a fatores biológicos, sociais e ambientais. Ainda em concordância com esse autor grande parte das crianças nessa faixa etária chegam à escola, sem terem sido avaliadas por um oftalmologista, acarretando prejuízos no seu desenvolvimento individual na infância, e socioeconômicos na vida adulta devido à falta de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. VIEIRA (2018) ressalta que condições econômicas e sociais, podem dificultar o acesso da criança ao exame oftalmológico antes de seu ingresso na escola, portanto, programas de triagem visual realizados nessas instituições são extremamente importantes, por preencherem essa lacuna. A triagem visual possibilita a identificação precoce de problemas oculares, contribuindo para a prevenção dos danos permanentes à visão (BECKER, 2019).

Diante do exposto, esse estudo objetivou verificar a ocorrência de alterações na acuidade visual numa fração dos estudantes matriculados em uma Escola Municipal de Diamantina-MG, através do rastreo da acuidade visual com o auxílio da Escala de Snellen.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, com abordagem descritiva realizado em uma escola municipal Diamantina-MG, com uma amostra inicial de 180 crianças na faixa etária de 4 a 11 anos, sob autorização dos pais ou responsáveis através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM (CEP), CAAE: 16335219.6.0000.5108.

Para o referido rastreo com o auxílio da Escala de Snellen, os pesquisadores demarcaram uma área de cinco metros no chão separando a escala da cadeira do examinado. A cadeira foi posicionada de forma

que suas pernas traseiras ficassem em cima da faixa oposta. A escala foi posicionada em uma superfície rígida adaptada para cumprir a distância preconizada. A mesma foi posicionada com fixação móvel de modo que a fileira de optotipo correspondentes a 0,8 a 1,0 ficassem no nível dos olhos de cada criança examinada. Para o reforço da compreensão dos participantes diante ao teste os pesquisadores explicaram de forma detalhada e individualizada como se procedia a triagem a cada criança que comparecia a sala para realização do teste, certificando-se que a criança entendeu corretamente o que foi falado. Essa explicação individualizada também se deu de forma didática através do uso de uma réplica do optotipo “E” da Escala de Snellen de papelão para que a criança demonstrasse a posição que o mesmo estava apontando, para o completo entendimento da técnica. Foi explicado para cada criança que um olho seria tampado para realização do teste, para avaliação de cada olho separadamente, foi explicado também para as mesmas que o olho coberto deveria ficar aberto durante o exame. Para ocluir os olhos foi utilizado colheres de metal. As crianças apontaram a posição dos optotipos utilizando as mãos e também o “E” de papelão. Algumas crianças diferenciaram os optotipos verbalmente, por direito ou esquerdo. Primeiramente o teste foi realizado no olho direito e posteriormente no esquerdo. O teste foi iniciado dos optotipos maiores para os menores. Foi perguntado para a criança no mínimo a metade dos optotipos de cada fileira, de modo que as mesmas só prosseguiram se respondessem corretamente as posições dos optotipos das fileiras anteriores. Quando a mesma apresentava alguma dificuldade numa determinada linha, era mostrado a ela um número maior de sinais dessa mesma linha. Nos casos em que a dificuldade permaneceu, o resultado assinalado foi o da linha anterior. Todas as crianças que não atingirem 0,7 foram testadas novamente. Foram anotados todos os sinais e sintomas que as crianças apresentaram durante a realização do teste.

No final do rastreio em todas as turmas participantes, foi repassado um bilhete circular informando aos pais e/ou responsáveis que assinaram o TCLE o resultado do teste de acuidade visual do seu filho (a) relatando ou não a presença de alterações visuais segundo a Escala

de Snellen e informando-os sobre a necessidade de uma avaliação oftalmológica completa, para diagnóstico e planejamento terapêutico, assim como o estudo de Souza (2019).

Das 105 crianças rastreadas (4,8%) apresentaram alterações na acuidade visual segundo a escala de Snellen, totalizando 5 crianças em relação ao montante avaliado.

A maioria das crianças demonstraram ter acuidade visual máxima (1) durante a realização do teste no olho direito, totalizando uma porcentagem de 51,4% neste olho de acordo com a tabela 1.

Tabela 1 – Resultado do teste OD – Diamantina, Setembro/2019

Válido	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Porcentagem acumulada
0.5	1	1,0	1,0	1,0
0.6	1	1,0	1,0	1,9
0.7	5	4,8	4,8	6,7
0.8	15	14,3	14,3	21,0
0.9	29	27,6	27,6	48,6
1	54	51,4	51,4	100,0
Total	105	100,0	100,0	100,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa /2019

Conforme a tabela 2, um total de 3 crianças apresentaram alterações somente no olho esquerdo totalizando uma porcentagem de 46,7% neste olho. E de acordo com a tabela 2 e tabela 3 duas crianças apresentaram alterações bilaterais.

Tabela 2 – Resultado do teste OE – Diamantina, Setembro /2019

Válido	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Porcentagem acumulada
0.1	1	1,0	1,0	1,0
0.4	1	1,0	1,0	1,9
0.5	1	1,0	1,0	2,9
0.6	2	1,9	1,9	4,8
0.7	7	6,7	6,7	11,4
0.8	20	19,0	19,0	30,5
0.9	24	22,9	22,9	53,3
1.0	49	46,7	46,7	100,0
Total	105	100,0	100,0	100,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa /2019

Todas as crianças que apresentaram alterações na acuidade visual diante dessa pesquisa (resultado no reteste inferior a 0,7) tiveram algum sinal ou sintoma durante a realização do rastreio.

Duas crianças apresentaram prurido, duas crianças apresentaram cefaleia, e uma criança apresentou testa franzida ou olho semicerrado durante a avaliação. Apenas uma criança apresentou dois sintomas associados (prurido e cefaleia). Dentre as 5 que apresentaram alterações na acuidade visual, duas crianças apresentaram prurido.

Das cem crianças, que não apresentaram alteração na AV (pois atingiram resultado maior ou igual a 0,7) 14 apresentaram alguns sinais e sintomas durante a realização do teste. Sendo que quatro crianças apresentaram lacrimejamento, uma criança apresentou cefaleia, duas crianças apresentaram estrabismo, duas crianças apresentaram prurido, quatro crianças apresentaram testa franzida ou olho semicerrado e cinco crianças apresentaram ardência durante a realização do teste. Nenhuma destas crianças apresentaram dois sintomas associados.

Quatro crianças desse estudo das quais não obtiveram alterações na acuidade visual apresentaram testa franzida ou olho semicerrado durante a avaliação.

Para a eficácia do teste de Snellen a criança deve entender completamente o prosseguir do rastreio para evitarmos a possibilidade de falsos positivos. Esta etapa deve ser feita com muita cautela, para evitar trauma na hora do teste. Cada criança responde de uma maneira o que lhe é proposto, algumas manifestaram extrema facilidade de compreensão e outras apresentaram muitas dificuldades. Cada criança diferencia-se das demais em relação à coordenação motora para responder para os pesquisadores a posição de cada optotipo. Algumas apresentaram coordenação muito boa, algumas precisaram de mais atenção para conseguir conciliar a posição das mãozinhas com a posição dos optotipos. Algumas crianças nos surpreenderam em saber diferenciar direito e esquerdo com tanta prontidão, dispensando o uso das mãos. As crianças que não conseguiam diferenciar direito e esquerdo e tinham dificuldade em apontar com as mãos as posições dos optotipos para andamento do teste usaram um “E” de papelão como espelho para diferenciação de cada optotipo mostrado.

O resultado obtido na tabela 1 vai de encontro ao estudo de Valverde (2016) por conter uma amostragem e resultado aproximado a esta pesquisa e também ser realizado em uma escola municipal. Nele foram avaliadas 118 crianças providas de Caratinga Minas Gerais, sendo que 5% dessa amostra apresentou alterações na acuidade visual.

Estima-se que cerca de 20% das crianças em idade escolar apresentem dificuldades visuais não corrigidas e em cada mil educandos do ensino fundamental cem são portadores de erros de refração, necessitando de óculos para a correção de hipermetropia, miopia e astigmatismo [...] (POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2012 apud BRASIL, 2016). Comparando essa estimativa ao estudo aqui realizado nota-se que o resultado obtido está abaixo do esperado para a faixa etária analisada

Ávila (2015) afirma que nas sociedades economicamente favorecidas, os erros de refração em crianças podem passar despercebidos ou não serem corrigidos. Destaca que no grupo etário de 05 a 15 anos de idade a prevalência da deficiência visual por erros de refração não corrigidos em algumas regiões parece ser mais alta nas áreas urbanas

do que nas rurais, apesar de haver maior facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Tomando por base o estudo da OMS sobre o percentual estimado de pessoas com deficiência visual por erros de refração não corrigidos para a sub-região Amr-B (que inclui Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Venezuela), na faixa etária de 05 a 15 anos (0,7 %), chegamos a uma estimativa de 15 milhões de crianças em idade escolar com problemas de refração que interferem em seu desempenho diário (problemas de aprendizado, autoestima e de inserção social) (ÁVILA, 2015, p. 24).

Analisando a tabela 2 e a tabela 3 é perceptível que entre as crianças que apresentaram alterações na acuidade visual, 2 delas apresentaram alterações bilaterais e três apresentaram alterações somente em um olho.

Apresentar alterações somente em um olho é um fator de risco para o desenvolvimento da Ambliopia ou “olho preguiçoso” devido à tendência do Sistema Nervoso Central (SNC) “esquecer” o olho de maior grau. Essa relação é muito preocupante nas crianças que não tem sua saúde visual abordada precocemente, pois esse problema poderá se agravar ao longo da vida, e ser irreversível se esse erro refrativo não for corrigido no período de desenvolvimento visual (BRASIL, 2016).

Dentre as causas prevalentes de cegueira infantil está a ambliopia (olho preguiçoso), que está relacionada a erro refracional não corrigido. A privação de imagem na retina (por obstrução nos meios oculares até os seis anos de idade) ou do estrabismo que levam ao não desenvolvimento da visão no cérebro (ÁVILA, 2015, p. 114).

Na fase escolar, é raro a criança relatar espontaneamente que não enxerga bem. Muitas vezes o problema é descoberto pelo professor, que observa sinais como lacrimejamento, olhos vermelhos aos esforços visuais, “apertar” os olhos para enxergar de longe, falta de atenção para leitura da lousa, letra feia, dor de cabeça, entre outros sintomas (CBCO, 2016).

De acordo com o Programa Saúde na Escola o lacrimejamento também se enquadra como critério para cuidados regulares com a visão,

pois se encaixa como um indicador de possível problema visual que deve ser observado e discutido. O Programa também destaca a associação desse sinal a exposição demasiada aos equipamentos eletrônicos como videogame, computadores e TVs.

As crianças que não conseguiram atingir a acuidade visual até 0,7, relataram usar muito aparelhos eletrônicos como o celular e a televisão e mencionaram o fato de apresentarem dificuldades para enxergar o quadro durante as atividades escolares. Anteriormente a coleta de dados algumas crianças já relatavam afinidade pelos eletrônicos, mas a grande maioria delas mostraram se conscientes em relação ao tempo e manejo recomendado para não ser prejudicial à saúde visual. Esse fato ficou evidente no diálogo de quebra gelo com as mesmas previamente ao rastreio.

O fato das crianças desse estudo residirem e estudarem em um bairro periférico semi- rural, menos favorecido financeiramente dificulta a exposição exacerbada das crianças aos aparelhos eletrônicos e propiciam brincadeiras ao ar livre em decorrência das características ambientais do local. Esses fatos ancorados pela literatura pode justificar um dos prováveis motivos do resultado dessa pesquisa, onde 4,8% da amostra total apresentaram alterações na acuidade visual.

De acordo com Souza, 2018 o uso exacerbado de aparelhos eletrônicos e pouca exposição ao sol são vilões dos casos de miopia entre as crianças, podendo até prejudicar o rendimento escolar.

Vilar (2016) também estabelece relação entre os novos aparelhos eletrônico e o crescente aumento da miopia, pois geralmente as crianças seguram esses equipamentos a uma distância de 25 a 30 cm do olho, forçando a visão de perto. Araújo (2019) corrobora com a afirmativa de Vilar (2016) quando afirma que a possibilidade de uma criança desenvolver Miopia atualmente é superior do que em gerações anteriores, em razão de atividades internas associada às tecnologias.

O fato de as crianças desse estudo serem socioeconomicamente menos favorecidas é visto como um fator de impedimento para que as mesmas sejam avaliadas pelo oftalmologista precocemente. Becker

(2019) afirma essa situação quando relata que as condições socioeconômicas e culturais locais são fatores que dificultam o acesso da criança ao exame oftalmológico prévio ao ingresso na escola.

De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia nos países em desenvolvimento, a proporção de cegueira por causas evitáveis é maior que nos países desenvolvidos, mais de 90% das pessoas com deficiência visual no mundo vivem em países pobres ou em desenvolvimento. Canheto (2012) salienta essa relação, ele relata uma maior prevalência de miopia associado aos países desenvolvidos, por seus habitantes exercerem com mais frequência trabalhos tecnológicos em curta distância.

Assim como o estudo supracitado de Valverde (2016) ao compararmos os resultados dessa pesquisa, muito outros estudos brasileiros aqui analisados vão de encontro ao trabalho realizado na Escola de Diamantina, ao que tangem a metodologia associada ao rastreamento da acuidade visual com a Escala de Snellen, porém em o estudo aqui proposto difere-se dos mesmos em relação a um quesito extremamente importante para a saúde pública, que trata-se de um direcionamento pautado na educação em saúde a respeito da visão, destinados a funcionários e alunos da escola. Dentre eles destacam-se os estudos de Vieira (2018) realizado em Itaúna Minas Gerais, de Segundo (2018) realizado em Patos na Paraíba, de Becker (2019) realizado em Cáceres no Mato Grosso e também o de Souza (2019) realizado em Curitiba no Paraná.

Extrapolando os objetivos desta pesquisa, as crianças que obtiveram alterações na acuidade visual foram encaminhadas para a rede municipal de saúde para consulta oftalmológica. Juntamente a coordenação escolar, essa necessidade foi identificada visto que a maioria das crianças dessa comunidade escolar possuem alta vulnerabilidade sócio econômica, e muitas não poderiam arcar com a despesa de uma consulta oftalmológica particular. Enfatiza-se que a promoção, prevenção de agravos e a continuidade do cuidado, para confirmação ou descarte dos déficits visuais identificados pela escala são extremamente necessários para eficácia dessa ação.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia afirma que seguindo a estimativa da Agência Internacional de Prevenção à Cegueira, é possível considerarmos que no Brasil temos cerca de 26 mil crianças cegas por doenças oculares que poderiam ter sido evitadas ou tratadas precocemente. Esse fato reforça a necessidade de funcionamento dos sistemas de triagem visual nas escolas além de oferecer assistência continuada a esses estudantes, objetivando melhorias em sua qualidade de vida como proposto nesse estudo. Corroborando com os objetivos aqui listados destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da educação, que considera a escola como ambiente propício para reflexão da vida, da produção de autocuidado, de convivência, de cidadania e de saúde, visto que nela se dá boa parte das interações sociais e é o lugar institucionalizado de aprendizagem. O PSE visa colaborar na identificação de possíveis problemas relacionados à saúde, inclusive a ocular, na promoção à saúde e no desenvolvimento de processos de autocuidado, preconizando ações de saúde ocular tanto a identificação de sinais e sintomas que podem indicar problemas, quanto na articulação das redes de saúde e de educação para a integralidade do cuidado. Esse programa propõe que as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde ocular realizadas no espaço escolar sejam parte da rotina das equipes de saúde e educação, tendo como foco a identificação, o mais precoce possível e preconiza que a continuidade do cuidado, quando necessária, seja compartilhada entre as equipes.

O programa bem articulado tem grande potencial para causar grandes impactos na vida das crianças com acuidade visual prejudicada, e também na vida das crianças que possuem acuidade normal em virtude da amenização de agravos e manutenção das ações preventivas e afastamento dos fatores e riscos ambientais evitáveis.

Ataliba (2018) também corrobora com a visão dos proponentes desse estudo quando destaca a importância do monitoramento e avaliação desse programa. Segundo ele essas funções são de responsabilidade de uma comissão interministerial, e não há existência de relatório publicado sobre tais avaliações. Ele destaca e reforça a importância de iniciativas que apontem para a contribuição que o Programa tem trazido para os adolescentes de escolas que aderiram o programa. Diante

da sugestão do autor destaca-se a necessidade de monitorização desse programa para que os profissionais envolvidos com a saúde e a educação realmente cumpram com os objetivos do mesmo para que as crianças tenham sua saúde visual assistida adequadamente.

CONSIDERAÇÕES

A saúde visual é de extrema importância para o desenvolvimento social e intelectual das crianças. Algumas crianças já nascem com déficits visuais, outras adquirem ao longo de sua vida, e ambos os casos podem ser agudizados/exacerbado por fatores de risco evitáveis. Reconhecer a complexidade desse tema leva-nos a preocupar com a prevenção e promoção da saúde visual. Agregar a facilidade ligada ao manuseio da Escala de Snellen para realização da triagem visual e os benefícios que a mesma pode proporcionar para o futuro de uma criança, faz-nos refletir que essa ação deveria ser rotineira nas escolas, propiciando aos pais, funcionários, professores e alunos a apropriarem-se do tema e atuarem como multiplicadores desse conhecimento junto à comunidade. Diante do exposto segue as recomendações desse relatório:

Recomenda-se que o foco desse trabalho seja disseminado nas universidades, de modo que o mesmo possa crescer aliado ao público acadêmico por meio dos trabalhos de extensão ou como atividade de campo de estágio, de forma a contribuir com a realidade das crianças brasileiras e propiciar aos estudantes uma formação mais eficaz no que diz respeito à saúde visual.

Propõe-se que o Programa Saúde na Escola seja a principal ferramenta para execução deste compromisso, através de uma parceria formal entre as Estratégias de Saúde da Família, Escolas e a Universidade de forma a contribuir com a assistência precoce a este público nesse município.

Propõe-se que a atividade relacionada ao rastreio visual e educação em saúde das crianças e adolescentes sejam lançadas no PPP (Projeto Político Pedagógico) de cada escola pública do referido município, de forma que essa ação torne-se obrigatória durante o ano letivo. Dessa forma acredita-se que as Unidades Básicas de Saúde possam firmar parcerias com as

Universidades, Instituições de Ensino Privado, Institutos Federais, através de datas pré-estabelecidas para cumprimento desta lacuna.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J.F.; *et al.* **OS BENEFÍCIOS DE BRINCAR AO AR LIVRE: CRIANÇA, NATUREZA E EDUCAÇÃO AMBIENTAL.** ISSN 1678-0701, Número 67, Ano XVII. Março-Maio/2019. Disponível em: <http://www.revistaea.org/artigo.php?idartigo=3566> Acesso em: 25 Abr. 2020.

ATALIBA, P; MOURÃO, L. **AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS. PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL SP.** Volume 22, Número 1, Janeiro/Abril de 2018: 27-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v22n1/2175-3539-pee-22-01-27.pdf> Acesso em: 29. Out. 2020.

ÁVILA, M; ALVES, M. R. A; NISHI, M. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE OCULAR NO BRASIL.** 2015. Disponível em: http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf. Acesso em: 02. out. 2020.

BECKER, T. O. F., *et al.* **AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL.** Rev Bras Oftalmol. 2019; 78 (1): 37-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v78n1/0034-7280-rbof-78-01-0037.pdf> Acesso em: 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **CADERNOS TEMÁTICOS DO PSE: SAÚDE OCULAR.** Tiragem: 1ª edição – 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf Acesso em: 02 ago.2020.

CANHETO, M. A. R. **MIOPIA E SEUS TRATAMENTOS.** Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Covilhã, Junho de 2012. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1142/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20de%20Monica%20Canheto.pdf>. Acesso em: 12. Mar. 2020.

CBCO. Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos. **TESTE DE ACUIDADE VISUAL EM CRIANÇAS.** 2016. Disponível em: <https://www.cbco.com.br/teste-de-acuidade-visual-em-criancas/> Acesso em: 12. Mar. 2020.

CBO 2019. **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE OCULAR NO BRASIL.** Disponível em: http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf Acesso em: 25. Abr. 2020.

FERNANDES, M. A. **AS IMPLICAÇÕES DE PROBLEMAS VISUAIS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM ESCOLAR DAS CRIANÇAS.** 2012. 50 f. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Optometria Ciências da Visão (2.º ciclo

de estudos). Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Covilhã, 2012. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1216/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mariana%20Fernandes.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2019.

LAPA, M. C. S *et al.* **SAÚDE OCULAR DE ESCOLARES: ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS.** Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(6):e15108. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a08.pdf> Acesso em: 22 Out. 2019.

ROCHA, M. N. A. M; *et al.* **PREVALÊNCIA DE DOENÇAS OCULARES E CAUSAS DE COMPROMETIMENTO VISUAL EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA DO CENTRO-OESTE DO BRASIL.** Rev Bras Oftalmol. 2014; 73 (4): 225-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n4/0034-7280-rbof-73-04-0225.pdf>. Acesso em: 28 Jan. 2019.

SEGUNDO, L. P. D. A; *et al.* **ACUIDADE VISUAL DE CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS DE IDADE: ESTUDO EM DUAS ESCOLAS PÚBLICAS DO SERTÃO DA PARAÍBA.** Rev Bras Oftalmol. 2018; 77 (5): 264-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v77n5/0034-7280-rbof-77-05-0264.pdf> Acesso em: 02. Ago. 2020.

SOUZA, A. **HÁBITOS DE VIDA MAIS SAUDÁVEIS PODEM REVERTER AUMENTO DE MIOPIA ENTRE CRIANÇAS.** DIÁRIO DE PERNANBUCO. 2018. Disponível em: <<https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2018/07/habitos-de-vida-mais-saudaveis-podem-reverter-aumento-de-miopia-entre.html>> Acesso em 16 dez. 2020.

SOUZA, A.G.G.; *et al.* **AVALIAÇÃO E TRIAGEM DA ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES DA PRIMEIRA INFÂNCIA.** Rev Bras Oftalmol. 2019; 78 (2): 112-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v78n2/0034-7280-rbof-78-02-0112.pdf> Acesso em: 02. Ago. 2020.

VALVERDE, C. N. L. *et al.* **DETECÇÃO DA PREVALÊNCIA DE BAIXA VISUAL E TRATAMENTO NO GRUPO ETÁRIO 4 A 7 ANOS.** Rev Bras Oftalmol. 2016; 75 (4): 286-9. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v75n4/0034-7280-rbof-75-04-0286.pdf>. Acesso em: 30. Jul. 2020.

VIEIRA, J. K. *et al.* **PREVALÊNCIA DE BAIXA ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES.** Rev Bras Oftalmol. 2018; 77 (4): 175-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v77n4/0034-7280-rbof-77-04-0175.pdf>. Acesso em: 02. Ago. 2020.

VILAR, M. M. C. *et al.* **AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE MIOPIA EM UM SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE REFERÊNCIA EM GOIÂNIA – Goiás.** Rev Bras Oftalmol. 2016; 75 (5): 356-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v75n5/0034-7280-rbof-75-05-0356.pdf>. Acesso em: 09. Mar. 2020.

ENTREVISTA INDIVIDUAL E OFICINA TERAPÊUTICA COMO INSTRUMENTOS DE SOCIALIZAÇÃO E CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES E ADULTOS NO CAPS AD EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO JEQUITINHONHA

Tarcila Ataí de Sousa⁴⁶

Maria da Penha Rodrigues Firmes⁴⁷

Sabrina da Luz Rocha Gomes⁴⁸

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e drogas na população de jovens e adultos é um dos grandes problemas comunitários que se mostra presente em diversas classes sociais e faixas etárias, em especial na adolescência. Visando a promoção e eficiência em saúde é necessário conhecer o perfil desse público juvenil e buscar alternativas de tratamento e aproximação.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é característico por ser um lugar de referência e/ou tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses grave e/ou necessidades relativas ao consumo de substância psicoativa, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Além disso, são exemplos de unidades públicas que consistem em serviços de atenção diária fora de uma unidade hospitalar, local destinado ao acolhimento, cuidado e vivências sociais que é indicado ao atendimento de pessoas em sofrimento mental e/ou vício com álcool e drogas psicotrópicas.

Neste sentido, vale ressaltar a importância dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), bem como a formação e preparação de todos profissionais que constituem essa referência de saúde mental. Nestes ambientes são realizadas atividades e métodos

⁴⁶ Enfermeira graduada pela UFVJM.

⁴⁷ Doutora Docente do Departamento de Enfermagem UFVJM.

⁴⁸ Enfermeira graduada pela UFVJM

fundamentais a cura e o tratamento do usuário, em destaque através de oficinas terapêuticas é possível identificar e conhecer aspectos psicológicos e relativos ao desenvolvimento pessoal, além de promover a socialização. Neste contexto, justifica-se o desenvolvimento de oficinas terapêuticas no CAPS AD, já que as mesmas deram a possibilidade de amenizar os conflitos internos e externos por meio de atividades artísticas, estimulando a criatividade, além de contribuir para melhora da autoestima e também a autoconfiança.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica, de acordo com a “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 os Centros de Atenção Psicossocial e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Logo, os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais e/ou necessidades relativas ao consumo de substância psicoativa, bem como, estimular a sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-

-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os CAPS AD são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. São equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As oficinas terapêuticas compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Saúde Mental que visam sensibilizar e efetivar um cuidado integral fomentado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Este trabalho teve como objetivo geral realizar oficinas terapêuticas e entrevistas individuais verificando a efetividade dessas ferramentas com os usuários adolescentes e adultos no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas no município de Diamantina - MG. Já os objetivos específicos consistiram em: incentivar a participação em atividades terapêuticas com os usuários do CAPS AD; conhecer e identificar o perfil dos usuários adolescentes e adultos do CAPS AD e identificar os fatores psicossociais que levam os adolescentes e adultos a experimentarem o álcool e outras drogas;

METODOLOGIA

O CAPS AD no município de Diamantina-MG oferece tratamento para usuários álcool e drogas, de modo gratuito vinculado ao Sistema

Único de Saúde, contemplando os 13 municípios da região de saúde de Diamantina do Alto Jequitinhonha, apresenta em seu quadro de profissionais: 01 coordenadora, 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 médica, 01 farmacêutica, 01 porteiro e 01 auxiliar de serviços gerais além de ser o estabelecimento mais habilitado para prática de saúde mental na região, possibilitando a realização do estudo.

Este estudo teve um delineamento descritivo, de abordagem qualitativa. Com o propósito de realizar um estudo prospectivo, o critério de inclusão dos sujeitos no estudo foi adolescente de 12 anos a 17 anos e 11 meses, utilizando como parâmetro o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), bem como foram convidados os adultos maiores de 18 anos que são assistidos no CAPS AD para participarem do trabalho, sendo excluídos aqueles usuários que se recusaram a participar do estudo e que possuem condições mentais, clínicas e cognitivas (retardo grave, ausência de comunicação verbal) que impossibilitou a colaboração no estudo, bem como, os servidores do CAPS AD que estavam presentes durante as oficinas terapêuticas atuaram como agentes colaboradores, uma vez que se encontravam inseridos no serviço.

A coleta de dados foi realizada obedecendo aos seguintes critérios: (A) Análise de registros secundários, (B) Identificação do paciente (sexo e idade), município de origem ou distrito (*) e motivo do acolhimento, (C) Tempo de tratamento/acompanhamento, justificativa da alta ou transferência, (D) Participação da oficina terapêutica, (E) Entrevista individual. Considerando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o presente estudo se utilizou da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e foram implementados a partir da aprovação do comitê de ética e pesquisa – UFVJM, sob o parecer consubstanciado número 3.113.327 e CAAE: 99671118.7.0000.5108, em 15 de janeiro de 2019. Vale ressaltar, que este projeto possui também a carta de anuência

e foi aprovado integralmente pela comissão de estágios da secretaria municipal de saúde de Diamantina-MG.

Foi realizada a análise de prontuários localizados na recepção do CAPS AD, armazenados no armário em ordem alfabética, na maior parte das vezes na presença do recepcionista, durante os meses de fevereiro, março e abril. Em seguida, foi elaborado um formulário para condensar informações como: sexo, idade, município de origem, início do tratamento, data da entrevista individual, codinome, participação das oficinas terapêuticas e prontuário, o instrumento de coleta de dados secundários.

Na coleta de dados, também se utilizou de registros institucionais, quando houve necessidade com o intuito de enriquecer a pesquisa e delinear melhor os aspectos peculiares dos usuários, tal como para coletar informações sobre o tempo de tratamento, município de origem e diagnóstico clínico. O tema abordado aos pacientes consistiu em tabagismo, alcoolismo e drogas, além de que poderiam ter incluído outros assuntos relativos à saúde pública de acordo com a demanda do serviço e dos usuários.

OFICINA TERAPÊUTICA

Oficina Sexualidade

Realizada no dia 28/02/2019 em uma manhã de verão, haviam 14 participantes (3 mulheres e 11 homens) e 8 profissionais (coordenadora, enfermeira, assistente social, psicóloga, farmacêutica, técnica de enfermagem, porteiro e assistente de limpeza) que encontravam-se presentes na instituição, inclusive a enfermeira participou ativamente da oficina. Grande parte das dúvidas ocorreu de forma verbal possibilitando maior interação do grupo, na elucidação das mesmas, houve uma parte prática de demonstração do método contraceptivo masculino em que os próprios participantes explicavam como eram utilizados os métodos, possibilitando assim a percepção e o conhecimento que eles tinham acerca do tema.

Imagens ilustrativas da Oficina

Figura 01 – Materiais utilizados na oficina sexualidade.



Fonte: arquivo pessoal, 2019.

Posterior à oficina terapêutica foram usadas a ficha de observação, a entrevista semiestruturada, bem como a busca de diagnósticos e registros secundários (prontuários).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caminho trilhado para a coleta de dados foi: (A) Análise de registros secundários (B) Identificação do paciente (sexo e idade), município de origem ou distrito (*) e motivo do acolhimento, (C) Tempo de tratamento/acompanhamento, justificativa da alta ou transferência. Utilizou-se a ficha de observação como técnica de coleta de dados, em que se constou o comportamento e a comunicação pela observação direta dos usuários que participaram do estudo tanto nas entrevistas quanto nas oficinas terapêuticas.

A técnica de observação para Minayo (2014) pode ser uma parte presencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, sendo considerada uma estratégia no conjunto da investigação e um método em si mesmo. Na realização das entrevistas e durante as oficinas terapêuticas foram registrados comportamentos diferenciados como tremores de pernas, mãos contidas, momentos de impaciência e dispersão, percebidos em grande parte dos interrogados.

A oficina terapêutica é um modo dos usuários se encantarem pela arte e desenvolverem suas habilidades artísticas, alcançando o desenvolvimento psicológico, a autoestima e a reintegração na comunidade. A entrevista individual possibilitou a investigação e o conhecimento das substâncias psicoativas mais usadas entre o público adolescente e adulto, bem como o tipo de bebida alcoólica mais usual, destacando que, o mesmo usuário podia expressar todos os tipos de álcool/drogas já experimentados, e não necessariamente eles ainda fazem consumo, a entrevista possibilitou também uma aproximação viabilizando um vínculo de confiança com a intenção de sucesso no tratamento. Conforme quadro demonstrativo número 01.

Quadro demonstrativo 01 - Drogas mais utilizadas pelos usuários do CAPS AD.

Bebidas alcoólicas				Substâncias psicotrópicas			
Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Cachaça	19	Cachaça	59	Crack	05	Crack	24
Cerveja	14	Cerveja	51	Cocaína	05	Cocaína	20
Vinho	12	Vinho	44	Maconha	06	Maconha	15
Bebidas destiladas	06	Bebidas destiladas	41	Nunca usou	12	Nunca usou	26

Fonte: CAPS AD, Diamantina – MG, 2019.

Nas entrevistas de 19 usuárias femininas no CAPS, obteve-se o relato de que o início do consumo de bebidas alcoólicas foi com a idade média de 16 anos, sendo mais usual e ingerida por todas as entrevistadas a cachaça, justificada por fatores climáticos e financeiros, visto que é um produto de custo acessível; em seguida a cerveja foi citada por 14 usuárias, o vinho por 12, e as bebidas destiladas foram experimentadas por 6. Em relação ao uso de substâncias psicotrópicas 12 delas responderam nunca ter usado, as que disseram já ter experimentado foram, 6 maconha, 5 crack e 5 cocaína; dessas 2 falaram ter usado também ecstasy, óxi e outras drogas sintéticas.

Já os usuários masculinos entrevistados totalizaram 59 pessoas, disseram que a idade média do início de consumo de bebida alcoólica é de 14 anos, todos eles relataram ter usado cachaça, 51 já consumiram cerveja, 44 o vinho, e as bebidas destiladas 41 já fizeram uso. Quanto à utilização de substâncias psicotrópicas 26 deles disseram nunca ter usado, 24 falaram ter usado maconha, 20 cocaína, 15 crack, 2 ecstasy e 6 usaram drogas voláteis (2 tiner, 1 rezina, 1 selador de madeira, 1 cola e 1 loló). Nesta fase, os pacientes do CAPS AD, tanto mulheres quanto homens apresentam uma dependência maior com relação ao alcoolismo do que as substâncias psicotrópicas. A oficina terapêutica resultou em “produtos” construídos pela participação dos usuário. Na oficina realizada no dia 02/07/2019, os usuários fizeram um mural temático sobre álcool, tabagismo e drogas psicotrópicas, momento onde desabafaram, compartilharam e descreveram os acontecimentos sobre a experiência com alcoolismo e drogas. Conforme seguintes relatos:

“[...] Eu cheguei aqui em Julho de 2015, pelo problema de alcoolismo. Vivo no Serro e venho uma vez por semana; as terças...já tive internada em Juatuba e no Galba Veloso[...]” (Papa-mosca-do-campo) – mostrou-se muito introspectiva, quieta, com aspecto de abstinência ao ser abordada.

“Moro com minha mãe que tem 78 anos e minha sobrinha de 15 anos que é autista e frequenta o CAPS Renascer, somos em três. Estou com amnesia e cheguei aqui desde outubro de 2018 [...] Quando bebo xingo as pessoas. Xingo todo mundo da rua. É muito difícil lidar com os problemas de família, moramos na mesma rua e nos finais de semana desce os primos e começam a beber... ai vou para roça do meu pai e fico o dia todo lá...estou com seguro desemprego, trabalhava como terceirizada no Campus II [...]” (Maria-ferrugem)

“[...] Comecei aos 14 anos usando droga, usei cachaça, crack, LSD (bala), maconha, tinner e cola de sapateiro... esse dá uma onda danada na hora...usei de todos os tipos, o sol, a lua e a estrela...ai fui preso no art. 57 – eu tava com faca de açougueiro e os policiais me sugigaram muito no chiqueiro. A droga que me levou a fazer isso...sai aos 18 anos... cadeia é faculdade do

crime...depois peguei mais 6 anos...fissura faz matar os outros...adoro meu primo Wagner que trabalhava no CAPS Renascer...em 2015 entrei na igreja Deus é amor...vivi 19 com drogas... (Pintassilgo-do-nordeste) – Foi o único participante que escreveu uma frase (*Jesus é o caminho, a verdade e a vida*) a próprio cunho e anexou no mural temático.

CONCLUSÃO

A participação em atividade terapêutica foi incentivada aos usuários do CAPS AD por meio de oficina lúdica em que eles puderam participar ativamente construindo um momento de conhecimento em que se aprende ensinando e se ensina aprendendo, desta forma o primeiro objetivo foi alcançado. O segundo objetivo foi também atingido, ou seja, o perfil dos usuários adolescentes e adultos da instituição foi delineado por meio da entrevista semiestruturada composta de cinco questões abertas norteadoras em que os participantes conseguiram de modo geral responder todas as questões e as dúvidas que surgiram foram facilmente sanadas. Foi identificado através de relatos dos usuários que o contato inicial com álcool e drogas foi na adolescência, por influência de familiares, amigos e conhecidos, deste modo, conseguindo obter o terceiro objetivo de identificar os fatores psicossociais que levam os adolescentes e adultos a experimentarem bebidas alcoólicas e substâncias psicotrópicas. A oficina terapêutica e as entrevistas individuais possibilitaram o alcance total dos três objetivos, demonstrando assim que são meios eficazes de intervenção no centro de atenção psicossocial.

O estudo construído passou por algumas dificuldades durante sua implementação no CAPS AD, como por exemplo, o nome dos pacientes, muitos deles sejam por receio ou outro motivo não informavam no ato da entrevista seu nome e sobrenome completo e correto, o que por sua vez dificultava na busca do prontuário. A forma de atendimento e frequência dos usuários no CAPS AD decorreu de maneiras distintas, de acordo com a necessidade de cada paciente. Haviam usuários cuja frequência de atendimento foi: diária, semanal, quinzenal ou mensal. Todos eles foram contemplados pelo atendimento de todos os profis-

sionais, entretanto cada paciente tinha sua referência, que em geral era o profissional que realizou o primeiro acolhimento. Essa diferença de frequência dos pacientes foi um determinante para que muitos pacientes não fossem incluídos no estudo, pois muitos deles não estavam presentes nos momentos das atividades propostas e coleta de dados.

O CAPS AD de Diamantina – MG proporciona acolhimento e abertura para a aproximação dos acadêmicos da UFVJM e outras instituições com os usuários, possibilitando melhores estratégias e intervenções, como foi com as oficinas e as entrevistas deste estudo. O serviço de atenção psicossocial é um ambiente humanizado, em que os usuários encontram atenção, respeito e profissionais que tem interesse em conhecer suas histórias de vida, bem como auxiliar no tratamento e promover a reinserção social, que por sua vez é uma tarefa difícil, visto que a sociedade é detentora de preconceito, discriminação e exclusão.

O trabalho permitiu a construção de um banco de dados através do agrupamento de informações úteis ao serviço de atenção psicossocial, o que auxiliou no delineamento de estratégias e ações a serem efetuadas a médio e longo prazo pela instituição. Esses dados também podem ser utilizados por outros órgãos como: prefeitura, secretarias, escolas, universidades, bem como a nível estadual, pela grandeza de termos dados reais e concretos da região do Vale Jequitinhonha – Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D.M., MIRANDA, F.A.N. **Oficinas terapêuticas como instrumentos para recuperação Psicossocial.** Esc. Anna Nery (impr.)2011, abr. - jun.; 2015; (2): 339-345.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA), Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em < <https://www.ibge.gov.br/> > Acesso em 08/06/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humaniza SUS**. Saúde Mental. Volume 5, Brasília, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.142. Lei Orgânica da Saúde de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de Dezembro de 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Brasília (DF), 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: **Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília. Maio, 2016, 143 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, 2013.

GONÇALVES, R.M.D.A. **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do estado de Minas Gerais**. Tese de doutorado Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 288 páginas, São Paulo, 2016.

JR, F.B. A; KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Edição: 3ª, Editora Atheneu, 1288p. 26 de outubro de 2017.

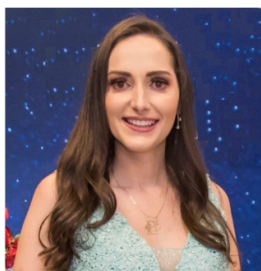
KAPLAN, H.; SADOCK, B.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2017.

LACERDA, C.B, FUENTES-ROJAS, M. **Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso**. Rev. Interface: comunicação, saúde e educação; 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev. Saúde Pública. 2005; 39 (3): 507-14.

SOBRE AS ORGANIZADORAS



Graduada em Enfermagem pela UFJF. Pós-graduação no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-Rede Cegonha pela UFMG. Mestrado pela UFG. Doutora em Enfermagem pela UFMG, com bolsa sanduíche na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado Ensino em Saúde da Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6031880280960582>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9848-4936>

Contato: helisamara.guedes@ufvjm.edu.br



Possui graduação em Engenharia Civil pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (2016), atualmente graduanda do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior. Possui interesse pela área da saúde da mulher desenvolvendo diferentes trabalhos dentro da temática.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9798943883452188>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5789-3573>

Contato: isabelaa_paivaa@hotmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

acolhimento, 10, 26, 55, 61, 62, 64, 65, 98, 112, 144, 160, 192, 195, 197, 201

aprendizagem, 12, 15, 16, 75, 116, 117, 118, 167, 175, 188

assistência, 7, 9, 10, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 46, 49, 55, 66, 68, 75, 78, 79, 98, 108, 110, 115, 119, 145, 146, 151, 154, 159, 162, 167, 177, 188, 189, 193

Atenção Primária à Saúde (APS), 46, 126

B

bebê, 7, 11, 12, 13, 16, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 72, 76, 77, 110

bissexuais, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 66

C

cis, 54, 56, 58, 59, 61, 65

COVID-19, 5, 21, 22, 23, 25, 29

criança, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 72, 76, 90, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 189

cuidados, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 23, 46, 56, 58, 71, 73, 75, 99, 126, 143, 158, 174, 185

D

desenvolvimento, 9, 11, 13, 26, 42, 43, 55, 71, 72, 73, 78, 94, 96, 98, 115, 125, 126, 132, 137, 151, 154, 156, 166, 179, 180, 185, 187, 188, 189, 193

diagnósticos, 32, 39, 45, 60, 197

doula, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

E

equidade, 54, 60

exame físico, 11, 143

F

família, 7, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 58, 64, 68, 79, 89, 92, 98, 101, 106, 129, 136, 166, 177, 199

feminismo, 121, 122, 129

fertilidade, 31, 34, 38, 39, 41

G

gestante, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 26, 28, 30, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 108, 112, 113, 114, 143, 144, 150

H

heterossexuais, 54, 59, 61

humanização, 10, 23, 24, 110, 112, 116, 117, 118, 127

I

infecções sexualmente transmissíveis (IST), 58, 127

integralidade, 54, 60, 61, 115, 145, 188

L

lésbicas, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 66

M

Ministério da Saúde, 19, 21, 29, 40, 43, 47, 48, 49, 50, 55, 62, 65, 66, 68, 71, 73, 75, 76, 79, 83, 85, 90, 109, 118, 124, 125, 126, 127, 128, 141, 152, 159, 161, 163, 164, 168, 188, 190, 193, 201, 202

morbimortalidade, 42, 49, 132

mulheres, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 68, 71, 75, 77, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 144, 145, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 164, 196, 199

O

Organização Mundial da Saúde, 7, 94, 145, 152

orientações, 10, 11, 18, 19, 49, 55, 56, 62, 65, 68, 69, 71, 73, 75, 77, 78, 81, 102, 127, 147, 173, 177

P

pré-natal, 7, 9, 10, 11, 16, 19, 44, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 124, 125, 126, 127, 143, 145, 147

profissionais de saúde, 7, 9, 10, 13, 15, 23, 26, 30, 48, 54, 55, 58, 60, 64, 66, 67, 83, 93, 108, 110, 124, 140, 143, 167

prognóstico, 11

S

síndrome dos ovários policísticos (SOP), 31, 41

Sistema Único de Saúde (SUS), 22, 66, 85, 125, 166, 202

U

universalidade, 54, 60

usuário, 11, 69, 170, 193, 198, 199

V

violência, 40, 59, 64, 65, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 123, 124, 145, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165

vulnerabilidades, 55, 61, 92

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



www.editorabagai.com.br



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



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



contato@editorabagai.com.br

Saúde da mulher e família

experiências exitosas

O livro *Saúde da mulher e família: experiências exitosas* é uma coletânea de capítulos que trazem o conceito de saúde da mulher e família de forma ampliada, não considerando apenas o ciclo reprodutivo (gestação e parto) e sim uma visão holística dentro dos ciclos da vida e também de um contexto familiar e social. É um livro rico em experiências feita por diferentes categorias profissionais de várias regiões do Brasil.

